

# АЛЕКСАНДР МЯСНИКОВ

КАНДИДАТ МЕДИЦИНСКИХ НАУК,  
ДОКТОР МЕДИЦИНЫ США,  
ПОТОМСТВЕННЫЙ ВРАЧ



# О САМОМ ГЛАВНОМ С ДОКТОРОМ МЯСНИКОВЫМ

- СИМПТОМЫ, КОТОРЫЕ НАС БЕСПОКОЯТ
- ЗАБОЛЕВАНИЯ И ДИАГНОЗЫ: ЧТО ДЕЛАТЬ
- О ЧЕМ ЛУЧШЕ ПОДУМАТЬ ЗАРАНЕЕ
- ЛЕКАРСТВА, КОТОРЫЕ МЫ ВЫБИРАЕМ

## Annotation

Здоровье – главная тема, касающаяся каждого без исключения, и ее нельзя замолчать или недоговорить. Обычные врачи не хотят или не могут правильно, а главное – доступно, объяснить положение вещей, а реклама лекарств и медицинских услуг окончательно запутывает людей! Новая авторская книга А.Л. Мясников уникальна. Она выходит в год его юбилея и содержит квинтэссенцию его разностороннего лечебного опыта. Книга полностью посвящена решению проблем со здоровьем обычного человека и дает взвешенные и откровенные ответы врача на все наиболее частые вопросы, которые задают доктору Мясникову во время его радиозэфиров и телепередач, в письмах и телефонных звонках в редакцию. Впервые авторитетный доктор, потомственный врач Александр Мясников сумел понятно донести ценную медицинскую информацию, которая абсолютно необходима, но которую нельзя больше нигде получить. Наверное, поэтому расходуется 10-тысячными тиражами его первая книга «Как жить дольше 50 лет: откровенный разговор с врачом о лекарствах и медицине». При этом доктор Мясников умеет ободрить человека, а иногда и развеселить, и всегда вселяет уверенность, что всё у нас будет хорошо. Если вам не удастся каждую пятницу смотреть доктора Мясникова на канале Россия – то это книга для вас. Если вы не каждую среду слушаете Мясникова в передаче Владимира Соловьева – откройте книгу. Все самое важное и нужное, чтобы быть здоровым, проживая в нашей стране, – здесь.

---

---

•

## Annotation

Здоровье – главная тема, касающаяся каждого без исключения, и ее нельзя замолчать или недоговорить. Обычные врачи не хотят или не могут правильно, а главное – доступно, объяснить положение вещей, а реклама лекарств и медицинских услуг окончательно запутывает людей!

Новая авторская книга А.Л. Мясников уникальна. Она выходит в год его юбилея и содержит квинтэссенцию его разностороннего лечебного опыта. Книга полностью посвящена решению проблем со здоровьем обычного человека и дает взвешенные и откровенные ответы врача на все наиболее частые вопросы, которые задают доктору Мясникову во время его

радиоэфиров и телепередач, в письмах и телефонных звонках в редакцию.

Впервые авторитетный доктор, потомственный врач Александр Мясников сумел понятно донести ценную медицинскую информацию, которая абсолютно необходима, но которую нельзя больше нигде получить. Наверное, поэтому расходится 10-тысячными тиражами его первая книга «Как жить дольше 50 лет: откровенный разговор с врачом о лекарствах и медицине». При этом доктор Мясников умеет ободрить человека, а иногда и развеселить, и всегда вселяет уверенность, что всё у нас будет хорошо.

Если вам не удастся каждую пятницу смотреть доктора Мясникова на канале Россия – то это книга для вас. Если вы не каждую среду слушаете Мясникова в передаче Владимира Соловьева – откройте книгу. Все самое важное и нужное, чтобы быть здоровым, проживая в нашей стране, – здесь.

Александр Леонидович Мясников  
Официальная биография Александра Мясникова

**Александр Леонидович Мясников**

**О самом главном с доктором Мясниковым**

Научный редактор: *Светлана Петровна Попова*, канд. мед. наук, доцент, врач высшей категории, преподаватель кафедры инфекционных болезней с курсом эпидемиологии Российского университета дружбы народов (РУДН)

**Официальная биография Александра Мясникова**

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

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

В связи с прекращением работы группы в результате военных действий с 1983 года продолжал работу врачом общей практики в

провинции Замбези. Через год после возвращения на родину Александр Леонидович был направлен в Анголу старшим группы советских врачей-консультантов правительственного госпиталя «Пренда», где служил до 1989 года.

По возвращению Мясников совмещал работу врача-кардиолога во Всесоюзном кардиологическом научном центре и сотрудника медицинского отдела Международной организации по миграции. В 1993–1996 годах работал врачом Посольства России во Франции, сотрудничал с ведущими медицинскими центрами Парижа.

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

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

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

### **Предисловие автора**

Эту книгу я посвящаю своей маме – не только потому, что она моя мама, но и потому, что она привила мне любовь в медицине.

Наша семья – это династия врачей. Не знаю, как пришел в медицину мой прадед, а вот дед в молодости очень хотел стать филологом. Да-да, тот самый знаменитый дедушка – академик, по учебникам которого постигало медицинскую науку не одно поколение советских и российских врачей, имя которого известно и за рубежом. По настоянию своего отца – земского врача – он поехал из родной Тверской губернии поступать на медицинский факультет Московского университета и... подал документы на филологический!!! Однако в последний момент одумался (проще говоря, испугался отцовского гнева) и все-таки пошел на медицинский.

Мой отец в войну был подростком и как настоящий ленинградец

бредил морем. Поступил в военно-морское училище, но после того, как был демобилизован с третьего курса по состоянию здоровья, тоже поступил на медицинский. (К сожалению, здоровья так и не прибавилось – он умер в возрасте всего 45 лет...)

Моя мама – золотая медалистка – поступила сначала в авиационный институт, проучилась полтора года и... сломала ногу! Попала с открытым переломом в больницу и столкнулась с миром медицины. Именно в больнице мама поняла, что ее призвание – быть врачом! Вылечилась, забрала документы из авиационного и понесла в медицинский институт (золотые медалистки поступали тогда без экзаменов).

К тому времени набор уже закончился, пришлось идти к ректору. Ректор посоветовал потерпеть до следующего года. Но мама у меня всегда была человеком решительным; она взяла стул, села посреди кабинета и заявила: «Никуда я отсюда не уйду, пока меня не примете!». Ректор только покачал головой и сказал: «Люблю смелых девушек! Но, смотрите, только если хоть одна тройка будет...». Мама ему в ответ: «Даже четверки не будет!». Училась потом на одни пятерки и много лет самозабвенно работала в практическом здравоохранении.

Я любовь к медицине впитал даже не с молоком матери, а с ее кровью: после окончания института, уже беременная мной, имея свекра-академика, она согласилась с распределением и поехала участковым врачом в деревню Зайцево. Одна (отец еще жил в Ленинграде), беременная, круглые сутки – роды, травмы, смерти, болезни... До сих пор мама говорит, что эта практика помогала ей всю долгую жизнь в медицине.

С раннего детства у меня не возникало вопроса «кем быть?», это уже подразумевалось. В студенческие годы я решил набраться практического опыта и пошел дежурить в больницу к маме в отделение. До сих пор помню тот жесткий (жестокий!) выговор, который она мне сделала на утренней конференции за небольшую, с моей точки зрения, ошибку!

Из этого периода жизни я вынес урок: мелочей в медицине не бывает: став врачом, ты больше не человек, который может позволить себе устать, которому можно сделать скидку на родственные отношения. Ты врач и отвечаешь за жизни людей, поэтому либо работаешь по этим принципам, либо идешь домой и меняешь профессию!

С тех пор прошли годы, теперь у меня за спиной собственный профессиональный опыт. Он показывает: многих ошибок можно избежать, сохранить людям жизнь и здоровье, если рассказать им, как устроен мир медицины! Если объяснить, на какие симптомы надо обращать внимание и когда срочно искать медицинской помощи, а когда можно подождать и не

волноваться; если помочь им сориентироваться в потоке рекламы лекарств и медицинских услуг. Если помочь людям осознать тот факт, что «волшебной» пилюли не существует, что многое в сохранении нашего здоровья зависит от нас самих.

*Дорогие читатели! Эта книга не медицинский справочник и не руководство по самолечению! Не забывайте, что последнее слово всегда должно принадлежать вашему лечащему врачу.*

*Уважаемые коллеги! Когда будете читать эту книгу, не забывайте, пожалуйста, что она написана для непрофессионалов – людей, не имеющих специального медицинского образования. Некоторые вещи приходилось упрощать и сокращать для удобства понимания читателей. Не судите строго!*

## **I. Медицина в вопросах и ответах**

1. Чего мы ждем от медицины?
2. Чего медицина ждет от нас?

Я категорически против самолечения! Понимаю, что люди занимаются самолечением не от хорошей жизни, а потому, что медицина или недоступна, или низкого качества. Здоровье пациенту нужно сейчас, и его не интересуют объяснения, что по каким-то причинам что-то сделать невозможно.

Если больной не получает адекватную помощь, он пойдет к шаману, знахарю, бабке, доступному врачу, далекому от идеала грамотности. Больной посмотрит телевизор, почитает книжку, найдет информацию в Интернете и начнет лечиться. Это неправильно.

Почему я люблю лечить иностранцев? Я старался улизнуть, если меня вызывали к русскому пациенту. Все потому, что наш больной всю душу из врача вытянет: как, почему, зачем, а что? Американцы настроены более лояльно: они доверяют доктору, но в то же время уверены, что, если что-то в лечении пойдет не так, юристы с врачом разберутся.

Американский пациент читает о своей проблеме, изучает ее. Конечно, он задает вопросы врачу. Такие всезнайки медикам часто не нравятся. Но лично мне с таким пациентом проще: он поймет то, что я ему говорю о необходимости мер лечения или обследования. Человек, который ориентирован в проблеме, легче идет на контакт.

Человек должен разбираться в своем состоянии, чтобы знать, как себя вести в той или иной ситуации. Вызывая врача и «Скорую» по любому поводу, мы нагружаем их лишней работой. В то же время, полагаясь на то, что недомогание пройдет само, и, наоборот, не обращаясь к врачу, люди

рискуют пренебречь возможно смертельной опасностью. Об этом и будет моя книга. В ней далее вы можете ознакомиться с наиболее часто задаваемыми пациентами вопросами и моими ответами на них. Я старался сделать объяснения максимально доступными и понятными для вас. От души надеюсь, что эта информация поможет вам почувствовать себя увереннее в жизни!

## **1. Чего мы ждем от медицины?**

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

Действительно, несмотря на то, что мы живем в этой стране и этих условиях, мы имеем право на совершенно элементарные вещи. На то, что если вызываем «Скорую помощь», то она приезжает в разумные сроки и отвозит в ту больницу, где пациенту могут оказать необходимую помощь.

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

Мы надеемся, что доктор, назначая тот или иной препарат, руководствуется не ему одному ведомыми понятиями, а то и материальными стимулами, а знаниями.

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

Одним словом, человек вправе рассчитывать на грамотный медицинский осмотр, который состоит из шагов, обязательных к выполнению, – определенного алгоритма. К сожалению, в жизни все часто происходит иначе.

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

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

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

...

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

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

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

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

Но не совсем тем стандартам, о которых вы часто слышите по телевизору, там речь идет о стандартах медико-экономических. То есть если у пациента воспаление легких, то ему должен быть сделан рентген, взят анализ крови, выписан антибиотик. Медико-экономический стандарт – это некая схема, список того, что должно быть включено в обследование или лечение в очень общих чертах. При этом врач свободен в выборе антибиотика, он может назначить кислород, а может и нет. Он будет руководствоваться своими субъективными ощущениями из-за отсутствия четкого алгоритма действий!

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



в реанимацию.



...

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

Во всем мире врачи руководствуются четко прописанными алгоритмами. Контрольный рентген делается не через два дня, а минимум через четыре недели. Потому что остаточные явления могут быть видны довольно долго, даже если пневмония уже прошла. Рентген бессмысленно делать раньше, если только больной не находится в реанимации, которая поэтому так и называется – «палата интенсивного наблюдения».

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

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

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

Деньги, которые государство тратит на медицину, должны идти в первую очередь на правильное обучение врачей, для того чтобы мы могли бесплатно и вовремя получить квалифицированную помощь.

На сегодняшний день в крупных городах врач зарабатывает достаточно

большие деньги. По официальным данным Департамента здравоохранения Москвы, средняя зарплата медсестры – 46 тысяч рублей; средняя зарплата врача – 78 тысяч рублей. Эти деньги сопоставимы с теми, которые получает европейский врач в госпитале. И это хорошо!

Плохо то, что «сверху» требуют поддерживать высокий уровень зарплаты всем медицинским работникам, чтобы избежать жалоб. У врачей нет стимула учиться. Они уже привыкли получать, а не зарабатывать. Поэтому повышать зарплату врачам еще больше бессмысленно! Уравниловка влечет некую индифферентность медиков: «Нам и так дадут! А нет – мы напишем жалобу!».

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

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



*Заметки на полях*

...

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

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

Жизненно необходимы всеобщая переаттестация врачей, строжайшие экзамены на знание международных признанных алгоритмов и стандартов оказания медицинской помощи. По результатам экзаменов я бы устанавливал размер зарплаты и вообще право на работу врачом. Те, кто

успешно прошел такое «сито», будут ведущими специалистами с достойной зарплатой.

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

...

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

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

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

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

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

По статистике, на второй год обучения проходит только 9 %

поступивших изначально. Например, государству нужно 340 врачей. Принимается 3,5–4 тысячи студентов. У каждого студента есть определенный балл. По тому, как он учится, сдает экзамены и посещает занятия, этот балл изменяется: растет или падает.

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

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

## **2. Чего медицина ждет от нас?**

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

Посмотрите на многих наших соотечественников, что с ними творится?! Мужчине всего 30 лет, а у него уже обрюзгший вид, выпирающий живот, сигарету не выпускает изо рта. Женщине нет и 40 лет, а ее фигура бесформенна, цвет лица несвеж, и туда же – курит! Они никогда не были у врача, понятия не имеют о своем давлении.

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

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

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

Не оспаривая важности ведения здорового образа жизни, хочу сказать немного о другом. Сегодня так сложилось, что к руководству столичной медициной пришло достаточное число вменяемых людей. Многие из них

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

Так чего же все-таки медицина хочет от нас?

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

...

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

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

Сейчас у нас пытаются «разгрузить» поликлиники. Там ведь толпы народа, и нормальный человек не будет стоять в очереди. Нужно создать поликлиники первого уровня, куда будут ходить первичные и хронические больные, и второго уровня, для более сложных пациентов, требующих углубленного обследования. В поликлинике первого уровня должно быть только самое необходимое. Второй уровень – это уже хорошо оборудованные амбулаторно-диагностические центры с полным набором специалистов.

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

специализированной помощи.

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

Необходимо создание густой сети первичных медицинских офисов со штатом из двух-трех врачей, четырех – шести медсестер, нескольких медрегистраторов, и с оборудованием для забора крови и снятия электрокардиограммы.



Заметки на полях

...

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

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

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

Поймите: чтобы что-то поменять, мы должны от чего-то отказаться сами. От вредных привычек не только в виде курения, но и от привычки полежать в стационаре, «покапаться» (ох, как мы любим капельницы с бессмысленными препаратами!). Стационар – это не место для плановых терапевтических госпитализаций! Если больной хочет «полежать и прокАпаться», то ему нужно обращаться в амбулаторное звено. Многие

поликлиники имеют дневные стационары, где по показаниям могут проводиться различные процедуры этого направления.

Многие хронические заболевания требуют регулярного применения лекарств. Не должно быть так, что больной не лечился – не лечился, а потом ему приспичило, и он ложится в больницу под капельницу. Это порочная практика. Заботиться о здоровье надо постоянно, а не раз в три года, когда становится неспособен.

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

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

Другое лечение здесь бесполезно, врач на месте ничего сделать не может. Невозможно каждому пациенту привезти на дом реанимацию. Более правильно привезти пациента как можно быстрее туда, где ему окажут в полном объеме медицинскую помощь.

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



*Заметки на полях*

...

*Еще одна история из жизни. Захожу как-то в аптеку за капельками. Очередь, стоит бабушка, которая говорит: «Ой, у меня давление, девушка, что мне принять?». Фармацевт ей что-то советует. Я не удерживаюсь и вклиниваюсь: «Что же вы делаете? Пусть врач выпишет,*

*ведь это лекарство одно вылечит, а другое покалечит!». Тут очередь как на меня накинута: «Что ваши врачи понимают! Их разве дождешься!».*

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

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

Медицина касается всех, и любые изменения мы чувствуем буквально кожей! Но это как с грязной и присохшей повязкой на старой ране: отдрать и больно, и страшно! И все равно менять её надо: инфекция пылает вовсю, а вдруг, не дай Бог, начнется гангрена?



---

#### *Заметки на полях*

...

*Нахожусь в Америке, сплю, и тут – телефонный звонок. Я привык уже: в Москве день, а про разницу во времени некоторым людям не объяснить. Слышу голос моего хорошего знакомого (было время – даже считал другом) и по совместительству крупного олигарха (Форбс и все дела...). Он говорит: «Саша, мне для родственницы, что сейчас в Нью-Йорке, срочно нужна консультация лучшего Американского невропатолога».*

*Утром договариваюсь с известным профессором и записываю пациентку на прием. Из Москвы отвечают: «Какой прием? Пусть домой к ней приедет». А надо сказать, что в Америке посещение больного врачом на дому – вещь совершенно невероятная. Но мне отказать человеку, которому был обязан, нельзя, поэтому прошу профессора сделать исключение, объясняю особенности русского менталитета и обещаю полностью оплатить ему рабочий день. Тот, скрепя сердце, соглашается, но с условием – не раньше следующей субботы.*



*Я звоню в Москву, а в ответ слышу: «Какая суббота? Надо сегодня!!!». На все аргументы, что это совершенно не возможно, что доктор – известный профессор и очень занят, слышу: «Саша, надо договориться! Просто не жалея моих денег!».*

*(продолжение на с. 54)*

## **II. Симптомы, которые нас беспокоят**

- 1..Боль в спине
2. Боли в суставах
3. Волосы на лице у женщин
4. Головная боль
5. Головокружение
6. Дисбактериоз
7. Диспепсия и изжога
8. Ожирение и диета
9. Судороги
10. Тромбоз
11. Хронический кашель

### **1. Боль в спине**

Одна из самых частых причин обращения к врачу общей практики во всем мире – боль в пояснице. Вместе с этим информированность населения о существовании проблемы крайне низкая. Об этом можно судить хотя бы по тому, что типичный пациент, у которого заболела спина, ковыляет к врачу и первым делом просит не обезболить, а «посмотреть, что у него там такое». Пациент напуган и требует как минимум рентгена, а наиболее продвинутые – магнитнорезонансную томографию (МРТ).

Грамотный врач пытается объяснить больному, что на данном этапе заболевания никаких исследований делать не нужно, потому что это бесполезно. Что бы мы там ни увидели на этих исследованиях, это никак не повлияет на лечение, во всяком случае в первый месяц.

Но самый главный риск состоит в том, что на исследовании вы имеете реальный шанс найти что-нибудь: шип или грыжу диска, сужение спинального канала или что-то еще. И будете мучиться, что делать с этим дальше, хотя раньше, когда вы не знали о проблеме, она вас и не беспокоила.

Если собрать сотню здоровых человек, у которых никогда не болела спина, строим сводить их на МРТ и сделать снимок позвоночника, то у 25 % из них найдется грыжа диска!!!

Те, кто идет на исследования, намного чаще подвергаются хирургическим вмешательствам, хотя ни рентген, ни томография не показаны пациентам с обычными болями в спине, впервые или повторно возникшими.

Есть определенные исключения: у человека не просто боль в пояснице; она сопровождается онемением обеих ног, проблемой с мочеиспусканием, кишечником, сексом. Это уже сигнал, чтобы делать МРТ. Такие симптомы характерны для синдрома конского хвоста. В поясничном отделе позвоночника расположены 18 нервов, которые идут вниз и напоминают хвост лошади. Если сдавливается весь этот пучок, то появляются перечисленные симптомы.

Когда к врачу приходит пациент с жалобами на боли в спине, врач должен определить наличие системного или неврологического заболевания, посмотреть, насколько поражены нервы, и оценить необходимость вмешательства. Кстати, не на последнем месте находится определение социальных условий и психологического статуса больного. Многим пациентам в депрессиях с симптомами хронических болей нужны не физические манипуляции, а «лечение головы».

Боль в спине не обязательно является результатом сдавливания нерва.

...

*Те, кто идет на исследования, намного чаще подвергаются хирургическим вмешательствам. Хотя ни рентген, ни томография не показаны пациентам с обычными болями в спине, впервые или повторно возникшими.*

Ведь что такое позвоночник? Это позвонки, соединенные нервами и связанные между собой мышцами. Поэтому часто боль в спине является просто мышечной, не задевающей нервную систему. Просто болят мышцы, причем эти неприятные ощущения могут отражаться вниз, в ягодицу.

Весьма распространенная проблема – грыжа диска. Людей очень пугает подобный диагноз; они начинают страшно переживать, как они будут дальше жить и как срочно стоит делать операцию. Чтобы вы получили полное понимание, «разберем» грыжу с медицинской точки зрения.

Позвонки не лежат прямо друг на друге; между ними находятся диски, которые имеют твердую оболочку и удерживают внутри себя желе. Когда человек прыгает, бежит или даже стоит, диск амортизирует вертикальные нагрузки. Иногда от определенного образа жизни или дегенеративных изменений твердая оболочка диска разрывается, и это желеобразное

вещество (оно на 90 % состоит из воды) вытекает в спинно-мозговой канал наружу. Вытекает и начинает давить на нервы.

Но организм сам рассасывает содержимое, и спустя два-три месяца все обычно проходит бесследно. Человек же ходит по врачам, один из которых выпишет ему растяжку, другой – массаж, третий – витамины, и тут, о чудо! – все проходит! Больной пребывает в уверенности, что помогли витамины последнего из посещенных врачей, в то время как просто прошло два-три месяца и в результате естественных процессов в организме болезнь прошла сама!

Обратите внимание на один из критериев, который может свидетельствовать о **серьезности проблемы**, – если при принятии горизонтального положения боль не проходит. Особенно если боль тревожит ночью, человек похудел, имеют место необъяснимые подъемы температуры (см. «Опасные симптомы при боли в спине», с. 257).

Если болит спина, не стоит отлеживаться в ожидании, когда боль пройдет. Как ни парадоксально это звучит, но современная медицина утверждает: **не надо лежать!**

Если вы сохраняете физическую активность, гораздо больше шансов, что боль не перейдет в хроническую. Надо, конечно, по возможности избегать движений, провоцирующих сильную боль, но в остальном поддержание уровня физической активности примерно на прежнем уровне очень важно.

Прием обезболивающих препаратов: в этой ситуации никуда от них не деться. Здесь важно помнить о побочных эффектах и предотвращать их. Если мы говорим о нестероидных противовоспалительных препаратах, то принимать их надо вместе с лекарствами, предохраняющими желудок (омез). Сердечникам лучше выбрать напроксен, чем вольтарен (диклофенак). Лицам пожилого возраста предпочтительней парацетамол в адекватных дозах – будет меньше побочных явлений. Иногда приходится принимать препараты, расслабляющие мышцы, снимающие спазм (! помните об их снотворном эффекте – вдруг придется сесть за руль!). В некоторых случаях принимают препараты других групп, например антиконсультанты. Обычно ими лечат судороги, но они же имеют выраженный обезболивающий эффект. Бывает, что врачи назначают вливания стероидных гормонов. Это нежелательная практика из-за выраженных побочных явлений. Другие препараты, типа нашей любимой мильгамы и других витаминных комплексов, считаются неэффективными и серьезными медицинскими ассоциациями даже не рассматриваются. «Блокады» и инъекции различными препаратами в болевые (триггерные)

точки тоже поставлены под сомнение, во всяком случае из общих рекомендаций исключены.

Корсеты и бандажи: эффект сомнительный и на течение болей не влияет. То же относится и к выбору матраса.

Раньше мы рекомендовали спать на твердом, сейчас поняли, что все очень индивидуально. Холод или тепло на спину? опять же все индивидуально, очень сомнительно, что холод или тепло проникает в ткани глубже, чем на сантиметр, и имеют, скорее всего, лишь отвлекающий эффект.

Многие лечебные мероприятия доказали свою эффективность при хронических болях, но применительно к острой ситуации их действенность оценивается по-разному. Например, иглотерапия или массаж. Такие процедуры, как лечебная физкультура или мануальная терапия также не назначаются первые две-три недели болей. Роль хирургии в ситуации острой боли резервирована только для опасных состояний типа вышеописанного симптома «конского хвоста». В случае хронических болей решение о хирургии принимается врачом и пациентом совместно, при этом врач обязан информировать больного о возможном отсутствии преимуществ перед нехирургическими методами и опасности осложнений.

...

*Один из критериев, который может свидетельствовать о серьезности проблемы, – если при принятии горизонтального положения боль не проходит.*

В профилактике болей в спине определяющая роль принадлежит физической нагрузке и борьбе с излишним весом.

## **2. Боли в суставах**

Причин болей в суставах (см. «Причины артрита», с. 257) большое количество, поэтому для правильной постановки диагноза необходимо учитывать множество факторов. Например, как давно беспокоят боли, болят крупные или мелкие суставы, сколько их, симметричны ли они, если есть скованность в движениях, то сколько длится и от чего проходит и многое-многое другое.

Если суставы по времени болят до шести недель, то, вероятнее всего, причина кроется в вирусной инфекции, и скоро проблема разрешится сама собой. Если болят и воспалены суставчики на конце пальцев, то это либо остеоартрит, либо псориатический артрит, но никогда ревматоидный. Если сустав горячий, то это уже не остеоартрит, а вот ревматоидный вполне

может быть.

Ревматоидный артрит – одно из частых воспалительных заболеваний, при котором страдают не только суставы, но и весь организм из-за происходящих изменений в почках, сердце, легких. Не путайте ревматоидный артрит с ревматизмом – совсем другим заболеванием, которого с повсеместной профилактикой становится все меньше и меньше. Для ревматоидного артрита характерно симметричное поражение нескольких (не меньше трех) суставов, их утренняя скованность не менее 40 минут (важный отличительный признак именно этого заболевания!). Анализ крови выявляетспецифический ревматоидный фактор (хотя его отсутствие не опровергает диагноз) и некоторые другие маркеры.

Лечение может протекать достаточно трудно. Часто простые нестероидные противовоспалительные препараты малоэффективны, и пациенту приходится прибегать к гормонам. Иногда приходится даже наращивать их дозу, чтобы обеспечить человеку подвижность, но риск побочных явлений в этих случаях очень высок. Поэтому врачи уже на ранних этапах лечения стараются подключать и другие препараты, действующие на другие механизмы. Не буду в них углубляться, иногда их трудно объяснить даже специалистам. Вам достаточно знать, что такие лекарства есть, что они могут быть очень эффективными, но при этом очень дорого стоят и могут выдавать опасные побочные явления. Поэтому они и применяются весьма индивидуально, после тщательного учета всех «за» и «против».

Одно из самых распространенных заболеваний суставов – остеоартрит – всегда считался признаком старости. Со временем суставы изнашиваются, стираются их поверхности, в результате имеем типичную клиническую картину: боли суставов, скованность движений. Но эта скованность будет немного другая, чем в случае ревматоидного артрита: там она длится намного дольше, усиливается при движении; здесь же движения ее уменьшают.

Современная медицина расценивает ситуацию с патогенезом остеоартрита несколько иначе, чем в прошлом. Считается, что это не просто процесс старения, ведь у кого-то эти проблемы начинаются уже в 40 лет, не просто дегенеративное заболевание, а скорее комплекс разных факторов, которые включают в себя и генетику, и процессы местного воспаления, и повторяющиеся микротравмы.

Если бы проблема возникала только в процессе старения, то, согласитесь, такое состояние сопровождало бы всех пожилых людей.

Какие факторы считаются имеющими значение в возникновении

остеоартрита?

✓ В первую очередь это наследственность. Существуют гены, которые определяют предрасположенность к остеоартриту. По набору этих генов можно предположить, остеоартрит каких суставов рук или ног вероятнее разовьется у человека.

✓ Во-вторых, это половая принадлежность. Женщины страдают остеоартритом чаще, чем мужчины. Парадокс: мужчины физически сильнее нагружаются, но чаще болеют именно женщины.

✓ В-третьих, важнейший фактор риска – ожирение. Тяжелый человек давит на суставы своим весом, поэтому логично, когда заболевание касается бедер и колен, но ведь артроз суставов рук развивается у пациентов с избыточным весом значительно чаще, хотя они не ходят на руках! Почему ожирение способствует развитию остеоартрита суставов рук, пока еще непонятно.

✓ В-четвертых, также важно, **чем человек занимается** в течение жизни. Если он/она много времени проводит стоя на ногах или много работает физически, то это является дополнительной нагрузкой на суставы. А как страдают артрозом спортсмены! В зависимости от вида спорта поражаются те или иные суставы, например у боксеров страдают мелкие косточки, что ведет к воспалению и деформации суставов.

Важно правильно диагностировать остеоартрит, потому что он лечится совсем по-другому, чем, например, ревматоидный артрит, когда в основе лежит гормональное лечение. Если в других разновидностях артритов применяются достаточно серьезные противовоспалительные препараты, то в случае остеоартрита все несколько иначе. Боль как таковую лучше всего снимать не противовоспалительными обезболивающими средствами, а парацетамолом, потому что это лекарство с наименьшими побочными явлениями. Ведь от остеоартрита страдают чаще все-таки лица в возрасте – та самая группа риска, у которой побочные эффекты противовоспалительных препаратов будут особенно выражены.

...

*Самое главное в лечении и профилактике остеоартрита – это физические упражнения. Любой сустав надо разрабатывать хотя бы несколько раз в день.*

В последние годы у нас очень популярны биологические добавки: хондроитин, глюкозамин. Было проведено несколько исследований на большом числе людей, которые доказали отсутствие какой бы то ни было эффективности этих препаратов. Я давал глюкозамин своей собаке. Мой

сенбернар весит больше 100 кг; я очень переживаю за его суставы, пытаюсь что-то делать, поэтому даю глюкозамин, при том, что знаю о сомнительности эффекта. Вообще-то надо перестать перекармливать собаку, но он всегда так жалобно смотрит! А один мой знакомый собачий глюкозамин дает теще, причем уверяет, что он ей очень помогает. Все относительно, но реальных научных данных, подтверждающих эффект, нет.

Действительно могут помочь внутрисуставные инъекции стероидных препаратов, которые снимают боль и воспаление хорошо и надолго. Но к ним нельзя прибегать часто. Соблюдайте интервал в два-три месяца и не повторяйте инъекции чаще, чем три раза. Ведь и они имеют свои побочные эффекты.

В здоровом суставе находится жидкость, которая смазывает его поверхность. Основным веществом, который отвечает за смазку, является гиалурон. Поэтому инъекция, содержащая гиалурон, является допустимым и доступным методом лечения.

В Сингапуре разработано еще одно многообещающее лекарство на основе красного чилийского перца. Есть работы, которые доказывают эффективность препарата во время клинических испытаний. Но в массовое производство пока препарат не допущен.

Самое главное в лечении и профилактике остеоартрита – это **физические упражнения**. Любой сустав надо разрабатывать хотя бы несколько раз в день. Он может болеть во время гимнастики, но ее надо делать даже через эту боль, соблюдая определенные правила и осторожность. Любой сустав в течение дня должен быть по нескольку раз «использован», сохранять долго неподвижное положение не стоит, от этого суставы будут болеть только еще больше.

Гимнастика необходима не только для каждого сустава, но и для позвоночника, который тоже может быть поражен остеоартритом. В далеко зашедших случаях заболевания уже не помогает ни лечебная физкультура, ни консервативная терапия. Тогда надежда остается на хирургов, которые заменят сустав протезом. Но все еще существует проблема получения квот (см. «Принципы лечения остеоартрита», с. 266).

Частая причина суставных болей – подагра (см. «Причины подагры», с. 258). Когда-то говорили, что это болезнь гениев, или королевская болезнь. Наверное, эти названия пошли от того, что подагру в буквальном смысле слова «наедают». Диетические погрешности играют колоссальную роль среди прочих факторов, таких как, например, генетика. Не каждый крестьянин раньше мог позволить себе каждый день есть мясо, поглощать большое количество дорогого вина, все это закусывать копченостями,

ветчинами и т. д. Чтобы так питаться в те времена, когда эту болезнь назвали королевской, надо было быть человеком определенного и немаленького достатка. Один из героев произведений Э. Золя вечером ел мясо, а утром будил криками свое семейство и соседей, так как не мог от боли встать с постели.

Поел мяса, был стресс, с кем-то поругался – жди осложнений. В Кремлевской больнице начинали ждать рискованных пациентов, только заслышав о готовящихся заседаниях Кабинета Министров. Пошел в баню, жарко, обезвожился – опять осложнения.

В основе подагры лежит подъем уровня мочевой кислоты, той, что синтезируются из веществ, которые содержатся в мясе, колбасах, копченой рыбе, баклажанах, цветной капусте. Повышается мочевая кислота и при сгущении крови. На суставах происходит отложение кристаллов мочевой кислоты. Они маленькие, как иголки, и хорошо видны при специальном исследовании внутрисуставной жидкости. Вокруг кристаллов все воспаляется, и это вызывает острейшие боли.

Снимаются они с разной степенью успеха нестероидными противовоспалительными обезболивающими, например напроксеном. Удивительно, но, при том что все препараты этой группы обладают примерно одинаковой эффективностью, больные реагируют на них по-разному.

**Обратите внимание**, что не стоит принимать аспирин во время подагрического приступа – может стать резко хуже! Много лет успешно проводят профилактику подагрических болей препаратом колхицин с принципиально другим действием. У него меньше побочных явлений, но зато они намного опаснее. Ко всем прочим неприятностям препарат может вызывать сильнейший понос. Но больные, которые это переносят, успешно принимают колхицин годами.

Боли в суставах – это плохо и мучительно, но при подагре страдают в первую очередь почки. Отложение кристаллов мочевой кислоты формирует камни в почках, которые начинают хуже функционировать, и у человека может развиваться почечная недостаточность.

Бывает, что у человека не болят никакие суставы, а уровень мочевой кислоты повышен. Это является серьезным основанием для того, чтобы сесть на диету, так как повышенная мочевая кислота, ко всему прочему, фактор риска для сердечно-сосудистых заболеваний.

Но если у вас нет почечных проявлений, то принимать препараты, снижающие уровень мочевой кислоты, не стоит. Необходимость этого остается под вопросом даже тогда, когда уже стали возникать боли в



суставах. Если эти боли легко снимаются противовоспалительными обезболивающими препаратами и приступы возникают не более двух раз в год, то можно и воздержаться.

Другое дело, если у вас частые боли и уже проявилась мочекаменная болезнь. Тогда мочевую кислоту надо снижать, и снижать активно! Уже много лет подагриков спасает препарат аллопуринол, кроме тех, у кого развиваются побочные явления, а таких немало. Важно принимать адекватную дозу этого препарата. В руководстве по применению до сих пор вроде указана максимальная дневная доза – 300 мг, тогда как сплошь и рядом необходимо принимать и 600, и 900 мг.

Есть и другие препараты, которые появились на рынке недавно, с меньшими побочными явлениями, но не более эффективные. Пациенты должны их принимать профилактически постоянно, потому что при прекращении приема симптомы возвращаются. Не надо начинать прием во время болей. Сначала снимите боль обезболивающими, так как первые дни приема аллопуринола уровень мочевой кислоты парадоксально подскакивает, и больному может стать еще хуже.

Диета – первый друг больного подагрой. Не надо есть много мяса и рыбы! Раньше еще считалось, что нельзя есть капусту, баклажаны, еще ряд овощей, но теперь овощи «оправданны». А вот колбасы, сосиски, мясо, жирная рыба, особенно рыба консервированная, действительно приносят большой вред. Переходите на легкую средиземноморскую диету с упором на овощи и обезжиренные молочные продукты.

Что касается алкоголя, особенно вредны для больного подагрой пиво и водка. Тех, кто любит вино, могу обрадовать: умеренная доза красного вина при подагре не противопоказана и обострений после него не наблюдается.

Следующей группой болезней суставов являются так называемые реактивные артриты. Они называются так не из-за скорости своего развития, а потому, что реагируют на наличие инфекции где-то в организме. Артрит может возникнуть в ответ на хламидийную инфекцию, гонококк. Из вопросов на Американских лицензионных экзаменах: «пациент 18 лет обратился в приемное отделение с распухшим коленом, травмы не было»... Дальше можно вопрос не читать – ищи в ответах гонорею и попадешь в десятку!

Часто наличие артрита может привести врача к совсем другой болезни. Язвенный колит, болезнь Крона (еще одно воспалительное заболевание кишечника), хронический гепатит часто проявляются болями в суставах. Немного другой механизм развития артрита наблюдается при псориазе, но это уже отдельная история.

### 3. Волосы на лице у женщин

Нежелательный рост волос на лице у женщины порой является не менее травмирующим обстоятельством, чем выпадение волос.

Рост волос на лице может усиливаться по разным причинам, например от воздействия некоторых лекарств, допустим миноксидила (препарат от очень высокого давления). Много лет назад миноксидил был на клинических испытаниях в Институте кардиологии имени моего дедушки А.Л. Мясникова. Побочным эффектом оказалось провоцирование сильного роста растительности на лице.

Я помню, как девушки с тяжелой системной красной волчанкой с поражением почек, страдавшие жестокой гипертонией, отказывались принимать таблетки из-за роста волос на лице. В этом отказе их не останавливала даже оставшаяся без приема лекарства продолжительность жизни в два-три года.

Когда компании, выпускавшей миноксидил, указали на эти побочные явления, она разработала на его основе лекарство от облысения. Теперь миноксидил почти не применяется для понижения давления, зато в виде лосьона с успехом лечит облысение.

Причин, по которым могут начать расти волосы на лице, много, я не буду касаться их всех. Но если, например, вы обнаружили новый белесый пушок на лице у пожилой родственницы, проверьте ее на онкологию. Пушок может быть проявлением так называемого паранеопластического процесса – специальный термин, обозначающий наличие определенных симптомов в результате существования опухоли, которая вырабатывает биологически активные вещества. Именно из-за таких процессов появляются белесые волоски в неожиданных местах, но это – редкость.

...

*Теперь миноксидил почти не применяется для понижения давления, зато с успехом в виде лосьона лечит облысение.*

Самая распространенная эндокринная патология у женщин – поликистоз яичников (см. «Состояния, сопутствующие поликистозу яичников», с. 258). Он сопровождается резким повышением мужских половых гормонов, наличием проблем с менструальным циклом и бесплодием. Все это складывается в синдром Штейна – Левенталя, названного так по фамилиям двух докторов, описавших его первыми.

Как правило, синдром обнаруживается у женщин с избыточным весом, со следами растительности на лице (усы) и руках, с повышенным

содержанием сахара и холестерина в крови. С этим синдромом часто связаны заболевания сердца и сосудов. Причина этого состояния до конца до сих пор неясна, болезнь начинает развиваться в результате неких нарушений процесса ежемесячного созревания фолликулов – яйцеклеток.

Как работает цикл производства половых гормонов у женщины? Гипофиз – специальная железа, расположенная в основании черепа, вырабатывает регулирующие (управляющие многими другими железами) гормоны. В частности, это фолликулостимулирующий и лютеинизирующий гормоны (я не рассчитываю на то, что вы их запомните, просто выговорите эти названия и посочувствуете студентам-медикам!), которые воздействуют на яичники. Яичники в ответ на эти гормоны вырабатывают эстроген и прогестерон.

В течение первой части цикла в яичнике созревает фолликул. Родившийся фолликул начинает сам вырабатывать гормон, вырастает в большую яйцеклетку, которая в итоге выходит в полость матки и встречает свой избранный сперматозоид. Под воздействием гормонов внутренний слой стенки матки становится толще и готовится принять эту парочку.

Если, к сожалению, они не встретились и оплодотворения не произошло, толстый слой матки начинает разрушаться, в течение четырех-пяти дней отслаивается и выходит наружу в виде менструальных выделений. Через некоторое время все начинается сначала. Это – нормальный цикл.

У женщин с поликистозом (см. «Симптомы поликистоза яичников», с. 259) яичников фолликулы по какой-то причине не вырастают. Они остаются маленькими, неспособными в выработке своего гормона и не вызывают всплеска гормонов в гипофизе в середине цикла. В результате гормонального дисбаланса женщине становится весьма проблематично забеременеть.

Описанный дисбаланс влечет и другие последствия. Андрогены – мужские половые гормоны – в норме вырабатываются и у женщин яичниками и надпочечниками.

Источниками андрогенов могут быть некоторые органы, например жировая ткань или печень. Все гормоны синтезируются из одного вещества – холестерина (вот для чего он нужен!). Переизбыток мужских половых гормонов в женском организме вызывает ряд изменений. У таких женщин бывает облысение по мужскому типу с выпадением волос на темени, увеличение живота, общее ожирение, количество менструаций сокращается до двух-трех раз в год, вызывая проблему с зачатием.

**Основная угроза здоровью женщины при поликистозе яичников**

затаилась в изменении обменных процессов в организме. Развивается резистентность к инсулину – истинная причина многих бед. В этом состоянии рецепторы всех тканей как бы оглушены, они уже не воспринимают инсулин должным образом.

Чтобы заставить их работать, организм вырабатывает все больше и больше инсулина. Но чем больше инсулина вырабатывается, тем больше рецепторов начинает ему сопротивляться. Глюкоза начинает возрастать сначала умеренно, потом все выше и выше, и никакой инсулин в инъекциях тут не поможет, его и так в избытке (вот, собственно, описание патогенеза сахарного диабета 2-го типа).

Преддиабет и диабет возникают не оттого, что мы много едим сладкого. Можем совсем не есть сахар, но любой продукт, который содержит углеводы, будет распадаться в организме до глюкозы. А инсулину не удастся достучаться до рецепторов, нет точки приложения для него, сколько бы мы его не вводили извне. Уровень сахара возрастает, создавая риск инфаркта, инсульта, болезней почек и многого другого, включая онкологию.

У больных с поликистозом присутствует и второй мощнейший фактор риска для сердечно-сосудистых заболеваний – повышенный уровень холестерина, что в сочетании с увеличенным сахаром особенно опасно!

Поликистоз яичников не проходит полностью, но неплохо лечится. С этой болезнью вполне можно жить. Профилактика прогрессирования поликистоза яичников – прием противозачаточных гормональных таблеток, которые содержат в небольших количествах эстроген и прогестерон.

Раньше эти таблетки содержали гормоны в больших дозах и имели побочные эффекты. Современная доза минимальна и считается вполне безопасной. Поскольку поликистозные яичники у женщины не могут правильно работать и это влечет гормональные изменения, то таблетками восполняется их дефицит.

По сути, это – гормональная заместительная терапия. В результате восстанавливается нормальная ежемесячная менструация, и женщина наконец может успешно зачать ребенка. Звучит парадоксально – забеременеть в результате приема противозачаточных таблеток, тем не менее результат налицо!

Жизнь женщины потихоньку наладится, но не в отношении риска диабета, сердечных болезней и ожирения. Но на этот случай есть другое лекарство № 1 в лечении и профилактике диабета – метформин (сиафор, глюкофаж). Этот препарат возвращает рецепторам чувствительность к инсулину и является единственным лекарством, которое у больных с

повышенным сахаром обеспечивает не только нормализацию сахара, но и профилактику развития онкологических заболеваний.

Диабет – это независимый фактор риска при многих видах онкологии. Поликистоз тоже находится в списке состояний, которым онкология сопутствует особенно часто. Метформин официально числится препаратом, используемым для профилактики онкологических заболеваний. Да, у него могут быть побочные эффекты в виде тошноты и отрыжки, но они быстро проходят. Препарат нельзя принимать только при нарушениях в почках.

Метформин – одно из немногих противодиабетических лекарств, которые снижают вес на несколько килограммов. Врачи даже прописывают его людям с избыточным весом.

Женщинам, которым не удастся забеременеть, метформин особенно полезен, потому что применяется не только при диабете и метаболическом синдроме, но и для стимуляции овуляции. В условиях, когда пациентки с поликистозом, преддиабетом и ожирением не могут забеременеть, метформин действует сразу по трем направлениям.

...

*Диабет – это независимый фактор риска при многих видах онкологии. Поликистоз тоже находится в списке состояний, которым онкология сопутствует особенно часто.*

Вернемся к растительности на лице у женщин. Так как усы растут под действием мужских половых гормонов, то прием противозачаточных таблеток не прекращает рост нежелательных волос. Поэтому к лечению еще добавляют препарат верошпирон – известное мочегонное при повышенном давлении. Верошпирон – это, можно сказать, гормональный препарат, который представляет собой антагонист гормона по названию Альдостерон, который участвует во многих процессах, регулирующих водно-солевой процесс.

Верошпирон широко применяется при лечении циррозов печени и сердечной недостаточности, а также блокирует действие мужских половых гормонов и в сочетании с гормональными препаратами достаточно эффективно подавляет рост растительности на лице. Конечно, кроме медикаментов, можно применять и лазер, и эпиляцию.

#### **4. Головная боль**

Головной боли, как и любви, покорны все возрасты. Первый вопрос, который обычно пациент задает врачу, обратившись по поводу головной боли: насколько она опасна? Головная боль – обманчивая штука: иной лезет

от нее на стену, а на самом деле ничего страшного за этим нет. А у другого немного болел затылок, и через несколько дней или часов он впадает в кому.

Чтобы понять, опасна боль или нет, необходимо учесть несколько моментов. Врач должен правильно задать вопросы и правильно оценить ваши на них ответы. Если пациент жалуется на упорные и длительные головные боли – это один вариант. Если он приходит с изменившимся характером болей или с болями, возникшим впервые в жизни, и при этом говорит, что сильнее этой боли он никогда ничего не испытывал, то это – другой вариант. Если больной рассказывает, что головная боль будит его ночью, то это – третий вариант и т. д.

Важно учитывать возраст пациента: настораживает, когда головная боль появляется в возрасте до пяти лет или после 50. Всегда подозрительна головная боль, которая усиливается при перемене положения тела, при кашле, особенно когда она сопровождается неврологической симптоматикой: появлением слабости в руке или ноге, онемением, дизартрией (неспособность правильно выговорить слова).

Эти описания боли требуют серьезного внимания, потому что за ними может стоять опухоль, сосудистая катастрофа, внутричерепная аневризма.

Последняя встречается не так уж и редко; как правило, это наследственное заболевание, часто передающееся в сочетании с поликистозом почек. Аневризма – расширение одного из сосудов головы на небольшом протяжении. Он может в этом слабом месте «подтекать» или порваться. При разрыве все может закончиться внезапной смертью.

За рубежом люди, имеющие в роду подобные случаи в сочетании с наследственным поликистозом почек, обязательно проходят скрининг, направленный на выявление заболевания (компьютерная томография головы в специальном режиме). Если при обследовании находят аневризму, производят эндоскопическое вмешательство.

Отдельно стоит упомянуть о головной боли у пациентов старше 60 лет, сопровождаемой температурой, слабостью и напряженной болезненной областью виска. Все это – симптомы темпорального артериита – ревматологической болезни, которая, если ее вовремя не распознать и не лечить, может привести к слепоте.

К счастью, головные боли в большинстве своем не так опасны, хотя и очень мучительны. Самая распространенная из них – это головная боль напряжения. Название несколько непривычное для нашего слуха, но это – официальный диагноз, внесенный в Международную номенклатуру болезней и отражающий суть проблемы. При этом недопомогании у человека

болит почти вся голова, а не четко очерченная часть, как при мигрени. Пациенты описывают боль в виде обруча, который сжимает голову.

...

*Головную боль следует лечить профилактически, если вам приходится прибегать к обезболивающим более 15 раз в месяц.*

Болевой максимум может концентрироваться в области затылка, темени. Приступы боли длятся часами, иногда днями; боль имеет тупой, иногда нарастающий характер. Принято думать, что этот недуг возникает от напряжения тканей и мышц вокруг черепа, но это не совсем так. Хотя для простоты понимания такое объяснение тоже годится.

Как мы привыкли бороться с головными болями такого характера? Обычно глотаем горстями аналгин или нестероидные противовоспалительные средства и не подозреваем, что наиболее эффективное средство как для лечения, так и для профилактики головных болей напряжения – это старый препарат амитриптилин. В небольших дозах он обладает выраженным анальгетическим эффектом при минимальных побочных явлениях.

Многие из вас будут удивлены, услышав о применении этого известного антидепрессанта в качестве средства от головной боли. На самом деле достаточно большое количество препаратов имеют область применения за рамками ожидаемого по их групповой принадлежности.

Лекарство от диабета метформин применяется для стимуляции овуляции при лечении бесплодия; диуретик альдактон помогает как противоандрогенное средство при лечении оволосения женщин; противомаларийный хинин – для лечения ночных судорог ног; антибиотик неомидин поможет от печеночной энцефалопатии; антигипертензивный препарат миноксидил лечит облысение, а другой противомаларийный препарат, хлорокин – ревматизм; противоязвенный зантак справится с аллергией, а мочегонное гипотиазид – с остеопорозом (слабые кости). Всем известная виагра применяется как лекарство, снимающее легочную гипертензию, особенно у людей с «горной болезнью».

Антидепрессант амитриптилин – препарат выбора при лечении головных болей напряжения, синдрома раздраженного кишечника, фибромиалгии, так же как и многие противосудорожные препараты.

О профилактическом лечении головной боли с регулярным и продолжительным приемом препаратов стоит говорить, если вам приходится прибегать к обезболивающим более 15 раз в месяц.

Другими распространенными видами головных болей являются

мигрень и так называемая кластерная головная боль. Если объяснять причину их появления упрощенно, то за мигренью стоят сосудистые, а за кластерной болью – неврологические нарушения.

Головная боль при мигрени часто, но не всегда бывает односторонней, нарастающей интенсивности, может сопровождаться тошнотой, рвотой. Острый приступ обычно снимается обезболивающими или группой препаратов по-научному называемых «агонистами серотонина» – триптанами. Больному во время приступа необходим покой, желательно в тихой, затемненной комнате.

Для мигрени характерно наличие провоцирующих факторов: физические нагрузки; яркий или мигающий свет; резкие запахи; потребление кофе, шоколада, алкоголя, выдержанного сыра, орехов. Кстати, подобные факторы могут провоцировать и другие виды головных болей. Классически мигрени может предшествовать аура – дефекты в поле зрения, например зигзаги перед глазами или другие геометрические фигуры, вспышки, блики. Часто пациенты видят крепостные стены. За зрительными феноменами могут появиться покалывание лица, языка, губ или другие, более редкие проявления.

Наличие ауры у больного с мигренью должно насторожить врача, так как нарушения мозгового кровообращения чаще встречаются именно у таких пациентов. Поэтому женщины, страдающие мигренью с аурой, должны избегать гормональных противозачаточных препаратов, немедленно бросить курить и особенно тщательно следить за уровнем своего холестерина и сахара, а также проводить профилактическое лечение мигрени бета-блокаторами: пропранололом, метопрололом, атенололом или препаратами типа топамакса.



*Заметки на полях*

...

*(начало см. на с. 28)*

*Ах так, думаю, хорошо же! Опять набираю доктора и уже в азарте (ну так и не стал я американцем!) говорю: «Просят приехать сегодня». Доктор только хмыкнул, но я не дал ему повесить трубку: «10 000 долларов за визит!». Он замялся: «Ну я не знаю, у меня в офисе полная запись...» А я ему (сказано же – денег не жалеть!): «20.000 долларов!!! И наличными!».*

*В ответ слышу: «Диктуй адрес!».*



*Думаете, это конец истории? Как бы не так! Через два часа звонок от доктора и в трубке американский мат: «Я приехал, а мне даже не открыли дверь!!! Сказали, что ничего не надо и голова уже прошла!». Я перезваниваю в Москву и требую немедленной оплаты, у самого-то 20 долларов в кармане! Надо отдать должное: какой-то клерк привез деньги через полчаса.*

*Я перенаправил его к профессору, выждал время и перезвонил ему. В ответ слышу: «Да, Александр, все получил, конечно, я понимаю, пациенты бывают разные, на то мы и врачи, это наша работа. Если ей опять понадобится помощь, звони, я с радостью откликнусь – это же наш долг!».*

Кластерная головная боль встречается реже, чем перечисленные выше варианты, и поражает в основном мужчин. Ее трудно спутать с чем-то другим: резкая односторонняя боль возникает на ограниченном участке головы (обычно над бровью), длится всего несколько минут (но каких минут!) и повторяется несколько раз в течение дня, иногда в одно и то же время. В отличие от мигрени, при которой больной стремится оставаться в покое, желательно в затемненной комнате, эти пациенты мечутся и не находят себе места во время приступа. Обычно приступ сопровождается слезоотделением, течет из носа, может отекает веко с одной стороны. Лечение часто требует применения гормональных препаратов.

Конечно, разновидностей головных болей намного больше, что мы сейчас обсуждаем. И врач, и пациент должны быть внимательными, чтобы не пропустить «намекающие» симптомы. Например, нарушение зрения – «тоннельное» видение – при глаукоме; двоение в глазах при повышении внутричерепного давления; заложенность носа – ринит тоже может быть причиной головной боли (см. «Когда головная боль опасна», с. 259).

Сильная головная боль во время секса тоже часто встречающееся состояние, особенно у мужчин. Одно утешение, что оно совершенно доброкачественное!

## **5. Головокружение**

Головокружение достаточно распространенный симптом. Невозможно представить человека, у которого никогда не кружилась голова. При этом в большинстве случаев люди испытывают ощущения, которые на самом деле головокружением не являются! Внезапная слабость, дурнота, вас качнуло и пришлось схватиться рукой за дверной косяк – это не головокружение.

На самом деле настоящее головокружение – это иллюзорное круговое движение предметов вокруг, ощущение, что комната вертится вокруг вас.

Этот симптом может как быть признаком доброкачественного и проходящего самого собой состояния, так и свидетельствовать об угрожающем жизни заболевании.

К счастью, чаще всего головокружение сопутствует доброкачественному заболеванию, и корни его кроются... в ухе! Оно так и называется – доброкачественное позиционное головокружение. При запрокидывании головы, ее повороте появляется некое ощущение, сопровождающееся дурнотой, тошнотой. Длится это состояние несколько минут.

Объясняется все просто: во внутреннем ухе человека располагается так называемый лабиринт – орган, ответственный за определение нашей позиции в пространстве. Он состоит из разнонаправленных полукружий, внутри которых расположены определенные рецепторы, сообщающие, в какой позиции человек находится.

Внешне это устройство напоминает миниатюрные американские горки. Внутри полукружий откладывается кальциевый песочек, который своей тяжестью раздражает внутренние рецепторы. Они начинают «глючить», и у человека появляется ощущение головокружения.

Это состояние абсолютно доброкачественное! Вся помощь заключается в том, что врач определенными маневрами загоняет этот песочек обратно в устья лабиринта. Пациента сажают, его голову запрокидывают назад, поворачивают вправо, потом влево, а потом опять поднимают. Вся процедура напоминает детскую игрушку, в которой шарик надо загнать сквозь лабиринт в лунку.

Определить, насколько серьезно ваше состояние, можно по длительности эпизодов головокружения. Если оно длится несколько минут, то это, скорее, доброкачественное позиционное головокружение (или вертиго), о котором упоминалось выше.

Если состояние продолжается несколько часов, то это может быть синдром Миньера (в этом случае в лабиринте накапливается жидкость, а не кальциевый песок). Если головокружение продолжается до суток, то это может быть признаком вирусного поражения слухового нерва, или проходящей ишемической атаки, а то и нарушения мозгового кровообращения или проявления рассеянного склероза.

Исключительно важно докопаться до причины головокружения. Вы должны знать простую вещь: если состояние сопровождается температурой 38 °С и выше, непрекращающейся рвотой, двоением в глазах или замутнением зрения, затрудненной речью, слабостью в руках или ногах, болями в груди, то это серьезные причины, по которым необходимо

немедленно обратиться к врачу. При таких симптомах необходимо немедленно медицинское вмешательство **для исключения инсульта**.

Бывает, что у человека кружится голова, когда он резко встает. Это тоже доброкачественная реакция, она еще называется **ортостатической**. Тонус сосудов не успевает меняться, давление быстро падает, и вы почувствуете кратковременное головокружение. Во всех доброкачественных случаях лечением являются противорвотные, успокаивающие препараты. Никаких других специальных лекарств не требуется. Неприятное состояние в большинстве случаев проходит само, а врач просто помогает снять симптомы.

Головокружение никогда не может продолжаться без остановки несколько недель, даже при необратимых изменениях в вестибулярном аппарате человека. Поэтому если состояние без перерыва длится дольше недели, то это свидетельствует о психогенных симптомах, с которыми надо обращаться к психоневрологу или психиатру (см. «Когда головокружение может быть опасным», с. 259).

## **6. Дисбактериоз**

За границей врачи не понимают, когда читают наши российские выписки с диагнозом «дисбактериоз». Нет у них такой болезни. Думаете, у иностранцев нет поноса после приема антибиотиков или других расстройств стула? Конечно, есть, пациенты везде одинаковые. Только там доктора знают, что за этими расстройствами могут стоять десятки причин – от совершенно безобидных до угрожающих жизни.

У нас же все – в кучу! Недаром один американский доктор сказал: «Дисбактериоз – выгребная яма российского невежества!!!». Уже не первый раз повторяю за ним эту фразу!

У себя в городской больнице запретил делать анализ кала на что-либо, кроме как на скрытую кровь и яйца глист. Потому что анализ кала на дисбактериоз ничего не дает вообще. Мы обязательно получим в анализе какие-то бактерии, причем половина из них будут якобы патогенные или действительно патогенные. Только делать хоть какие-то выводы на основании результатов этих анализов нельзя. Если у человека появился понос, это никакой не дисбактериоз, ну нет такой болезни! Есть несколько сценариев, когда возможен понос после приёма антибиотиков.

Основной – это понос (диарея), ассоциированный с механизмом действия антибиотиков. Существует большая группа антибиотиков (так называемые макролиды, например эритромицин, азитромицин-сумамед, кларитромицин), которые усиливают моторику кишечника, вызывая понос.

Другой сценарий может быть реально опасным. После длительного приема антибиотиков, иногда спустя недели две после его прекращения, может развиваться токсическое заболевание толстого кишечника, которое называется токсический мегаколон. Оно может закончиться серьезно, иногда даже смертью. Но это тоже инфекционная болезнь, вызванная активацией определенной бактерии *Clostridium difficile*, ее токсином, и лечится она опять же антибиотиками.

У нас про дисбактериоз слышали все, а про токсический мегаколон иногда не знают даже врачи, и сделать анализ на этот токсин даже в Москве практически невозможно. Зато все подряд принимаем что-нибудь типа линекса, а потом удивляемся пропущенному раку кишечника.



Заметки на полях

...  
*Поделюсь своей невеселой историей. Много лет назад у моего тестя – героя войны и умнейшего человека – появились периодические расстройства стула. Какой диагноз был поставлен, сами понимаете.*

*Я – молодой врач – тоже в нем не усомнился: что же еще может вызывать понос и бурчание в животе?! Бросился доставать эти полезные бактерии (тогда бизнес на пробиотиках – так по-научному называются содержащие их препараты – еще не вырос до масштабов наркоторговли), купил где-то на заводе. Как мы все этому радовались! Только потом оказалось, что мы пропустили у тестя рак толстого кишечника, от которого он впоследствии умер...*

Конечно, после приема антибиотиков может развиваться дисбактериоз. Но уловите разницу: это не болезнь, которую надо лечить. Я категорически против того, чтобы говорили, что дисбактериоз – это болезнь, требующая обязательного лечения пробиотиками. Сплошь и рядом людям говорят: «Вот видите, у вас расстройство стула, вы примите пробиотики, и будет вам счастье». Нам, грубо говоря, дурят голову, утверждая, что это болезнь, и обманом заставляя принимать пробиотики.

Пробиотики имеют право на существование. Есть исследования в Англии, которые показывают, что у детей применение пробиотиков может сократить срок применения антибиотиков. Пробиотики могут облегчать субъективное состояние человека. Подчеркиваю, я не против них.

Я против ложной пропаганды пробиотиков как препаратов, обязательных при лечении дисбактериоза.

Если вы меня спросите: «У меня расстройство желудка, урчит в животе, а я принимал антибиотики – могу я теперь попить пробиотики?», я отвечу: «Они вам не помогут. Но, может быть, немножко субъективно облегчат состояние. А может, нет. Но вреда от этого не будет». Это разумный подход.

...

*Если у человека появился понос, это – никакой не дисбактериоз, такой болезни нет!*

А если вам говорят: «При вашем состоянии вам обязательно надо купить такое лекарство, такой-то кефир, такие бактерии», это совсем другое. Это обман. Человеку назначают ненужное лечение, посылая его в аптеку тратить деньги, обогащая тем самым фармацевтические компании. Мы покупаем ненужные лекарства, тратимся, а потом у нас не хватает денег на те лекарства, которые действительно необходимы.

## **7. Диспепсия и изжога**

На что обычно реагирует желудок? Если мозг после переедания мучает совесть, то желудок – изжога. Поговорим о симптомах, связанных с проблемами желудка, которые есть практически у всех: изжоге, чувстве переполнения, отрыжке. На все это мы часто смотрим довольно легкомысленно. Ведь от изжоги и тяжести в желудке есть таблетки! Этих лекарств рекламируется много, и они действительно снимают неприятные симптомы.

Но все эти жевательные таблетки, суспензии не лечат; они только избавляют от симптомов в данный конкретный момент. Только когда нам надоедает процесс «заедания» еды таблетками, мы идём к врачу. Врач назначает эндоскопию, получаем тот или иной диагноз и начинаем лечиться.

С одной стороны, все делается правильно; с другой – мы опять живём не по средствам. Наша страна тратит на здравоохранение в РАЗЫ меньше, чем другие развитые страны. Но почему-то там непозволительная роскошь делать эндоскопию всем, у кого есть диспепсия, а мы шикуем.

Эндоскопия – это исследование, которое требует работы опытного врача, инструментария и определенных условий. Это исследование стоит денег. Если всех людей с изжогой, болями в желудке и подобными проблемами направлять на это исследование (а ведь там еще берется биопсия на наличие зараженности бактериями, которые вызывают язву, на атипичные клетки, чтобы не пропустить онкологию), то получается

колоссальных расход средств.

Поэтому правильный подход был бы следующим. Сначала выясняется, нет ли у пациента тревожащих симптомов, которые могут говорить о том, что за язвой может стоять что-то более серьезное и срочное (см. «Тревожные симптомы при язве», с. 260).

Присутствие этих симптомов должно насторожить врача, и здесь эндоскопию надо делать обязательно, без разговоров. Другое дело, если обратился молодой человек лет 45 с банальными и ненастораживающими симптомами. Такому пациенту просто эмпирически назначают лечение без предварительного исследования.

Лечение простое: препараты типа зантак или омез (омепрозол) или более современные – нексиум, лосек. Это антисекреторные препараты, подавляющие выработку соляной кислоты в желудке, являются основой лечения. Если после курса приема лекарств все проходит, то это будет концом истории.

Но подавляющее количество проблем с желудком возникает не от того, что мы едим, а от того, являемся ли мы носителями бактерии Хеликобактер Пилори. Эта бактерия продуктами своей жизнедеятельности повышает кислотность желудка и провоцирует состояния от язв (см. «Язва желудка. Факторы риска», с. 260) до онкологии. Особенно должна настораживать протяженность изжоги более пяти лет.

Постоянный заброс кислого содержимого желудка, как, например, при грыже пищеводного кольца диафрагмы, может вести к перерождению более нежных клеток эпителия пищевода и развитию предракового состояния. Во многих странах носителями Хеликобактера является большинство населения. Поэтому, если симптомы возникают опять, делается тест на наличие Хеликобактера Пилори, причем не эндоскопически, а путем определения антигена в стуле или с помощью специального дыхательного теста.

Если Хеликобактер выявляют, его лечат антибиотиками 10 или 14 дней, причем комбинацией нескольких препаратов. Если после этого симптомы у пациента проходят, его больше не трогают и эндоскопию не делают. Только если и после лечения антибиотиками симптоматика остается, тогда уже делают эндоскопию.

Меня в России удивляло, удивляет, но я надеюсь, что еще недолго будет удивлять огромное количество операций по поводу язвы желудка, потому что за рубежом я давно перестал видеть шрамы на животах. Там больных значительно реже оперируют, потому что хорошо лечат терапевтически, а если возникают осложнения, то практически все они

корректируются эндоскопическими методами лечения: коагулируют – прижигают сосуды, обкалывают их специальными препаратами, заклеивают фибрином язву и т. д.

...

*До сих пор не могу понять, почему язва желудка и панкреатит у нас – хирургическая патология. Ни то, ни другое таковой не является. За рубежом я давно перестал видеть шрамы на животах.*

Вариантов масса и крайне редко больной за рубежом направляется на большую хирургию. У наших людей большинство язв запущенно, больные поступают уже с кровотечением по скорой помощи. И лежат у нас пациенты в хирургии неоправданно долго.

Я до сих пор не могу понять, почему язва желудка и панкреатит у нас – хирургическая патология. Ни то ни другое таковой не является. Конечно, если у человека панкреонекроз, в определенных обстоятельствах он должен идти на операцию. То же при запущенной язве и кровотечении. В других случаях это терапевтические болезни, и во всем мире такие пациенты лечатся в терапевтических отделениях или в интенсивной терапии.

Лечатся как раз антибиотиками и так называемыми ингибиторами протонного насоса, родоначальником группы которых является препарат омез. Сейчас появилось много новых препаратов из этой группы, и все они равны по эффективности.

Допустим, вы пролечили Хеликобактер Пилори, принимая две недели антибиотики и один месяц препарат типа омеза. Что делать дальше? Если симптомов нет, то ничего не делать.

Если симптомы остались, то варианта два.

1. Периодически лечить антисекреторными препаратами курсом по четыре недели, потом, если симптомы приходят опять, повторить курсы. 2. На постоянной основе принимать препараты типа омепразола. Сегодня это считается вполне безопасным, хотя без побочных явлений не обойдетесь.

Подобные препараты могут вызывать снижение количества магния, а магний очень не простой элемент, часто его низкий уровень имеет место при инфарктах, аритмиях, низком калии. Надо это помнить и восполнять недостаток магния.

Иногда эти препараты могут приводить к повышенной ломкости костей, поэтому пожилым женщинам, которые и так склонны к остеопорозу, назначать длительный прием проблематично. Если симптомы упорные или появляются (нарастают) боли в желудке, можно предположить

рецидив инфекции Хеликобактер, повторить тест и лечить резервной комбинацией антибиотиков заново.

А вот роль диетических мероприятий в лечении диспепсий, эрозивных гастритов и язв сегодня расценивается как совсем скромная (см. «Что мы не знаем про язву желудка», с. 260). На самом деле со своего стола надо убирать то, что явно провоцирует боль или изжогу у вас лично. У вас изжога после употребления шоколада? Прекратите есть шоколад в таких количествах. Неприятные ощущения после приема алкоголя? Ограничьте алкоголь. Это же очевидные взаимосвязи, так зачем наносить себе вред?

Многое из того, что мы привыкли воспринимать как нечто непреложное, на деле не подтверждается. Например, молоко в качестве средства от изжоги может сначала немного уменьшить боли, но потом содержащийся в нем казеин вызовет еще бо́льшую секрецию желудочного сока.

Часто изжога донимает беременных женщин. Это не опасное, а нормальное классическое состояние, потому что при изжоге во время беременности, как говорили наши бабушки, у ребеночка растут волосы. Конечно, я шучу. На самом деле механизм довольно прост: меняется объем живота и, соответственно, вся динамика и моторика желудочно-кишечного тракта. Можно принимать те же зонтак, омепрозол. Кстати, и у беременных все равно причиной может быть та же Хеликобактер Пилори. Если ее обнаруживают, то стараются оттянуть начало лечения до конца беременности. Но, в принципе, после 14 недель беременности возможно применение тех антибиотиков, которые убивают Хеликобактер и безопасны для будущей мамы и ребенка.

## **8. Ожирение и диета**

К сожалению, ожирение в современном мире имеет характер эпидемии. Чтобы в этом убедиться, достаточно посмотреть по сторонам. Вы увидите, что эта болезнь, а это именно болезнь, наступает. Она видна на наших лицах и фигурах...

Но иногда недостаточно просто посмотреть на человека, чтобы сказать: у него избыточный вес или уже ожирение. В принципе, всем хочется знать, нормальный у них вес или повышенный.

Когда-то делали просто: брали рост в сантиметрах, отнимали 100 и так определяли норму, сравнивая ее потом со своим весом. Это приблизительный способ, от него отошли достаточно давно.

Сегодня для определения ожирения употребляется понятие индекс массы тела. Он рассчитывается так: вес в килограммах делится на рост



человека в метрах, возведенный в квадрат.

Если вы весите 80 кг при росте 165 см, то надо эти 80 кг разделить на 1,652 [80: (1,65 × 1,65)]. Получится какая-то цифра. В норме масса тела должна быть от 18,5 до 24,9. Избыточный вес – это уже от 25 до 29,9; от 30 и выше – это ожирение. Причем от 30 до 34,9 – это ожирение I степени, а от 35 до 39,9 – это уже очень высокая степень ожирения. Такого человека на улице ни с кем не спутаешь! От 40 и больше – ну, можете себе представить!

Какие **факторы** играют роль в развитии ожирения?

В первую очередь это наследственность. Сегодня мы получаем всё больше и больше данных о том, что подавляющее большинство патологических состояний передается по наследству от наших предков! Склонность к ожирению передается через гены, которые определяют особенности регуляции жирового обмена в организме.

Сама регуляция жирового обмена – это сложнейший биохимический процесс. Жировая ткань – это не просто «сало», это активная ткань, которая вырабатывает определенные гормоны (например, половые!) и производит определенные биологически активные вещества, такие как лептин, различные полипептиды, которые обеспечивают взаимосвязь между желудком, другими органами пищеварения и мозгом. Они ответственны за чувство насыщения или отсутствия такового, за усиление метаболических процессов и т. д.

Различные состояния вот этих полипептидов и других биологически активных веществ могут меняться при определенных мутациях, которые могут передаваться по наследству. Мы прекрасно знаем, что некоторые счастливицы едят и пьют что угодно и при этом остаются стройными и красивыми. Но, к сожалению, это редкость и, скорее, исключение из правил.

Помимо генетики, которую мы никак не можем изменить, есть еще несколько факторов, которые тоже являются данностью. Эти факторы связаны с нашим детством и даже с пребыванием во чреве матери, например с ожирением человека связан излишний вес матери во время беременности. Это может играть роль в ожирении младенца, которое часто остается пожизненно.

Для будущего ожирения играет роль, курит ваша мама или нет, а также есть ли у нее диабет. Статистически доказано, что у курящих мам дети рождаются с избыточным весом. Давно известно, что если у мамы диабет, то ребенок рождается крупным и очень часто по жизни идет с избыточным весом.

И наоборот, если вас вскармливали грудью, шансов получить ожирение меньше, как если бы вы были на искусственном вскармливании.

Далее идут те **факторы возникновения ожирения, которые мы можем изменить.**

Во-первых, это образ жизни человека. Сидячий образ жизни, физическая пассивность приводят к избыточному весу практически неизбежно. Вы это и сами знаете. Огромная работа на эту тему проводилась на обширном статистическом материале. Многие десятки тысяч женщин в Америке, в основном бывшие медсестры, на протяжении многих лет обследовались по липидному обмену, по влиянию гормональных заместительной терапии, по остеопорозу.

В частности, выделялись люди с избытком веса, и на их примере определяли, какой из видов сидения дома наиболее опасен в плане провоцирования ожирения. В итоге оказалось, что по сравнению со всеми остальными видами сидячего образа жизни именно просмотр **телевизора оказался наиболее опасным для приобретения избыточного веса.** Просто лежать на диване и читать книжку менее вредно для талии, чем смотреть телевизор.

Исследование было проведено правильно: сравнивали сначала возраст, потом питание, потом курящих и некурящих; анализировались очень многие параметры. И вот, когда отобрали женщин одного возраста, сходного питания, разделили курящих и некурящих и стали определять, в чем между ними разница, статистически достоверно оказалось, что смотреть телевизор более опасно в плане развития ожирения. Видимо, дамы непрерывно жуют, сидя у телевизора!

Важную провоцирующую роль в развитии ожирения играет ограничение сна. Проводились многолетние эксперименты с участием добровольцев, в результате которых было показано, что если человек спит менее восьми часов в сутки, то риск развития ожирения у него выше. Попробовали смотреть, какая ситуация с лишним весом у тех, кто спит более восьми часов, и у них такой закономерности не прослеживалось, т. е. только недосыпание ведет к ожирению. Есть определенные механизмы этого процесса, которые врачи пытаются объяснить. Нам же важно знать сам этот факт.

...

*То, что может лежать на столе: колбаса, мясо, сыр, сало, мороженное, – это вредно, а все то, что лежать не может: оливковое и вообще растительные масла, – полезно.*

Теперь о самом больном – о диете... Я не могу сказать, что плохо есть много жира или много углеводов, потому что жиры бывают разные и углеводы бывают разные. Надо есть правильную пищу. Если вы питаетесь как подавляющее большинство населения в России (да и в вообще в западных странах), т. е. пищей, богатой животными жирами, в которой все углеводы отличаются высоким гликемическим индексом (сахар, пирожные, белый хлеб, рис, картофель), если вы употребляете фаст-фуд, то нечего удивляться тому, что ваш вес растет и растет!

Здоровое питание предусматривает потребление «полезных» жиров. Если объяснять примитивно: то, что может лежать на столе – колбаса, мясо, сыр, сало, мороженное, – это вредно, а все то, что лежать не может: оливковое и вообще растительные масла, полезно. Добавьте к этому большое количество клетчатки, овощей и фруктов, рыбы, обезжиренных молочных продуктов.



Заметки на полях

...

*Когда я только приехал работать во Францию, парижские коллеги пригласили нас с женой в хороший ресторан, чтобы отметить знакомство и положить основу дальнейшего сотрудничества. Подали вино, вкус которого показался мне очень терпким (это сейчас я понимаю, что вино было весьма дорогим, а тогда я был, как Семён Семёныч из «Бриллиантовый руки: «Мне бы пивка!»), и мясо с овощами. А к мясу – соус красного цвета.*

*Я радостно и безо всякой задней мысли воскликнул: «О, кетчуп!». Официант это услышал и быстро залопотал что-то, что мне было трудно уловить.*

*Тогда он вспомнил про языковой барьер, ушел и вернулся с шеф-поваром в белом колпаке и халате. Шеф-повар с большим достоинством объяснил, что соус – никакой не кетчуп, а его фирменное изобретение и что кетчуп не может подаваться в ресторанах подобного уровня!*

*Ну а я до сих пор люблю кетчуп, хотя когда читаю составные ингредиенты, понимаю, что упоминать его в книге о здоровом образе жизни неправильно!*

**У кого выше риск ожирения?** У того, кто не завтракает. Доказано, что завтрак снижает риск развития ожирения. Более того, ведь как у нас ведется борьба с ожирением? Человек встал на весы, впал в шок и решает, что

больше есть не будет, пока стрелка не сдвинется вниз. Этот подход без вариантов приводит к ожирению. Почему? Люди так раскачивают свой обмен, что это приводит в резистентности (устойчивости) к инсулину; дальше увидите, что это имеет с ожирением прямую связь.

Ожирение также чаще встречается у тех, кто имеет привычку есть по ночам, кто ест редко, но помногу, большим куском. Помните советский лозунг: « **Тщательно пережевывая пищу, ты помогаешь обществу!**» Не знаю, как насчет общества, но себе поможете точно!

Надо еще упомянуть, что ряд существующих лекарств провоцируют ожирение. Среди них некоторые лекарства от эпилепсии, судорог, несколько видов антидепрессантов, очень многие лекарства от диабета, за исключением метформина – одного из немногих, которое вес снижает.

Боязнь гормональных противозачаточных таблеток как препаратов, увеличивающих вес, не оправданна. Специально в нескольких экспериментах наблюдали женщин, которые годами принимают эти таблетки. Вес у них в итоге не отличался существенно от такового у женщин, которые таблетки не принимали.

В развитии ожирения может играть роль вирусная инфекции, в частности аденовирус. Замечено, что люди, перенесшие эту болезнь, чаще имеют избыточный вес. Сейчас ученые пытаются понять связь между аденовирусом и избытком развития жировой ткани.

**Ожирение – это одно из проявлений нечувствительности к инсулину.** Резистентность, нечувствительность к инсулину лежит в основе очень многих болезней (диабет, сердечно-сосудистые заболевания, онкология).

Давайте разберемся еще раз. Ожирение, в принципе, это не просто толстый человек, у которого много жира. Ожирение – это состояние, при котором происходят сложнейшие эндокринные и гормональные процессы, в которых задействованы многие биологически активные вещества на таком тонком молекулярном уровне, что неспециалисту это понять сложно.

Вам просто надо знать, что жир – это орган, такой же, как сердце, почки или печень. Допустим, почему у женщины после менопаузы часто развивается жир на животе и т. д.? Потому что яичники уже не функционируют, надпочечники функционируют хуже. Тогда эстрогены начинают вырабатывать жировую ткань, и она берет на себя эту функцию. Поэтому дамам так трудно сбросить вес в менопаузу. Жировая ткань вырабатывает множество биологически активных веществ. Иногда это бывает полезно.

Врачи столкнулись с «парадоксом ожирения». Да, больные с

избыточным весом чаще страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями. Да, больные с избыточным весом чаще страдают онкологией. Есть ряд онкологических болезней, особенно часто встречающихся при избыточном весе. Это рак толстого кишечника, рак простаты. Сюда же относится рак груди, но интересно, что рак груди у женщин до наступления менопаузы с ожирением не связан, а вот после менопаузы ожирение является провоцирующим фактором развития рака груди.

Так вот, парадокс ожирения в том, что **если болезнь уже есть, то люди с ожирением живут дольше**. Они меньше времени проводят в больницах, чем те люди, кто весит нормально. Больной толстый человек находится в более благоприятном положении, чем такой же больной, но худой. И народная мудрость гласит: там, где жирный сохнет, тощий дохнет!

Почему так происходит? Объяснения этому пока нет. Есть только разные предположения. Одни считают, что врачи более настороженно относятся к больным с ожирением и чаще вызывают их на обследования, более тщательно за ними следят и их лечат. Другие как раз ищут какие-то новые биологически активные вещества, которые гипотетически вырабатываются жировыми клетками, и стараются их выделить, чтобы изучить это защитное свойство жира.

Так что жировая клетка – это не просто жир, это целая биохимическая фабрика, которая работает как на вред, о котором мы хорошо знаем, так, возможно, и на пользу, о которой мы пока только догадываемся.

Что делать с ожирением? Если имеет место высокий индекс массы тела, но меньше, чем 35, то можно и нужно стараться обойтись без каких-то медикаментозных или хирургических вмешательств.

Отдайте предпочтение диете и физическим нагрузкам. Оптимальной будет диета с ограничением общего количества калорий. Общее количество калорий в день не должно превышать 1800. В некоторые дни калорий может быть намного меньше: 1000 или даже 800. Чего надо избегать однозначно, так это периодов полного голодания: бессмысленно и опасно!

Какую диету предпочесть? Мы уже говорили о принципах рационального питания. Кроме того, никаких чудес, к сожалению, не бывает.

В Америке больных специально предупреждают: если рекламируют диету и приводят свидетельства людей, рассказы о том, как быстро и хорошо они похудели, приводят фотографии ДО и ПОСЛЕ, такой диеты нужно избегать. Это не только «разводка на деньги», что не самое страшное, но и опасность для здоровья из-за быстрого и кратковременного снижения веса.

Однажды я увидел на подъезде объявление: «Похудеть навсегда!». Такой исход вполне возможен, хотя там имелось в виду, конечно, другое...



### *Заметки на полях*

...

*В больнице, где я сейчас работаю, трудится и мой однокашник – замечательный ЛОР-врач Б.В. Старосветский (у меня там вообще много замечательных докторов; коллеги, не обижайтесь, что не могу перечислить всех!).*

*В его отделение поступила женщина с воспалением уха и мозга (отогенный менингит: мозг от уха отделяет меньше сантиметра – берегите уши!). Состояние крайне тяжелое, и мы не успеваем ничего сделать, через час после поступления больная умерла... Что же ждало нас на вскрытии: пациентка оказалась приверженцем народной медицины, и, когда у нее заболело ухо, она засунула туда фасоль. И, видимо, забыла.*

*А зря: там тепло и сыро, вот фасоль и пустила побеги! В итоге она проросла в мозг и убила пациентку... Вспомните эту историю, когда захотите лечиться альтернативными методами!*

Начиная диетические мероприятия, ставьте себе реалистичные задачи. Не надо ставить целью сразу сбросить 20 кг. Для начала попробуйте сбросить 5–10 % веса. Получится 15 % – это вообще отличный результат!

Конечно, соблюдать диету в наших условиях жизни нелегко. Если посмотреть на наше обычное питание, становится понятно, насколько мы пока явно далеки от стандартов здорового образа жизни. Нам есть за что винить пищевую промышленность: за огромное количество натрия в продуктах, за переизбыток вредных транс-жиров, за самые вредные формы углеводов. Поедая все это, мы пытаемся и не можем похудеть.

Если человек хочет похудеть, то ему надо менять свои вкусовые привычки: стараться избегать фабричной кулинарии, отделов с колбасами и сырами, кондитерских и т. д. Формула диеты для снижения веса проста: количество калорий, поступающих в организм, минус количество калорий, которые тратятся, равняется минусовой величине: тратим калорий больше, чем получаем.

Обратите внимание: 20–35 % калорий, попадающих в организм, должны поступать из жиров; 10–35 % – из белков и 45–65 % из углеводов. Плюс обязательно не менее 25–35 г клетчатки в сутки.

Главное в диете – это рациональное питание и ограничение

калорийности. Я только злюсь, когда слышу про какую-нибудь «кремлевскую» диету. Как бывший главный врач Кремлевской больницы свидетельствую: **нет и никогда не было никакой кремлевской диеты!** Это просто эксплуатация модного названия!

Есть диеты полезные, с рациональным зерном. Есть диеты, скажем так, нейтральные. Но есть и диеты, которые прямо вредны! Это диеты, пропагандирующие потребление большого количества мяса! Такой рацион приводит к угрозе развития инфарктов, инсультов, онкологии.

Хотя я помню, как в советские времена, когда в больницах кормили не очень (да и сейчас – не очень), были так называемые разгрузочные дни. Я тогда работал в кардиоцентре. В разгрузочные дни врач выписывал больному низкокалорийные продукты: 1 кг творога либо на выбор 800 г вареного мяса, постной говядины. Остальные «нормальные» больные ели в это время какие-то плохо съедобные каши. С большой завистью смотрели они на тех пациентов, которым приносили сразу этот кусок вареного мяса, они его уминали с хреном, причем комментировали: «Как же нам на диете хорошо разгружаться!».

Действительно, мясо низкокалорийно, но только если это – постная говядина. О вреде переизбытка мяса в рационе уже сказано много, польза мяса тоже несомненна, но употреблять его надо умеренно! Я еще раз напоминаю, что «красное» мясо по всем медицинским стандартам положено есть не чаще трех раз в неделю. Другое дело – курица и другое «белое» мясо – телятина, индейка. Прекрасный источник белка – рыба, бобовые, соя, обезжиренные молочные продукты.

...

*Формула диеты для снижения веса проста: количество калорий, поступающих в организм, минус количество калорий, которые тратятся, равняется минусовой величине: тратим калорий больше, чем получаем.*

Стараясь похудеть, пациент может выбирать между диетами с низким содержанием углеводов и с низким содержанием жиров. Раньше сильно пропагандировалось ограничение жиров, и это казалось логичным: каждый знает, что жирная пища вредна.

Однако в последние годы эту позицию несколько пересмотрели. Провели исследования на больших группах добровольцев, у одних из которых ограничивали жиры, а у других нет. Первые два года наблюдения люди в группе с ограничением жиров, действительно, в среднем весили меньше. Но потом это различие исчезало.

Современные ученые утверждают, что важно не количество жира, а

его качество. Растительные жиры (оливковое масло), рыба и рыбий жир, жиры молочного происхождения – это хорошо для организма, а мороженное, колбасы, мясо, сыры, маргарин – это плохо. Даже **яйца сегодня врачами оправданны: от количества до двух штук в день только польза!**

Диета с ограничением углеводов тоже подразумевает разумный их выбор. Мы неоднократно упоминали такое понятие, как «гликемический индекс». Разные продукты с высоким содержанием углеводов при одной и той же калорийности вызывают разный по скорости и уровню подъём сахара в крови.

Быстрый и резкий всплеск уровня сахара в крови вызывает такой же всплеск инсулина в ответ. При таких повторных всплесках рецепторы привыкают и перестают реагировать на инсулин должным образом. Эта нечувствительность к инсулину лежит в основе многих патологических процессов. Продукты с высоким гликемическим индексом («плохие»): сахар, все виды выпечки (увы!), белый хлеб, белый рис, белые макароны, пицца, любимая всеми картошка; из фруктов – виноград, бананы, многие фруктовые соки.

Низкий или приемлемый уровень гликемического индекса имеют коричневый и дикий рис, макароны из муки грубого помола, овсянка, многие фрукты: яблоки, груши, сливы, большинство овощей, орехи. Эти же продукты содержат наибольшее количество клетчатки.

Еще раз подчеркиваю: клетчатка крайне полезный продукт, доказано играющий важную роль в профилактике онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний. Помимо перечисленных продуктов ее содержат в большом количестве каши и хлеб из цельных зерен. Обычно в процессе помола отбирают только белую сердцевину, т. е. голый крахмал, а самое полезное – оболочку зерен – выбрасывают. Сейчас людям стали доступны продукты из цельных зерен, и они предпочтительны при выборе.

Необходимо помнить об **ограничении соли**. Норма – 5 г в день, т. е. **одна чайная ложка**. Однако многие продукты уже содержат огромное количество соли. Это хлеб, супы, любая колбаса, сыры и т. д. Поэтому на практике надо просто выкинуть солонку и пищу не подсаливать.

Ни один разумный человек, думающий о своем здоровье, не будет употреблять газированные сладкие напитки: 10 кусков сахара на 300 мл напитка!!! Только и фруктовые соки из пакетов не сильно от них отличаются – колоссальное количество сахаров с очень высокой гликемической нагрузкой!

Что же пить? Чай (самый распространенный напиток на Земле!),



негазированную воду, обезжиренное молоко. Алкоголь: допустимая норма – один стакан сухого вина для женщин и два – для мужчин. Однако алкоголь возбуждает аппетит и вряд ли уместен человеку, желающему похудеть! Любители кофе – продолжайте его любить! Мифы про вред кофе для сердца уже давно развеян докторами: на оборот, кофе полезен сердечникам, предотвращает инфаркты и аритмии, полезен для печени. Пейте на здоровье!

В итоге, грубый чертеж здоровой диеты – это:

1. Овощи до 500 г в день, особенно зеленые (не забывайте про чеснок, хотя бы дольку в день!).
2. Фрукты – до 500 граммов в день с упором на яблоки, сливы, груши.
3. Овсянка.
4. Продукты из цельных зерен.
5. Рыба, даже жирные сорта.
6. Обезжиренные молочные продукты.
7. Курица или индейка.
8. Оливковое масло.
9. Немного орехов.
10. И (о радость!) квадратик черного шоколада в день и немного сухого красного вина тем, кто не решился полностью отказаться от алкоголя.

**Вот в этих рамках и конструируйте то, что оптимально и вкусно вам!**

Иногда людям приходится принимать лекарства для снижения веса. Сегодня их осталось в ходу всего одно-два: в Европе не отозвали меридию, а в Америке посчитали, что от нее учащаются инфаркты, и там остался один орлистат – блокатор всасывания жира, не очень любимый пациентами, потому что его весьма умеренный эффект связан с сильным поносом. Сейчас на стадии регистрации еще пара препаратов; поживем – увидим, что будет с ними, но судьба новых препаратов для снижения веса печальна, их отзывают с рынка один за другим.

...

*Мифы про вред кофе для сердца уже давно развеян докторами: наоборот, кофе полезен сердечникам, предотвращает инфаркты и аритмии, полезен для печени. Пейте на здоровье!*

Последний пример – римонабант – очень многообещающий препарат, к тому же помогал избавиться от курения и нормализовывал сахар и холестерин. Ему уже предсказывали коммерческий успех виагры, но через

год отозвали с рынка как увеличивающий число тяжелых депрессий и даже самоубийств! Пытаются использовать для снижения веса и другие препараты, изначально не для этого созданные. Тот же метформин, некоторые антидепрессанты, но их эффект весьма скромный.

Большие обороты набирает хирургия, я думаю, за ней пока наиболее многообещающие результаты. Если у вас масса тела с индексом 40 и больше или 35, но при этом есть сопутствующие болезни – диабет, гипертония и проч., – вам прямая дорога к хирургу.

## **9. Судороги**

Как-то в процессе съемок передачи об эпилепсии я попросил подойти всех, у кого когда-то в жизни имел место эпизод судорог. Сразу подошло много народа, я даже сначала удивился. Потом оказалось, что собственно с судорожным расстройством среди них нет ни одного. Все подразумевали под судорожным расстройством те судороги, которые сводят икры, или невольное движение ног по ночам, что бывает часто и у многих. На эту тему мы тоже обязательно поговорим, потому что судорожное расстройство и судороги – это совсем разные вещи.

Врач общей практики обычно сталкивается с первичными судорогами, когда у человека это происходит действительно впервые. Живет человек, и у него ни с того ни с сего развился судорожный припадок. Он «выключается», ничего потом не помнит. А окружающие рассказывают ему, как он упал, концерт устроил, с судорогами, со всеми делами. Естественно, человек напуган, бежит к врачу со множеством вопросов: почему это у меня? Что делать? Как лечить? Как себя теперь вести?

Отвечу на первый вопрос: почему? У нас в мозгу существуют миллиарды нейронов, которые выделяют электрические импульсы и поглощают их. При этом они работают синхронно и обеспечивают нормальное функционирование головного мозга. Но бывает так, что эти импульсы начинают генерироваться и поступать асинхронно, хаотично. Подобный сбой может заканчиваться судорогами. Это основа эпилепсии.

Не все судорожные припадки являются эпилепсией (бывают спровоцированные судороги). Не всегда эпилепсия имеет выясненную причину. В половине случаев она не находится, и тогда говорят об «идиопатической» эпилепсии. В остальных ситуациях причинами могут быть травмы головы, нарушения мозгового кровообращения, опухоли головного мозга (см. «Причины судорог», с. 262). Все эти заболевания могут нарушать электрическую стабильность нейронов и приводить к эпилепсии.

Теперь вспомним о том, что значительная часть всех судорог к эпилепсии не относятся. Спровоцированные судороги являются проявлением какого-то состояния, например интоксикации. Человек долго-долго выпивал, потом перестал, и тут начались судороги. Это требует от врачей особого внимания.

Когда человек поступает в больницу пьяный, с большой концентрацией алкоголя в крови, это хорошо, потому что с этим можно справиться. А вот период, когда из организма выходит алкоголь и его концентрация в крови падает, очень опасен, так как в этот момент может развиться белая горячка. Такие несчастные умоляют у магазина: «Дайте на выпивку!», трясутся... в принципе, они где-то правы, так они спасаются от белой горячки и судорог. Получается замкнутый круг. Как говорится, читайте классиков!

**Судороги могут быть спровоцированы некоторыми лекарствами.** Вы удивитесь, как много таких препаратов. Сюда относятся обезболивающие препараты (пенталгин, анальгин и многие другие), очень многие антибиотики – от препаратов пенициллинового ряда до наиболее современных, которые продаются преступно общедоступно. Дальше идет распространенное у нас и практически не применяющееся в остальном мире лекарство от астмы – эуфиллин. Он не применяется за рубежом именно из-за частоты и тяжести побочных явлений. Помимо судорог препарат вызывает тахикардию, износ сердца, тяжелые аритмии (см. «Лекарства, которые могут спровоцировать судороги», с. 261).

К препаратам, потенциально провоцирующим судороги, относятся и антидепрессанты. Как видите, список таких препаратов довольно велик, поэтому врач должен быть очень внимательным и всегда анализировать, что предшествовало судорогам, какие препараты больной принимает или принимал.

**Судороги могут быть проявлением низкого уровня натрия.** Мы не знаем, насколько может быть опасен низкий натрий, и с удовольствием пьем мочегонные от отеков и мешков под глазами, не понимаем, что от мешков мочегонные не помогут, а только усугубят их. Мешки под глазами – это не тот отек, который убирается мочегонными, это застой жидкости в результате перенапряжения около глазных мышц. Из-за того, что они напряжены и сокращены, нарушаются пути оттока жидкости, и она накапливается в рыхлой клетчатке. Тут необходимы косметологические процедуры, массаж, тогда как, принимая мочегонное, мы только усугубляем ситуацию. При нецелевом приеме мочегонных препаратов из организма выводится вода, но не оттуда, откуда вы хотите, а из объема

циркулирующей крови. Мозг тут же дает команду на выброс гормонов, которые компенсаторно задерживают больше жидкости и больше натрия в крови.

Но мы же все-таки упорные и продолжаем пить мочегонные, побеждаем организм, и он уже не может поддерживать натрий на должном уровне (не говоря уже о калии). Мы можем допить до того, что натрий упадет совсем и могут развиваться опасные для жизни судороги!

Обратная ситуация: когда неопытный врач быстро восполняет натрий, это может плохо кончиться. С изменением быстро растущего осмотического давления могут разорваться определенные клетки в головном мозгу и начаться судороги как предвестники печальных последствий.

Часто наблюдаются судороги, когда у человека понижен магний. Это очень важный микроэлемент, который тесно связан с обменом калия и других элементов. В клетке недостаток магния является одним из механизмов развития инфарктов миокарда и других патологических процессов. Если у нас будет снижен магний, то калий не будет усваиваться, как бы мы его ни пополняли. Аритмия и другие опасные проявления низкого калия, коррегироваться не будут, пока не восстановим магний.

Итак, **первое, что необходимо сделать**, – определиться, с какого рода судорогами мы имеем дело. Вы должны выяснить, что привело вас к этому состоянию. Если у вас инфекция, вас могут лечить антибиотиками. Но если вы принимаете лекарства с провоцирующим судороги потенциалом, вам должны их поменять. Если у вас снижен магний или другие электролиты – вам должны их скорректировать.

Когда вы убираете причину судорог, то можете жить спокойно. А говорить, не разобравшись, что у человека наследственная эпилепсия, – это, наверное, неправильно. В половине случаев причина окажется иной.

Есть еще судороги, которые вообще судорогами не являются. Они представляют собой ощущение дрожи во всем теле. Такое бывает при нервно-психических заболеваниях, нарушениях работы щитовидки. Дрожь сменяется потом резкой слабостью. Другой пример – «судороги» у детей при высокой температуре. Это тоже не судороги, а крупный озноб, который приходит, как только ребенка охлаждают.

**Второй вопрос: что делать?** В первую очередь сделать анализ крови, чтобы исключить патологию нарушения электролитного дисбаланса (натрий, калий, магний). Если у человека повышенная температура, то его обязательно проверяют на инфекцию и делают спинномозговую пункцию.

Энцефалограмма – тоже да, но надо помнить, что нормальная

энцефалограмма никак не снимает диагноз эпилепсии. В значительной части случаев при эпилепсии на электроэнцефалограмме наблюдается нормальная картина.

А вот компьютерную томографию головы тому, у кого первый раз случился приступ эпилепсии, нужно делать обязательно. Это может выявить нарушение мозгового кровообращения или опухоль, иногда именно судороги могут быть первыми проявлениями этих болезней.



#### *Заметки на полях*

...

*Кстати, никто судорожный припадок лучше, чем Достоевский в «Идиоте», не описал. В американском учебнике неврологии так и говорится, что описание клинической картины лучше всех дал известный русский писатель Достоевский. И приводится весь отрывок. Я испытал чувство гордости, когда прочитал об этом! Тем более что Федор Михайлович – мой любимый писатель.*

*Судороги бывают разные. Не всегда имеет место такой развернутый припадок, как описывает Достоевский. Иногда это всего лишь дрожание руки и ноги, иногда человек замирает на мгновение, иногда при этом гримасничает, окружающие могут даже не отдавать себе отчет, что перед ними больной в судорожном припадке.*

*Помню, во время работы в Нью-Йорке в реанимации у меня был больной: без сознания, но все параметры вроде приемлемые. Докладываю заведующему, что все стабильно, а доктор молча показывает на дрожащий палец больного и вопросительно на меня смотрит. Спрашивает: «Давно?». «Да уж пару дней», – отвечаю я. Заведующий только рукой махнул и велел срочно начинать противосудорожное лечение: у больного дрожание пальца было проявлением эпилептического статуса!*

А теперь главное: **как и когда лечить?** Арсенал противосудорожных препаратов сегодня весьма обширен. Но все эти лекарства небезвредные, имеют побочные эффекты.

Большинство докторов соглашаются: если у больного судороги возникли впервые, то их не лечат. Шансов, что они никогда больше не повторятся, довольно много.

Если все же приступ повторился, то после второго эпизода судорог уже начинаем пациента лечить.

Все применяемые сегодня противосудорожные препараты достаточно

активны. Не помогает один – пробуют другой и т. д. Не помогает второй и третий, тогда применяют комбинированную терапию; риск побочных явлений при этом, конечно, усиливается.

Среди наиболее частых **побочных явлений** подобной терапии – депрессия. Даже частота самоубийств у этой группы больных выше, чем по популяции в целом. Другое – склонность к остеопорозу. Эти средства разрежают кости, поэтому у людей с факторами риска остеопороза (пожилые люди, женщины в менопаузу, хронические курильщики) надо быть особенно осторожным.

Я сталкивался с такими ситуациями. Больной с сильным остеопорозом: его слабые кости не поддаются лечению. Не могу найти причину, пытаюсь выяснить, принимает ли он какие-то еще лекарства? Говорит, что нет, не принимает. Знаете, какая психология у людей? Он думает, что я его спрашиваю о лекарствах, которые он конкретно сейчас принимает – антибиотики или еще что. А то, что он годами принимает одну таблетку в день от судорог, он за лекарство не считает. Потом выяснилось, что он считал таблетку не лекарством, а фактически «едой» и не связывал такие побочные явления с ее приемом.



Заметки на полях

...

*Могу вспомнить еще один подобный случай. Пациент с мерцательной аритмией настолько давно принимал дигоксин для урежения ритма, что даже не воспринимал это как лекарство (часто вижу такое у больных с заболеванием щитовидной железы, принимающих гормональную заместительную терапию). Потом он стал жаловаться на то, что все стал видеть в желтом свете. Долго ходил по врачам, обследовался, но все без толку.*

*Мне вспомнился Ван Гог: он тоже принимал подобный препарат (история его применения превышает 200 лет!) и тоже все видел в желтом свете. Так и рисовал! Классическое проявление передозировки препаратов группы сердечных гликозидов! В итоге долгих прицельных (там были еще другие признаки) расспросов больной «вспомнил», что, и правда, много лет принимает таблетку в день, принес ее, и действительно это оказался дигоксин!*

**Как долго принимать таблетки?** Считается, что если у вас судороги отсутствовали несколько лет (три – пять), то лечение можно останавливать

и посмотреть, что получилось. Если возникнут опять – лечение возобновляется.

Можно ли водить машину при наличии судорог? В западных странах разрешают при условии, что приступов судорог не было документировано несколько лет. Сколько – в разных странах по-разному. Данными по России не располагаю.

## 10. Тромбоз

Большинство серьезных болезней являются следствием неправильного образа жизни в сочетании с генетической предрасположенностью. Казалось бы тромбоз – исключение. Потому что провоцируется он часто довольно общими для всех обстоятельствами: длительное стояние (сидение) в автомобильных пробках (ох уж эти пробки!), длительные перелеты, долгое лежание в постели – всем тем, что приводит к застаиванию крови в венах, ее сгущению и образованию тромба.

Как правило, в подобных ситуациях тромб образуется в ноге. Она опухает, болит, и доктор говорит пациенту, что у него тромбоз глубоких вен голени. Самой ноге это ничем не грозит, нога поболит и пройдет, еще В.С. Высоцкий пел: «Это не горе, если болит нога!». Вряд ли он имел в виду тромбоз, потому что если тромб оторвется, то по законам анатомии «выстрелит» вверх, в сосуды легких, произойдет их закупорка и это вызовет серьезную болезнь или даже смерть!

Успокойтесь, **не любой тромб в ноге является потенциально опасным**. В ногах вены залегают на разной глубине, и только система глубоких вен напрямую сообщается с венами, ведущими в легкие. Поэтому тромбозы и тромбофлебиты поверхностных вен неопасны.

**Опасен тромб в глубоких венах.** Особенно опасен тромб, локализованный выше колена; если это место еще и болит, то это – дополнительный отягощающий симптом. Пример алгоритмического подхода к ситуации: Тромбоз где? В голени. Болит – одно лекарство; не болит – другое; выше колена – опасно; ниже – зависит от ситуации.

Итак, как только опухла нога после того, как вы долго сидели, например вышли из самолета, немедленно идите к врачу. Если это тромбоз, вам надо немедленно начать принимать кроверазжижающие препараты.

Однако кто-то летает годами, и у него все хорошо, а другой посидел три часа перед компьютером и получил тромбоз! Как определить, кто находится в зоне риска?

Во-первых, это люди с врожденной склонностью к тромбозам, у которых по разным причинам, как правило генетически обусловленным,

страдает система свертывания и противосвертывания крови. В норме она строго сбалансирована, но иногда при врожденных состояниях эта слаженность нарушается. Склонность к свертыванию побеждают факторы, которые ей противостоят.

Исключительно важным фактором риска тромбозов является курение. Да-да, опять курение! Онкология, проблемы с сосудами, тромбозы – все для тех, кто курит, и тех, кого обкуривают дома или на рабочих местах!

...

*В ногах вены залегают на разной глубине, и только система глубоких вен напрямую сообщается с венами, ведущими в легкие. Поэтому тромбозы и тромбофлебиты поверхностных вен неопасны.*

Следующий фактор – гормональная терапия. Женщины, принимающие противозачаточные таблетки, раньше были в группе риска. Сегодня ситуация изменилась благодаря тому, что содержание эстрогенов в современных таблетках стало значительно меньше. Но если женщина при этом курит, риск удваивается. Она должна выбрать: либо принимать противозачаточные таблетки, либо бросать курить. Сочетать не стоит.

В список предрасполагающих факторов попадает возраст. Чем старше человек, тем выше у него склонность к тромбообразованию.

Наверное, один из самых больших рисков – это недавняя ортопедическая операция. Любая операция на костях идет с последующим сопровождением разжижающими кровь препаратами.

Еще раз вспомним об ожирении – без него мы никуда не денемся, разбирая какую бы то ни было серьезную болезнь! Беременность тоже входит в фактор риска тромбозов. Поэтому врачу необходимо рассматривать появившиеся симптомы у будущей мамы именно в этом аспекте.

Наличие онкологии – классический пример повышенной склонности к тромбозам. Впервые такую взаимосвязь описал французский врач Труссо, сам больной раком поджелудочной железы и наблюдавший за развитием тромбоза на себе.



---

#### *Заметки на полях*

...

*Вспоминаю такой случай. Жена одного моего доктора – 30-летняя женщина – перенесла тромбоз, нарушение мозгового кровообращения. Мы*



*никак не могли определить причину, ведь она никогда не курила, не принимала гормоны, имела нормальные анализы. А потом – повторно тромбоз. Тогда я сказал: ищите рак, потому что повторный тромбоз просто так не появляется. Начали искать, оказалось – скрытая опухоль...*

Помимо онкологии еще и сердечная недостаточность, и острый инфаркт – при них тоже наблюдается гиперкоагуляционное состояние. К ним также относятся некоторые заболевания почек, волчанка, некоторые ревматические заболевания.

Лечение состоит в назначениях разжижающих кровь препаратов. Сначала это уколы низкомолекулярного гепарина днем, позже присоединяют таблетки – варфарин. Обратите внимание: варфарин начинает работать только через три – пять дней приема, и очень важно принимать адекватную дозу. Поэтому их принимают вместе.

Гепарин обычно отменяют, когда анализы показывают, что кровь достаточно разжижилась и варфарин заработал. В дальнейшем подобные анализы надо делать постоянно; там есть специальный показатель – МНО; он должен быть при приеме адекватной дозы между 2 и 3. Если меньше, значит, лекарство не работает, и надо увеличивать дозу; если больше, может быть угроза кровотечения.

Правда, сегодня появились еще одни таблетки, разжижающие кровь, – продакса; там не требуется подобного строгого контроля, но они пока довольно дорого стоят. Длительность приема зависит от обстоятельств. Если причиной был фактор, который уже прошел, например долгий перелет, то прием таблеток ограничивается тремя месяцами (некоторым достаточно и месяца). Если тромбоз повторяется, то принимать препараты надо уже полгода. А если выявляется причина типа врожденной склонности к тромбообразованию, то вы обречены на пожизненный прием этих лекарств.

Казалось бы, логично больным с повторными тромбозами поставить в вену, ведущую к легким, некий фильтр – «тромбоуловитель». На самом деле, его ставят. У нас особенно любят это делать, а на западе – значительно реже, и спектр показаний к постановке фильтра очень узкий.

Дело в том, что фильтр сам по себе является тромбогенным, на нем образуются тромбы, которые тоже «стреляют»! Так что, если вам поставили фильтр, это не значит, что вы можете перестать принимать разжижающие кровь препараты.

## **11. Хронический кашель**

Обычно хроническим кашлем называют состояние, когда человек

кашляет недели, а то и месяцы, при этом рентген нормальный и хрипов в легких нет... В чем может быть причина?

Давайте обратим внимание сначала на легкие. В этой книге есть глава, посвященная хроническому бронхиту, с ним все понятно – вяло текущий воспалительный процесс.

Многие хронически кашляющие люди идут к врачу, испугавшись возможного рака легкого. Да, возможна и такая причина хронического кашля, но, к счастью, рак подтверждается только в 2 % случаев.

Тем не менее настороженность необходима!!! Кашляющим курильщикам надо посматривать, появляется ли при кашле мокрота с кровью, имеют ли место другие изменения самочувствия? Если человек бросил курить, а кашель продолжается дольше месяца, если изменился характер кашля, то надо сделать компьютерную томографию легких. Рентген может ничего не показать, а в таких симптомах надо разбираться серьезно.

Вообще меня всегда поражает недоверие и слабоволие курильщика. Врач говорит ему, что надо бросать курить, что это сокращает жизнь, что это опасно, опасно, опасно. Но он/она продолжает курить, словно не может без этого жить. Потом у человека случается инфаркт, он лежит на больничной койке (если сразу не угодил в морг) и тут уже бросает курить.

Почему надо дожидаться инфаркта, нарушения мозгового кровообращения и после всего этого бросать, когда не остается другого варианта? Рак легкого, за исключением одной формы, это – болезнь почти исключительно курильщиков и тех несчастных, кого они обкуривают! Но мы живем по принципу: «пока гром не грянет – мужик не перекрестится!».



Заметки на полях

...

*Народная Республика Мозамбик, глухая провинция, после захвата и частичной гибели группы геологов, врачом которой я был, работаю доктором общей практики в местном госпитале. В поселке – группа наших военных советников, с ними переводчики. Один из них студент Института военных переводчиков на годичной практике. Разрешили ему вызвать в отпуск молодую жену, москвичку, потом оказалось, что мы жили в соседних домах на Преображенке.*

*Приехала она и что-то стала кашлять. Ей сделали рентген, а у военных был свой врач – болгарин. Пулю вынуть или ногу ампутировать он*

был мастер, а вот с терапией было не очень... Посмотрел доктор и говорит: «Да тут рак легкого!». В тот же вечер мальчишка-переводчик тяжело напился, взял автомат и пошел по поселку, угрожая перестрелять всех, а потом и себя, протестуя против несправедливости устройства мира.

(продолжение на с. 104)

Легочной причиной хронического кашля еще может быть астма. И у детей, и у взрослых астма может вообще ничем другим и не проявляться, кроме изолированного кашля. Он может быть проявлением бронхоспазма, но доказать это довольно трудно. Такой кашель начинают лечить как астму, и если он проходит, то делается вывод, что это и был вариант астмы. Или проводят специальный провокационный тест для выявления астмы, но он не всегда работает. Вообще кашлевой вариант астмы подтвердить бывает довольно трудно.



Заметки на полях

...

У меня был случай, когда особенно упорный американец настаивал, чтобы я докопался до причины его кашля любой ценой! Засел с книгой и стал планомерно исключать причину за причиной. Наконец в ухе (!!!) мужчины обнаружил необычайно толстый волос, который и раздражал кашлевой рецептор в слуховом проходе! Выдернул его – и всё прошло! Это был очень хороший результат, потому что полное обследование по поиску причин хронического кашля стоит в США около 60 000\$, и часто больной в результате слышит: «Мы ничего не нашли»...

Часто причина хронического кашля лежит вне легких. Например, причиной может быть синусит – воспаление придаточных пазух носа. У больного по задней стенке глотки стекает воспалительное отделяемое. Очень часто человек этого не чувствует, но при этом раздражаются определенные рецепторы, и он все время подкашливает. Грамотный врач при осмотре сразу проверит носоглотку, назначит лекарство для лечения синусита, и кашель пройдет.

Мои пациенты часто очень удивляются, когда им назначают «желудочные» таблетки от хронического кашля. Приходится объяснять, что **причиной кашля бывает повышенная кислотность**, причем человек может ее не чувствовать. В 40 % случаев так называемого рефлюкса, когда из желудка в пищевод и выше забрасывается кислое содержимое, люди не

чувствуют ничего: ни изжоги, которая, казалось бы, должна быть, ни отрыжки.

...

*Типична ситуация, если кашель беспокоит ночью, когда человек ложится горизонтально. В этом случае причина однозначно в желудке.*

При проведении гастроскопии у пациента иногда уже можно увидеть измененный эпителий пищевода, а он этого не замечает. Иногда приходится делать специальную манометрию, т. е. измерять давление в пищеводе: насколько надежно перекрывается вход в желудок. В пищеводе и выше него есть кашлевые рецепторы, раздражение которых и вызывает собственно кашель.

Типична ситуация, если кашель беспокоит ночью, когда человек ложится горизонтально. В этом случае причина однозначно в желудке. Тогда эмпирическое лечение антисекреторными препаратами типа омеза (омепразола) могут надежно излечить не только желудок, но и кашель.

Хронический кашель бывает **побочным эффектом принимаемых лекарств**. Среди нас много гипертоников. А одни из самых распространенных гипотензивных лекарств – это «ингибиторы превращающего фермента» (вот ведь как врачи любят все усложнять, охраняя свою кастовость, при этом и берут в употребление термины, «топорно» переведенные с английского!). К ним относятся известные нам эналаприл, энап, ренитек, коренитек, дюратон, и многие другие. Гипертоники знакомы с этим списком.

Эти таблетки могут вызывать хронический кашель. Начинает человек принимать лекарства и не понимает – откуда у него этот кашель? Замена этих (в остальном очень хороших) препаратов на лекарства сходной группы кашель убирает. Имейте в виду, что кашель может начаться не сразу с момента начала приема таблеток, а иногда через полгода. И наоборот: человек поменял таблетки уже как полгода, а может продолжать кашлять!

Когда-то, во времена работы в Америке, я посетил лекцию известного профессора, которая называлась «Кошмар врача – сухой хронический кашель». Название полностью отражает трудности диагностики. Упомянутые кашлевые рецепторы находятся в самых разных местах: желудок, сердце, уши... И бывает очень трудно угадать, где и какой рецептор раздражается, и почему.



...

В США меня считали полуотмороженным, потому что я постоянно попадал в какие-то ситуации и вел себя не по-американски. Например, история про синего китайца.

Работал у нас в госпитале очень интеллигентный доктор по имени Чао – американец китайского происхождения. Не знаю, что ему взбрело, но как-то он пришел со своими аспирантами ко мне на обход. Берет историю болезни пациента и вдруг начинает орать: «У больного положительный анализ на скрытую кровь, а вы ему даете кроверазжижающее!»

Пытаюсь объяснить, что человек лежит в лежку, а гепарин дается в малых дозах, чтобы противодействовать тромбозу. Даже не хочет слушать.

В общем, грубо обругал, причем прилюдно – типа понаехали тут...

А я что, терпело, чтобы на меня так орать?

На дежурстве я обратил внимание на одну историю болезни. Еще в приемном покое лежащему пациенту назначают гепарин, а у него – бах – серьезно падает гемоглобин. Ему переливают кровь, гемоглобин, естественно, опять падает, и так в течение десяти дней, но гепарин никто не отменяет – нет распоряжения. А на обложке истории болезни написано, что это частный пациент доктора Чао, и за его лечение именно он получает деньги по страховке.

Я эту историю под мышку и на обход к моему визави. Показываю: видите, гемоглобин падает, а вот переливается кровь, а вот гепарин... Как, спрашиваю, вы это расцениваете? Он: «Это преступление! Кто его врач?»

Я переворачиваю страницу: «Вы, доктор!» Вот тогда я впервые в жизни и видел совершенно синего от злости китайца.

А субординация в Америке – святое, и уже на очередном собрании врачей он заявил, что меня надо уволить, поскольку я совершенно неуправляем.

И это было реально, потому что в сравнении с ним, гражданином Америки, я был не просто грязью, а еще ниже. Но, на мое счастье, он оказался человеком все-таки вменяемым. В итоге именно доктор Чао сам позвонил в Москву и дал мне рекомендацию на должность главного врача Американского медицинского центра.

### **III. Заболевания и диагнозы: что делать?**

1. Ангина
  2. Астма
  3. Боррелиоз
  4. Бронхит
  5. Вегетососудистая дистония
  6. Гепатиты В и С, гепатопротекторы
  7. Инсульт
  8. Инфекции мочевыводящих путей
  9. Миома
  10. Мочекаменная болезнь
  11. Пневмония
  12. Хронический простатит
  13. Щитовидная железа
- 1. Ангина**

Одна из наиболее частых причин обращений к врачу общей практики, особенно в сезон простуд, – это ангины. Насколько эти заболевания опасны и можно ли их лечить антибиотиками? Вопрос сложный. Мы помним, что микробы чувствительны к антибиотикам, а вирусы нет. Причиной большинства ангин является вирусная инфекция. Понятно, что вирус антибиотиками не лечим, но как определить, вирусный характер у инфекции или нет? Тут нужны пояснения.

Микробов, способных вызывать ангины, довольно много, а вот лечения антибиотиками требует лишь один из них: стрептококк группы А. Почему именно он? Ведь с точки зрения ангины он не очень опасен. Стрептококковая ангина проходит через несколько дней сама, без всяких антибиотиков.

Все дело в тех грозных осложнениях, которые эта бактерия вызывает. Когда мы принимаем антибиотики, подавляющие стрептококк, то лечим не саму ангину – она и так пройдет, – а возможные осложнения, те иммунные процессы, которые могут «кусать» сердце, почки, суставы, выливаться в ревмокардит или нефрит.

Другая, даже микробная, инфекция при неосложненном течении лечения антибиотиками не требует, так как ни на продолжительность симптомов, ни на их тяжесть они практически не влияют. На практике же мы видим, что, по американской статистике, стрептококк ответствен за ангину лишь в 10–15 % всех случаев, а антибиотики выписывают минимум 70 % больных ангиной.

А мы помним, что неконтролируемое применение антибиотиков – одна

из самых больших проблем современной медицины. Поэтому очень важно строго соблюдать алгоритм действий при диагностике.

В Америке в медицинской школе всех врачей «натаскивают» на простые критерии, которые помогают заподозрить стрептококковую ангину и определить, когда надо посылать человека на исследование, и когда можно думать об антибиотиках. Там все очень просто. У вас болит горло, и вы с врачом должны обратить внимание на четыре момента.

Поднялась ли у вас температура выше 38 °С?

1. Есть ли на миндалинах у вас белый налет?

2. Можно ли прощупать у вас на передней стороне шеи лимфоузлы (мы любим называть их «желузки»)?

3. Есть ли у вас кашель?

**Если у вас болит горло, есть кашель, из носа течет, слезятся глаза, – это не микроб, а вирус.** Не беспокойтесь, рано или поздно все пройдет (классическое выражение: лечим вирус – проходит через неделю; не лечим – через семь дней). **Если кашля нет**, но болит горло, то это уже основание, чтобы врач взял у вас мазок на **наличие стрептококковой инфекции**.

Исследование делается прямо в медицинском офисе по принципу теста на определение беременности: исследуемый материал наносится на планшет, капается реагент, и ожидается реакция. Если полоска появилась, то необходимо лечение соответствующими антибиотиками, причем продолжительность лечения должна быть минимум 10 дней.

Помимо профилактики осложнений есть еще одна причина для приема антибиотиков – профилактика распространения. Стрептококковая ангина может быть заразна, она быстро передается в школах, институтах, детских садах. Но, кстати, школу можно посещать уже через сутки после начала приема антибиотиков, шанс перенести инфекцию на другого становится крайне мал.

Однако даже при хорошем самочувствии курс необходимо закончить и бактерию надо «добить»! Родители должны быть в курсе того, что происходит в классе, быть настороженными в отношении возможного заражения стрептококком, который до поры может ничем не проявляться. В 80 % случаев ангины – это вирусные заболевания, которые не нуждаются в лечении антибиотиками. Но иногда ангина начинается как вирусная: у человека высокая температура, болит горло, он чихает, из носа течет. Потом температура нормализуется, дело вроде идет на поправку, но вдруг опять резкий подъем температуры и рецидив болей в горле. Тогда можно думать о присоединении бактериальной инфекции и рассматривать вариант терапии антибиотиками.

**Когда надо срочно обращаться к врачу?** Ну болит горло и болит, пациенту ведь трудно разобраться в своем состоянии. В Америке существует памятка для пациентов, в которой втолковывается, что надо обращаться к врачу

1. Если вам трудно дышать.
2. Если у вас на коже появилась сыпь.
3. Если у вас отекла шея.
4. Если вам трудно открыть рот.

При наличии этих симптомов могут развиваться серьезные осложнения, например воспалительный процесс может спуститься ниже и вызвать паратонзиллярный абсцесс или эпиглоттит – грозное состояние, чреватое удушьем. При нем, кстати, часто наблюдается определенное расхождение в тяжелом общем состоянии и довольно спокойной картиной при простом осмотре горла (та часть горла, которая отекает и закупоривает дыхательные пути находится значительно ниже).

К счастью, подобные осложнения достаточно редки, и ангина почти всегда проходит самостоятельно. Обычно принимают лишь симптоматические средства.



Заметки на полях

...

*(начало см. на с. 94)*

*Всем повезло, что на шум вышел командир, здоровый десантник, повидавший всякое, подошел к невменяемому парню, одной рукой взял за автомат, а другой врезал ему здоровенную оплеуху! Потом взял под мышку и отнес отсыпаться. Рапорт не писал и всем велел молчать.*

*А рентген принес посмотреть мне. Рентген как рентген, никаких отклонений, все в норме... С семьей переводчика дружим по сей день!*

Как вы думаете, **кому нужно удалять миндалины?** Если у детей это более-менее понятно, то у взрослых нет никакой ясности. У детей стоит подумать об удалении миндалин, если ангины часто повторяются.

Что касается взрослых, то считается, что удаление миндалин может рассматриваться, если у вас случилось семь ангин и больше за один год или если заболевание у вас повторяется из года в год не менее трех лет, причем каждый год не менее трех стрептококковых ангин, с температурой и набуханием желез.

Почему такие строгие критерии отбора кандидатов на операцию?



Потому что миндалины выполняют в организме определенную функцию. Горло болит, так как является первым краем обороны от инфекции. И убирают этот барьер, только если он человеку мешает жить. Операция не удаляет всю лимфоидную ткань, но это может проявиться проблемой: в отсутствие миндалин оставшаяся лимфоидная ткань начинает компенсаторно разрастаться.

Отдельно стоит остановиться на проблеме **лечения ангины у беременных женщин**. Если речь идет о стрептококковой ангине, которая требует назначения антибиотиков, то существуют эффективные антибиотики, приемлемые к использованию даже при беременности. Это препараты типа эритромицина, пенициллина и т. д. Каждый врач должен знать перечень опасных и безопасных при беременности антибиотиков.

Приведу вам список наиболее широко применяемых антибиотиков, разбитых на группы «**можно**» и «**нельзя**» **при беременности**(и не только те, которые применяются при стрептококковой ангине).

**Можно:** пенициллин, ампициллин, амоксициллин, клиндамицин, линкамицин, эритромицин, азитромицин (сумаamed), кларитромицин; цефалоспорины: роцефин, цефазолин и др.

**Нельзя:** аминогликозиды: гентамицин, тетрациклин, доксициклин, ципро, таваник, бисептол и многие другие.

Если вы беременны и врач выписал вам антибиотик, то советую перед покупкой проверить в Интернете возможность его применения в вашем положении. Это никому не обидно, а может уберечь от многих неприятностей.

Иногда при ангине бывает нужно сделать анализ на дифтерию. Такое решение принимается, если в горле присутствует определенная клиническая картина и при этом человек не привит. При дифтерии в горле видны белые пленки (кто видел, тот не забудет), когда их пытаешься снять, ранки на миндалинах начинают кровоточить. Этих признаков достаточно для направления на анализ.

Помните: **от дифтерии вас уберезет прививка**, поэтому не забывайте позаботиться о своих детях, как когда-то ваши родители позаботились о вас!

## **2. Астма**

Бронхиальная астма весьма распространенное заболевание, которое в той или иной форме касается каждого десятого жителя Земли. Оно сопровождается приступами удушья и часто существенно снижает качество жизни человека. Меня часто спрашивают: «Каковы мои факторы риска?»

Как не заболеть астмой?».

Существует два основных фактора риска, которые мы изменить не можем, – это пол и возраст. Мальчики страдают астмой чаще, чем девочки, особенно в возрасте от 20 до 40 лет. После 40 лет среди астматиков преобладают уже женщины, это связано с изменением их гормонального фона.

Другим фактором риска является склонность к аллергии во всех ее проявлениях. Еще мы не можем отменить курение наших мам в то время, когда мы были в их чреве. Дети у курящих матерей рождаются со свистящим дыханием, у них изменены бронхи, они чаще реагируют на любые раздражители.

Еще один фактор риска, который мы не можем изменить, – прием антибиотиков в детстве. Если родители пичкали ребенка антибиотиками по поводу и без, во взрослом возрасте у него может развиться астма. При неконтролируемом приеме антибиотиков у малышек сдвигаются определенные параметры иммунитета, что впоследствии приводит к развитию астмы.

Серьезный фактор риска – ожирение. Но на него мы можем повлиять. Следить за своим весом необходимо не только из эстетических соображений, но и для профилактики заболеваний сердца и бронхов. Также астматиками часто становятся те, у кого бывают риниты, ОРЗ, болезни носоглотки.

Существует такое понятие, как астма физического усилия. В этом случае у человека приступ астмы возникает при физическом усилии, например после пробежки. Ему ошибочно кажется, что если приступ астмы вызывает нагрузка, то надо прекратить ее себе давать.

Это неправильно! Физическая нагрузка сама по себе не провоцирует астму, она только приводит к учащенному дыханию, а холодный или сухой воздух раздражает бронхи. Астматикам обязательно надо заниматься спортом, тренировать свои бронхи. Прекращение занятий только усугубит ситуацию.

Вы спросите: как понять, является ли астмой одышка после физической нагрузки? Очень просто: если ваша одышка прошла через три-четыре минуты, то это не астма. При астме приступ начинается через 10–15 минут после тренировки, а заканчивается через час, два, а то и три. Одышка же при физической нагрузке типична для болезней сердца, сердечной недостаточности.

Бывает трудно различить бронхиальную и сердечную астму. Предварительный диагноз можно поставить уже по тому, как больной

рассказывает о своих ощущениях. Если ему труднее сделать вдох, это, вероятнее всего, сердечная астма; если выдох – бронхиальная. Но чаще для правильного диагноза необходимо проведение специальных исследований, например анализа крови, по которому со 100 %-ной уверенностью можно отличить одышку, сопутствующую заболеваниям сердца, от связанной с болезнями легких.

Порой человек даже не знает, что болеет астмой. Например, у пациента постоянный сухой кашель. Три месяца кашляет, четыре месяца кашляет. У него нет свистящего дыхания, нет приступов удушья, тем не менее это настоящая бронхиальная астма.

...

*Если труднее сделать вдох, то это сердечная астма; если выдох – бронхиальная. Если одышка прошла через три – четыре минуты после физической нагрузки, то это не астма.*

Грамотный врач в такой ситуации заподозрит бронхоспазм и назначит проведение специального теста. Во время него пациенту дается препарат, который на здорового человека не окажет воздействия, а у больного спровоцирует бронхоспазм. Такой тест проводится только в специально оборудованных медицинских офисах. Особенно часто кашлевая форма астмы встречается у детей.

Помимо типичных приступов удушья и хронического кашля астма может проявляться чувством стеснения в груди, и иногда это путают с проявлениями болезни сердца или невралгией.

Для астмы типично наличие провоцирующих факторов (см. «Астма: факторы риска», с. 262). Все знают, что классический приступ удушья вызывается различными аллергенами: шерстью домашних животных, пылью растений, пищевыми продуктами и многим другим. Для врача очень важно определить причину приступа, поэтому на приеме огромное значение играет подробный тщательный опрос пациента. Подтверждается подозрение анализами крови и специальными кожными тестами.

Часто бывает, что анализ крови показывает наличие аллергии, а у пациента ее нет. Это происходит потому, что анализ определяет повышенное содержание иммуноглобулина, необходимого для развития аллергии, но она не всегда проявляется. Поэтому аллергию скорее выявит внутрикожный тест.

Все мы любим наших домашних питомцев: собак, кошек, птичек. Ситуация, когда приходится расставаться с ними из-за аллергии, очень болезненна. Но если связь домашнего любимца с приступами совершенно

четкая, то тут уж ничего не поделаешь, и с ним придется расстаться, пристроив в хорошие руки.

Но, опасаясь развития аллергии, не стоит стараться оградить детей от домашних животных. Наоборот, существует достаточное количество исследований, доказывающих, что тесное общение с кошками и особенно собаками в детском возрасте может предохранять человека от развития аллергии и астмы в будущем!

В борьбе с аллергией важное место занимают так называемые прививки от аллергии. Многомесячное регулярное введение небольшой дозы аллергена приводит в итоге к его игнорированию организмом.

Астматический приступ могут провоцировать многие лекарства: аспирин, другие обезболивающие, бета-блокаторы и др. Поэтому всегда подробно информируйте своего врача о том, какие препараты вы принимаете.



Заметки на полях

...

*У французов совершенно другое, чем у нас, отношение к алкоголю.*

*Как-то я привозил в госпиталь пациента для удаления желчного пузыря.*

*Захожу в ординаторскую, где сидят хирурги и кардиологи, а они сидят, едят что-то, и у них бутылка вина на столе. Я в шоке: «Ребята, вы, что? Пьете что ли?». «Да не, мы не пьем, мы обедаем»!*

*Едешь по Франции или по другой европейской стране. Видишь вдоль трассы зоны отдыха и машины там, исключительно с французскими номерами, у них на столиках рядом бутерброды развернуты, и бутылка вина стоит. За рулем... Даже на заправках вино есть в продаже на разлив!*

*(продолжение на с. 124)*

Провоцирующим астму фактором может быть повышенная кислотность желудка. В пищеводе и гортани человека есть рецепторы, которые фиксируют заброс кислого содержимого из желудка и запускают механизм развития удушья. Для таких больных (например, с грыжей пищеводного отдела диафрагмы) весьма эффективны препараты, понижающие кислотность, типа омепразола.

Основой лечения астмы являются противовоспалительные препараты и средства, расширяющие бронхи. Противовоспалительное действие наиболее ярко выражено у стероидных гормонов. Они применяются либо

местно – в виде ингаляции, либо системно – в виде таблеток или инъекций.

Гормоны снимают воспаление, отек, в результате чего улучшается проходимость бронхов. Так сложилось, что наши люди массово боятся гормонов и запаздывают с этим мощным и очень эффективным лечением. Им бывает трудно объяснить, что ингаляции гормонов не оказывают системного воздействия, соответственно, не приведут к тем побочным эффектам, которых все так опасаются.

Когда же ситуация становится настолько серьезна, что приходится прибегать к введению гормонов внутрь, то становится не до страхов и капризов. Но и в этом случае кратковременно даются достаточно маленькие дозы, чтобы минимизировать возможные побочные явления.

В лечении астмы как нигде важна обратная связь врача с пациентом. Потому что лечение этого заболевания в большинстве случаев «плавающее»: препараты назначаются в зависимости от наличия и частоты симптомов.

Допустим, астматик применяет ингаляцию своего обычного бронходилататора каждый день по одному разу. На вопрос врача о самочувствии отвечает, что уже все неплохо, а приступ один раз в день его не обременяет. Так вот, это ненормально! Это уже состояние средне-тяжелой астмы. «Приемлемо и неплохо» – это только тогда, когда ингаляция применяется не чаще двух раз в неделю! Если больной применяет ингалятор от трех раз в неделю, это прямое указание к усилению лечения. Значит, ему нужен еще один ингалятор, но уже с гормонами, которые помогут изменить ситуацию.

Как долго стоит применять гормоны? До тех пор, пока потребность в бронходилататоре не снизится до одного-двух раз в неделю. Поэтому невозможно назначить лечение астмы на много недель вперед, необходима значительно более регулярная работа врача совместно с пациентом.

С другой стороны, если ко мне приходит пациент и говорит, что пользуется ингалятором каждый день, я говорю ему: «Плохо! Вот тебе гормоны, иди, вдыхай, лечись!». Через две недели он возвращается и рассказывает: «Сначала было не очень, теперь помогает. За всю неделю я ни разу к своему ингалятору-бронходилататору не прикоснулся. И ночью приступов не было». Я могу сделать вывод, что допустимо снизить дозу вдыхаемых гормонов или вообще их отменить.

Так должна строиться качественная обратная связь. Хуже стало – добавили дозу, легче – убрали гормоны. Пациент должен быть хорошо информирован, приходить на прием регулярно, подробно рассказывать о течении болезни. Если больной не научится правильно «ходить по

ступенькам лечения астмы», то он неизбежно придет к ухудшению состояния, а возможно, и к госпитализации.

И напоследок, как это там у Лескова? Левша: «В Англии ружья кирпичом не чистят!». Так вот, «На Западе эуфиллином астму не лечат!».

### **3. Боррелиоз, или болезнь Лайма**

«Это что за диковинная болезнь такая?» – спросите вы. О ней часто упоминают весной, когда появляется большое количество клещей. Все знают про **клещевой энцефалит**. Знают, что болезнь опасная, но уверены, что она существует где-то там, за пределами района нашего проживания.

Поверьте мне: клещевой энцефалит есть везде, территория его распространения ужасает. К счастью, эту болезнь можно предотвратить введением вакцины (положено сделать до трех инъекций), которая обеспечить развитие иммунитета. Вакцинация оправданна, так как клещевой энцефалит потенциально опасен, а специфического эффективного лечения от него нет, как и при многих вирусных заболеваниях.

О боррелиозе, или болезни Лайма, я, как и многие из вас, раньше никогда не слышал и впервые столкнулся с ней в США. Оказалось, что это – определенный комплекс симптомов, который встречался у жителей некоторых районов США и был описан как болезнь не так давно. Недомогание, боли в суставах, небольшая температура, потом выявляются довольно тяжелые аритмии и поражение сердца.

Виной всему оказался микроорганизм с красивым названием «боррелия». По сути своей это та же спирохета – известное название, потому что ее «сестра» вызывает сифилис. Только заражение этой спирохетой-боррелией происходит несколько иначе, чем сифилисом, – через укус клеща.

Микроорганизм вызывает тяжелое инфекционное заболевание у многих людей. То, что мы о такой болезни не слышали, сути не меняет: сотни и тысячи людей заражаются спирохетой, но у ничтожно малого числа пациентов она правильно диагностируется. **ВАКЦИНЫ ОТ БОРРЕЛИОЗА НЕТ!**

Единственный способ предотвратить заражение – защищаться от клещей и вовремя их удалять, если все-таки они прицепились. Если человека укусил клещ, то, например, вирус энцефалита передастся ему сразу. Но, чтобы спирохета перешла от клеща в кровь человека, насекомое должно сначала насытиться, напиться крови. Клещ должен быть прикреплен к коже не меньше чем 24 часа, чтобы произошло заражение

спирохетой.

Если срок был меньше, то вы этой напастью скорее всего не заболите. Поэтому важно, вернувшись из леса, внимательно осмотреть себя и принять душ. Если вы вовремя снимете клеща, не дадите ему сидеть и насыщаться вашей кровью, то и риск значительно снизится.

Если заражение все-таки произойдет, спирохеты попадают в кровь и вызывают изменения в суставах, могут поражать сердце, глаза, кожу, нервную систему. Тяжелые аритмии, сердечная недостаточность, энцефалит, артрит... Однако обычно первые симптомы заболевания самые что ни на есть банальные: ломота в теле и суставах, повышенная усталость, тяжесть в глазах... Часто человек думает, что только простудился...

**Самое главное, что вы должны знать, – любой укус клеща потенциально опасен!**

Если вас укусил клещ, внимательно следите за своим состоянием; на этом этапе вы сами себе диагност. Анализ крови на наличие боррелии в первые дни, а то и недели не покажет ничего, и время будет упущено! К тому времени, когда анализ выявит болезнь, она распространится по всему телу. И чтобы это предотвратить, необходимо своевременно начать лечения правильными антибиотиками.

Пристально **наблюдайте за покраснением на месте укуса**. Если там спустя три, семь или десять дней появляется красное пятно, часто в виде кольца, срочно идите к врачу и говорите, что вас укусил клещ. Обычно это бывает в области ремня, мошонки, подмышек. Наличие этого пятна – сигнал к началу приема антибиотиков.

Но бывает и так, что у человека покраснела кожа, как при воспалении, а врач, к которому пришлось обратиться, не слышал, что такое боррелиоз, и не читал о болезни Лайма. Хотя она как болезнь была открыта в 70-х годах прошлого века.

Доктор говорит, что это действительно воспаление кожи, рожа или целлюлит, и выписывает пациенту антибиотики. С одной стороны, все назначено правильно, только при целлюлите дается один антибиотик, а при боррелиозе – совсем другой.

...

*Если в месте укуса спустя три, семь или десять дней появляется красное пятно, срочно идите к врачу и говорите, что вас укусил клещ.*

Здесь необходимо сделать небольшое отступление. Многие из вас сейчас удивились, услышав об антибиотиках в связи с целлюлитом. В России под термином «целлюлит» почему-то понимают исключительно

косметологический дефект непонятного происхождения, поражающий кожу бедер и живота у женщин по типу «апельсиновой корки».

Во всем остальном мире это слово обозначает острое инфекционное заболевание кожи, а рожистое воспаление – одна из разновидностей целлюлита.

Так вот, врач прописывает этому пациенту не какой-то особенный, а обычный антибиотик – производный тетрациклина, дешевый и доступный. Но, чтобы назначить правильный антибиотик, надо знать, что лечишь. Поэтому очень важно сказать доктору, что имел место укус клеща. Антибиотики, принятые правильно и вовремя, практически полностью вылечивают боррелиоз.

Грамотный доктор может предложить в этой ситуации два варианта. Первый: подождать, понаблюдать, а если появится покраснение, начать принимать антибиотики. Второй: не рисковать и нанести удар по болезни первыми, назначив антибиотик профилактически.

Это идеальные варианты. Но может быть и так: укусил человека клещ, а он и не заметил. Почесался, потом появились озноб и ломота в теле. Списал на простуду. Потом прошло, и все забылось.

Но через полгода вдруг начинает плохо работать сердце или появляются упорные боли в суставах. Бедолага идет к врачу, и тот ломает голову, откуда у молодого парня взялись такие симптомы? А всего-то надо было знать об этой болезни и вовремя обратить внимание на свои симптомы, начав принимать нужный антибиотик.

#### **4. Бронхит**

Что такое бронхит и как его отличить от ОРЗ? Симптомы во многом схожи, да и название – ОРЗ – говорит о поражении бронхов: острое респираторное заболевание. Оба заболевания вызываются вирусами. При простудных симптомах мы говорим об ОРЗ, но если у человека кашель и мокрота сохраняются дольше пяти дней, то это может уже свидетельствовать об остром бронхите. Продолжительность кашля при этом заболевании может растянуться на довольно продолжительный период, до трех недель (в среднем, как показывает практика, на две недели).

В большинстве случаев все проходит само собой. И это нормально! Но практически никто этого не понимает! На самом деле бывает так: ходит человек по поликлиникам и ходит, кашляет и кашляет, а при этом отхаркивает такую гнойную мокроту, что уже пугается! Начинает жаловаться врачу, мол, сколько можно кашлять и харкать, требует



назначить какое-то лечение. Под этим напором врач начинает колебаться, забыв о естественном течении болезни, и по своей душевной слабости идет на поводу у больного и назначает тому... конечно, антибиотики! Это ошибка!

Исследования показывают, что антибиотики в этом случае равным счетом ничего не меняют, а вред приносят огромный. Применяя антибиотики без строгих показаний, мы развиваем устойчивость микроорганизмов к ним.

В истории терапии антибиотиками есть два классических примера. Первый: пациентка на заре открытия антибиотиков, вылеченная от тяжелого эндокардита одной инъекцией пенициллина. Второй: человек умирал от сепсиса, были применены все известные антибиотики, но ни один из них не помог.



---

#### *Заметки на полях*

...

*Нечто подобное я вижу каждый день у нас в реанимации: лежат люди, которых мы лечим всем доступным спектром антибиотиков, резервных, самых мощных, очень дорогостоящих. Но они все равно не работают.*

*И люди умирают из-за того, что они всю жизнь принимали антибиотики по любому поводу: для лечения больного горла, бронхита, гриппа, простуды. Стоит зашмыгать носом – начинаем пить антибиотики, а потом расплачиваемся. А когда действительно приходит какая-то проблема, то лекарства уже не помогают.*

Иногда кашель тянется дольше, чем три недели. Но тут тоже имеет смысл сначала разобраться в ситуации, прежде чем тянуть руку к антибиотикам.

Оправданно могут назначать антибиотики детям младше пяти лет только педиатры, когда у малышей после каких-то простудных заболеваний остается сухой кашель на срок более трех недель. Для лечения этого состояния врач может выписывать антибиотики на две-три недели.

У взрослых все обстоит несколько по-другому. Кашель может быть вызван массой причин. Если мы простужены, то кашель провоцирует стекающее по стенке глотки воспалительное содержимое из носоглотки. В этом случае антибиотики не нужны.

Но кашель может иметь инфекционный характер, когда заболевание

вызвано микробными возбудителями, например при коклюше.

После того как в 40-х годах 19 века была разработана и широко применялась поголовная прививка от коклюша, заболевание сошло на нет, но сейчас в Америке и во всем мире снова наблюдается его рост. Болезнь происходит в стертой форме, потому что мы все поголовно привиты, но иммунитета на всю жизнь не хватает.

Поэтому рекомендую после 60 лет повторить прививку от коклюша, тем более что она часто входит в состав прививки от столбняка, а в ее необходимости у вас сомнений остаться не должно. (Когда писал главы о прививках и столбняке, отвлекся на минуту и напоролся на ржавый гвоздь! Сижу теперь с перевязанным пальцем и думаю: «Прав я все-таки! Надо прививаться!»)

Современный подход такой: если взрослый человек мучается сухим лающим кашлем более трех недель, его обязательно отправляют на исследование для выявления возбудителя коклюша. Но даже в случае, когда коклюш подтверждается, антибиотик назначается не для облегчения симптомов, не для скорейшего излечения, а для того, чтобы предотвратить распространение инфекции вокруг.

Два других широко известных возбудителя острых бронхитов – это микопlasма и хламидии (сейчас они называются хламидофилами; не знаю, почему микробиологи постоянно переименовывают бактерии, не успеваешь следить за новыми названиями). Однако хламидии вызывают острый бронхит только в 5–6 % случаев, а микопlasма – и того меньше – в 2 %. Здесь тоже антибиотики не играют никакой ключевой роли в лечении, они держатся в резерве.

Часто больной приходит к врачу, жалуется на плохое самочувствие и просит провести подробное обследование: кардиограмму, компьютерный томограф и УЗИ – в то время когда согласно правильному алгоритму даже рентген делается далеко не всегда.

Если у человека просто кашель, но при этом все остальное более-менее нормально, то рентген не нужен. Он назначается только тогда, когда у больного есть отклонения в простых показателях: пульс и число дыхательных движений.

Если вы дышите чаще, чем 24 раза в минуту, и пульс у вас больше 100, при этом у вас температура ± есть нет (есть – это если больше 38 °С), вот тогда имеет место основание для рентгена, чтобы исключить пневмонию. Во всех остальных случаях считается, что ни обследовать, ни лечить пациента антибиотиками не нужно. Ему только нужна терапия для облегчения симптомов (осторожнее с препаратами, содержащими кодеин!).

...

*Рекомендую после 60 лет повторить прививку от коклюша, тем более что она часто входит в состав прививки от столбняка, а в ее необходимости у вас сомнений остаться не должно.*

Итак, мы разобрались, что клинически отличить вирусный бронхит от бактериального практически невозможно. Но как когда-то «англичанин-мудрец, чтоб работе помочь, изобрел паровую машину», так и сейчас западные врачи нашли выход в этой ситуации. Есть такое вещество, которое называется прокальцитонин. Если тест на его содержание показывает, что уровень низкий, значит, имеет место вирусный бронхит, а если высокий, то – микробный. Значит, при необходимости можно держать в резерве антибиотики (на вирусы они вообще не действуют).

Более того, концентрация прокальцитонина может служить показателем необходимости терапии антибиотиками. Продукты жизнедеятельности микробов и воспаление провоцируют ткани человеческого организма на выработку прокальцитонина, поэтому, если титр высокий, назначаются антибиотики. Если титр меньше определенного показателя, то антибиотики не нужны.

Я, наверное, угадал ваш вопрос. А вы, наверно, угадали мой ответ. Нет, у нас в клинической практике этот тест пока недоступен. Во всяком случае, я достоверно знаю, что подобный анализ делается пока лишь в одном из исследовательских институтов (некоторые лаборатории говорят, что делают, но я этого никогда не видел и подтверждения этому не имею).

## **6. Вегетососудистая дистония**

Один из самых распространенных диагнозов в нашей стране – это вегетососудистая дистония (ВСД). Он ставится практически каждому, но особенно часто – молодым девушкам. Между тем такой болезни в международной классификации нет.

Симптомы, на которые вешается ярлык «вегетососудистая дистония», неспецифичны: легкая раздражительность, слабость, боль в голове, головокружение, нарушение аппетита и сна, повышенная нервозность и утомляемость, потливость рук и многое другое.

Пациентам дают какие-то никому не помогающие таблетки. Раньше это был беллатаменал, еще какие-то лекарства, известные только в России. Так эти пациенты по жизни и идут: «Ах, у меня пониженное давление, у меня потеют руки, у меня вегетососудистая дистония!». Я реально устал это слышать! На самом деле, как это часто в нашей медицине происходит,

вегетососудистая дистония стала очередной ямой, в которую сбрасывается масса диагнозов врачами, которые не разобрались, что с больным в действительности.

Хорошо, когда с этим отношением сталкиваются здоровые люди со временным нарушением регуляции кровяного давления и другими функциональными состояниями организма. Все мы живые люди, испытываем стресс, и никто не требует от нас быть роботами и машинами. Наибольшая угроза для такого пациента – принять горсть бесполезных лекарств и укорениться в мысли, что он болен.

Однако у многих других есть реальные болезни и проблемы.

Например, **под диагноз ВСД часто подпадают люди с разновидностями нарушений работы щитовидной железы.** Симптомы, приписываемые ВСД, одновременно являются классическими симптомами заболевания щитовидки. Вместо того чтобы взять кровь на гормоны и лечить нарушение функции железы, врач диагностирует вегетососудистую дистонию и принимается долго и бесполезно лечить его бессмысленными лекарствами.

Тем временем у пациента спустя несколько лет проявится осложнение, например разрастается зоб или начинается не всегда безобидная аритмия. Скажу коллегам: хотите пользоваться диагнозом ВСД – пользуйтесь, хоть это и безграмотно, но тогда только после исключения патологии щитовидной железы в начале!

Сюда же, под диагноз ВСД часто загоняют и пациентов с синдромом хронической усталости. Синдром хронической усталости – это, конечно, синдром исключения. Есть определенные критерии диагностики, врачи должны их знать и использовать при этом заболевании совершенно другое лечение.

Существует четкое определение синдрома хронической усталости: это состояние, которое усиливается при нагрузках, ухудшает качество жизни, мешает работе, общению и повседневным заботам, сопровождается болью и разбитостью во всем теле, пониженным давлением, плохим сном, частыми ангинами, периодическими болями в суставах, ухудшением памяти.

Правда, похоже на описание ВСД? Только хроническая усталость лечится не препаратами, а изменением поведения, определенными физическими нагрузками, психотерапией, групповой терапией. Однако синдром хронической усталости у нас пока значительно менее популярен, чем вегетососудистая дистония.

**Добрых две трети вирусных заболеваний в нашей стране проходит**

**под маской ВСД.** Когда мы сталкиваемся с вирусами в повседневной жизни, то не всегда наблюдаем развернутую клиническую картину: высокая температура, ломота во всем теле, озноб. Заболевание может остро начаться, а потом его остаточные явления могут длиться несколько месяцев, или вирусная инфекция бывает просто вялотекущей. В таких состояниях, если взять кровь на анализ, можно увидеть, что за этими симптомами стоит вирус Эпштейна – Барр, цитомегаловирус, или другое вирусное заболевание.

Кстати, по анализам можно с уверенностью сказать: заболевание есть сейчас или оно было в прошлом. Часто прибегают пациенты и говорят: «Все пропало, я болею, у меня положительный вирус чего-то там!». У нас же любят выдавать анализы на руки еще до комментария врача!

Так вот, имейте в виду: посмотрите на буковки перед словом «положительно»: если там стоит «IgM», значит, действительно у вас острая инфекция, если же – «IgG», то инфекция была в прошлом, а антитела остаются в крови иногда на всю жизнь, что и будет прослеживаться в анализах!

А сколько мы выявляем анемий у подобных «больных вегетососудистой дистонией»! Причем далеко не всегда безобидных: иногда за весьма умеренной анемией стоит рак, и упущенное время оборачивается метастазами.



*Заметки на полях*

...

*(начало см. на с. 110)*

*Один наш высокопоставленный чиновник МИДа, замминистра, попал во Францию на операцию – ему надо было менять бедро, ставить протез. В то время французы нашли разновидность вируса СПИДа, который плохо определялся привычными анализами, и поэтому очень серьезно относились к переливанию крови. Операция на бедре очень кровавая, пациент потерял много крови. Врач решил ему чужую кровь не переливать, чтобы избежать заражения. Поэтому у больного была достаточно серьезная анемия.*

*Я пришел его навещать. Он спрашивает: «Чем мне гемоглобин поднимать?». Я ему: «Красным вином!». Он обрадовался, говорит, что тут внизу и ресторан есть, так что с вином – не проблема. Прихожу на следующий день, а пациент мне говорит: «Саша, ты меня подставил!».*

Чем? Оказывается, что приходил французский доктор, увидел на столе бутылку.

Поинтересовался, что это такое? Пришлось признаться, что это вино Бордо, что русский врач посоветовал пить красное вино от анемии. Француз возмутился: «Что понимает ваш русский! Бордо при анемии не годится, нужно только бургундское!».

Важно правильно оценить анемию еще в тот момент, когда гемоглобин снижен совсем незначительно. Обычно в таких ситуациях пациенту говорят: «Да у вас практически все нормально!». В то время как умеренная анемия опасна не сама по себе, а тем, что, как правило, она является симптом какого-то заболевания, особенно у мужчин (язва, эрозия, полип и проч.).

Из-за «списания» на ВСД мы пропускаем огромное количество хронических гепатитов, потому что вирусный гепатит не проявляется почти ничем, являясь практически «немым» заболеванием.

Вначале у больного проявляется некоторая слабость, снижается работоспособность. Помните, как у Д.К. Джерома: «Первый симптом появления болезни печени – отвращение ко всякому роду труду!». На самом деле перечисленные недомогание, чувство разбитости, снижение аппетита, появление раздражительности – все это классические симптомы начала вирусного гепатита. Но кто об этом помнит! А если в этот момент у человека заподозрить вирусный гепатит, взять кровь на соответствующий анализ и начать как можно раньше после подтверждения лечить, то, может, тогда у больного и не перешло бы все в хроническую форму, заканчивающуюся циррозом, а то и раком, как, к сожалению, бывает не так редко!

...

Посмотрите на буквы перед словом «положительно»: если там стоит «IgM», значит, действительно, у вас острая инфекция, если же «IgG», то инфекция была в прошлом.

Поэтому надо врачу все-таки разбираться в каждой конкретной ситуации, обследовать человека, а не говорить ему о вегетососудистой дистонии и назначать ненужную таблетку с непонятным названием.

А еще за симптомами ВСД может стоять такое состояние, как фибромиалгия. Эта болезнь у нас неизвестна, вернее, ее признаки мы привыкли относить к остеохондрозу позвоночника. На самом деле на 70 % того, что мы понимаем под остеохондрозом, относится к проявлениям такого заболевания, как фибромиалгия! Это и боли во всем теле,

прощупываемость болезненных точек, повышенная утомляемость, головные боли и плохой сон.

Причины фибромиалгии точно неизвестны, но для нас это и не главное. Самое главное – лечится фибромиалгия совсем по-другому, чем остеохондроз, обезболивающие играют при этом весьма ограниченную роль. Поэтому у нас так много больных с «остеохондрозом» мыкаются по врачам без результата, и уж точно остаются без помощи те больные фибромиалгией, на которых стоит «клеймо» ВСД!

Это далеко не полный список состояний, которые традиционно подведены под диагноз вегетососудистой дистонии. В эту «мусорную корзину», не разбираясь, сбрасывают многие настоящие заболевания, в то время как разобраться в них – это искусство и прямая обязанность врача. Если у вас стоит диагноз «вегетососудистая дистония», поинтересуйтесь у доктора, что, собственно, он под этим понимает. Не стесняйтесь, может, хоть это даст толчок к началу правильного диагностического процесса.

## **7. Гепатиты В и С**

Среди всего разнообразия вирусных гепатитов – А, В, С,? – частица, а дальше еще Е, F – нас в рамках этой книги будут интересовать те, которые могут повлиять на качество нашей жизни и на ее продолжительность. Это гепатиты В и С – те, которые после острой формы могут перейти в хроническую.

Гепатит В переходит в хроническую форму в более чем 30 % случаев, гепатит С составляет большую часть всех хронических гепатитов, при том что его острая фаза обычно пропускается из-за скудности и неспецифичности симптомов. Оба гепатита передаются с кровью и путем смешения различных физиологических жидкостей организма, например половым путем. Однако скорость передачи и ее вероятность все-таки у них разные.

Риск передачи гепатита В половым путем составляет 30 % случаев, тогда как гепатит С передается этим способом только в 5–7 %. Известны многие супружеские пары, которые по 20 лет, не предохраняясь, ведут половую жизнь, и гепатит С не переходит у них от одного к другому.

То, что в быту мы привыкли называть желтухой, является проявлением острого гепатита, как правило, это гепатит А, но это может быть и желтушная фаза острого гепатита В. Острый гепатит мы сейчас разбирать не будем, потому что его пропустить незаметно невозможно. Эту определенную симптоматику – упомянутую желтушность, изменение цвета кала, мочи – ни с чем не спутаешь.

Что делать человеку, который вдруг оказался носителем вируса, потихоньку подтачивающего печень? Как с этим жить? Такая ситуация типична для гепатита С, передающегося при манипуляциях с кровью не только во время операций, но и с инъекциями, при нанесении татуировки, посещении маникюрного салона или стоматологии.

Даже при тщательной дезинфекции все равно подобные случаи регистрируются. Например, один мой личный друг получил гепатит С в стоматологии, причем у знакомого врача. Потом ходили, проверяли, как стерилизуют там материал, – все нормально – и на тебе!

Что касается салонов тату и маникюра, то риск заразиться присутствует, даже если ходить туда со своими инструментами. Если врач видит человека, покрытого татуировками, то такого пациента стоит на всякий случай проверить на гепатит С.

Конечно, анализ на гепатит С не входит в общий скрининг; считается, что обследовать всех слишком дорого и необоснованно, но группу риска, а именно людей с пирсингом, татуировками, тех, которые регулярно посещают маникюрные салоны, ставили себе импланты и т. д., необходимо проверять на наличие гепатита С.

Я уже говорил, что острая фаза гепатита С, как правило, пропускается, потому что это заболевание протекает с неспецифичными симптомами: усталостью, небольшим ознобом, слабостью. Обычно все это не замечается, списывается на обычные функциональные изменения: не выспался человек или простыл...

Только анализы крови могут выявить наличие болезни, ее течение и прогноз лечения. Тесты на наличие хронических гепатитов, как В, так и С, делаются методом исследования антител. Метод несовершенен, возможны как ложноотрицательные, так и ложноположительные результаты. Поэтому если тест положительный, то его повторяют еще раз в лаборатории из того же образца крови. Если тест опять положительный, тогда результаты могут быть выданы больному. Но положительный тест на антитела (ELISA test) должен быть подтвержден другими анализами, потому что до 20 % положительных результатов могут быть ложноположительными, как уже упоминалось выше.

Но тревогу все равно бить еще рано. Кровь отправляется на значительно более дорогостоящее, но практически стопроцентно чувствительное исследование, которое называется ПЦР (PCR – полимеразная цепная реакция). Оно уже непосредственно показывает признаки вирусов либо ДНК, либо РНК. В этот момент диагноз окончательно устанавливается.



Дальше определяется так называемая вирусная нагрузка. Необходимо понимать, сколько собственно вирусов в крови, какова их концентрация. По этой величине врач решает: вирусов мало, и лечение пока не требуется, или от лечения уже деваться некуда.

Помимо этих анализов очень часто приходится делать ультразвуковую оценку состояния печени пациента или даже биопсию печени, потому что именно по состоянию гепатоцитов (клеток печени), т. е. по наличию начинающегося фиброза или его отсутствию, мы определяем, что лечение человеку не показано или, наоборот, лечение необходимо, чтобы предотвратить исход в цирроз.

Упомянутая биопсия печени, надо сказать, процедура нестрашная, хотя, как и многие манипуляции, не особо приятная. Как правило, она делается в амбулаторных условиях и очень полезна для понимания, как течет болезнь и как далеко она зашла.



Заметки на полях

...

*В Анголе я работал старшим группы советских врачей-консультантов в тамошнем правительственном госпитале. Устроен он был немного иначе, чем наши подобные заведения. Ангольское правительство посчитало невозможным иметь отдельный госпиталь, поэтому это была одновременно обычная больница, куда шел непрерывный поток обыкновенного страдающего люда, при этом один этаж был отведен для спецконтингента, и доступ туда был ограничен.*

*Как-то ночью привозят жену высокопоставленного военного с огнестрельным ранением живота. Мы оперируем, достаем пулю, я выхожу к ожидающим с вестью о благополучном исходе. Тут меня в сторону отзывает адъютант и нейтральным голосом говорит: «Доктор, у мадам был аппендицит, не так ли?». Я посмотрел в его абсолютно безмятежные глаза и ответил: «Ну конечно, что же еще!». Выбросил пулю и переписал историю болезни.*

*Осуждаете? За годы работы в Африке я не раз рисковал жизнью, но стать жертвой семейных разборок местной элиты – увольте!*

**Хорошая новость:** в последнее время медицина серьезно продвинулась вперед в лечении гепатита С. Появились новые виды интерферона (это основное лекарство), новые виды противовирусных препаратов, и их появляется все больше и больше. Первые препараты были

с массой побочных действий и не очень высокой эффективностью. И мы говорили, что, если у нас результат 50 % выздоровевших или даже 40 %, это хорошо, но сегодня выздоравливают уже 70 %! 70 % или 40 % – это большая разница. И все это произошло за последние пять-шесть лет.

Продвижение вперед есть, но многое в успехе лечения еще зависит от генотипа человека. Есть три разных генотипа человека по набору своих генов, и некоторые из них являются неблагоприятными в плане прогноза лечения.

Если больной принадлежит к одному, «благоприятному» генотипу, то в первый раз его лечат полгода. Смотрят: не помогает. Тогда лечат вторые полгода. Если опять не помогает, то лечение больше не повторяют, так как оно не имеет смысла.

Но если у больного другой генотип – «неблагоприятный», то лечат первые полгода, и если не помогает, то лечение больше не повторяют, так как понятно: уже не поможет. Поэтому тактика лечения зависит от определения генотипа.

Современное лечение противовирусными препаратами и интерферонами крайне эффективно. Чего из того, что обычно делаем мы, делать не стоит? Не надо принимать гепатопротекторы. Повторю: не надо принимать гепатопротекторы! Еще раз: НЕ НАДО ПРИНИМАТЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРЫ!!!

Идеального гепатопротектора не существует. Здоровому человеку они могут навредить, а могут и нет, а вот больному гепатитом они навредят точно!!! Более того, количество гепатопротекторов, которые рекламируются как вещества, защищающие печень, сегодня в России достигает (я где-то прочитал) 175 наименований, включая растительные препараты.

Сказать вам, сколько из них на Западе, допустим американский FDA (аналог Минздрава), разрешает к применению? Ни одного!!! Из используемых у нас 175 всего три-четыре имеют хотя бы слабое оправдание, что они могут быть перспективны при проведении дальнейших исследований.

...  
*К единичным исключениям относятся препараты расторопши. Сейчас проводятся исследования, которые оставляют первое благоприятное впечатление.*

Например, всем известный эссенциале. В некоторых клинических испытаниях было показано, что этот препарат может у некоторых больных

сокращать период лечения интерферонами. Такие работы есть, хоть их качество подвергается критике.

Но ведь те, кто торгует этим препаратом, утверждают, что его эффективность доказана для всех! Между «у некоторых» и «у всех» – большая разница! Мы говорим, что те, кто лечится от гепатита С, В и находится на интерфероне, возможно, получают положительный эффект от эссенциале. Только помните: американский FDA никакое эссенциале в Америку не пускает!!! (Тупые, наверное!) А наши наслушавшиеся рекламы пациенты говорят, что если после выпитой водки принять эссенциале, то печень «поправится».

То же самое относится к препарату под названием гептрал. Это хороший препарат, но он не гепатопротектор! Он показан для алкоголиков. Гептрал применяется для алкоголиков, для лечения абстинентного синдрома и, возможно (только возможно!), алкогольного повреждения печени алкоголиков. Во всяком случае, есть определенные работы, в которых об этом говорится. Они тоже не очень правильно проведены, к их качеству у специалистов есть претензии, их тоже мало, но, во всяком случае, они есть.

Потому что для всех остальных «гепатопротекторов», хоть слабо положительных, хоть сомнительных, исследований просто нет. Есть только работы, в которых делаются выводы о том, что лекарства не помогают.

К упомянутым единичным исключениям относятся препараты расторопши. Сейчас проводятся исследования, которые оставляют первое благоприятное впечатление. Пока что-то резюмировать рано, но, во всяком случае, можно говорить, что вред или полная неэффективность препаратов из расторопши не доказаны.

Я перечислил три препарата, которые используются, хоть и с натяжкой. Все остальные надо просто выкинуть. А еще мы пытаемся защитить печень народными средствами: питаемся свекольным и морковным соком, подсолнечным маслом. Подсолнечное масло вызывает только камнеобразование желчного пузыря, камни появляются, потом желчный пузырь сокращается и загоняет камень в протоку. Получаем острый холецистит или панкреатит.

Когда вы начинаете тереть свеклу и пить ее сок, добавлять капустный сок, в кишечнике образуются газы, пучит живот. На этом смысл процедуры заканчивается. Поэтому не надо заниматься ерундой и нужно помнить, что любые гепатопротекторы, кроме тех, что я назвал, неэффективны. И те, что назвал, тоже.

Если я вас все-таки не убедил, то надо принимать эти вещества (не

могу назвать их лекарствами) с осторожностью. Они могут быть безвредны для здорового человека, но для тех, у кого уже больна печень, просто опасны. Они способны резко ухудшить состояние и привести к печеночной недостаточности!

Развитие аутоиммунных заболеваний печени, как правило, начинается именно после применения гепатопротекторов. В списке побочных явлений гепатопротекторов числятся: острая почечная и печеночная недостаточность, окклюзия печеночной вены, развитие аутоиммунных заболеваний печени. Вот почему гепатопротектры надо применять с крайней осторожностью, если вы здоровы, и вообще забыть о них, если у вас есть заболевание печени.

Есть некоторые препараты, которые не просто бесполезны, а однозначно вредны. В качестве примера приведу лиф-52 (аюрведический препарат). Доказано его вредное действие на печень, и во всех странах он изъят из употребления. Не знаю, есть ли он еще в России. На самом деле, почему-то совсем не удивлюсь, узнав, что есть. На Западе для удобства пациентов есть специальные справочные сайты: вводишь название препарата или вещества и смотришь потенциальные побочные действия на печень.

Не занимайтесь гепатопротекторной ерундой, а просто соблюдайте определенную диету и ведите правильный образ жизни.

Вы можете спросить: как быть с алкоголем? А вот никак, нельзя пить! Но как нельзя: если человек выпил бокал предпочтительно белого вина, с ним ничего не случится. Одина два бокала в неделю – это не запрещено. Но не по стакану же каждый день, зачем же себя убивать! Зато обрадую любителей кофе: во многих исследованиях показано, что кофе предотвращает переход хронического гепатита в **цирроз и рак печени!**

Еще важный момент: **каждый больной с хроническим гепатитом С должен обязательно привиться от гепатита В.** Гепатит В, конечно, не сахар и сам по себе, но, если на гепатит С ложится вирусная инфекция гепатита В, это приводит к молниеносному разрушению печени с крайне плачевным результатом. Привиться надо, естественно, и от гепатита А.

Прививаться от гепатита А надо не только больным хроническим гепатитом, а всем поголовно. Да, это болезнь – «насморк печени», это кратковременная желтуха, которая проходит сама и не оставляет следов на печени. Но, если едете куда-то загорать, «оно вам надо?», вместо отпуска пролежать три недели с температурой, да еще в каком-нибудь местном госпитале? По-моему, проще сделать себе прививку от гепатита А и просто не думать об этом.

Печень очень сложный организм. Существуют искусственное «сердце», «почки», «легкие», но нет «искусственной печени». Не придумали ее, потому что мы сами еще не до конца понимаем механизм ее работы. О какой же «очистке» можно говорить, тем более препаратами на растительной основе (см. «Чем может обернуться «чистка» печени?», с. 263)? И опять я задаю вопрос: зачем покупать то, что не поможет? И зачем это продавать?

**Если вы реально хотите защитить вашу печень, то:**

- ✓ не употребляйте алкоголь;
- ✓ соблюдайте диету;
- ✓ с большой осторожностью принимайте лекарства, многие из них могут нанести печени вред, они гепатотоксичны (к таким препаратам относятся и любимые многими парацетамол и панадол);
- ✓ предотвращайте заболевания печени, и она сама будет периодически обновляться.

Печень исключительно жизнеспособный орган. Если отрезать половину печени, то ее функция может восстановиться. Однако при болезнях печени надо быть очень осторожными. Через печень выводятся остатки лекарств, они там и обезвреживаются. Поэтому, если печень уже больна, препараты могут нанести непоправимый вред.

**Общее и обязательное правило:** если болит печень и вам назначают какое-то лекарство, необходимо узнать у врача, можно ли его принимать в вашем конкретном случае.

## **7. Инсульт**

Как мы боимся таких заболеваний, как инфаркт миокарда, инсульт, стенокардия! Как мало делаем при этом, чтобы их избежать! Некоторые думают, что эти болезни – удел стариков. А вот и нет! Инсульты в 30–40 лет – ежедневная медицинская практика.

В основе инфарктов миокарда и инсультов лежит поражение сосудов. Только в одном случае поражаются сосуды сердца и развивается инфаркт, в другом случае поражаются сосуды головного мозга и случается инсульт. Но никто не знает, где у него наиболее слабое место, которое «рванет».

Факторы риска развития атеросклероза общеизвестны. Это наследственность (если ваши родственники имели проблемы с сосудами в возрасте до 50 лет), принадлежность к мужскому полу (или женщина в менопаузу), возраст старше 40 лет. Тут уж ничего не поделаешь: что есть, то есть.

Но некоторые факторы риска мы изменить можем и должны.

Например, курение повышает риск развития атеросклероза на 50 %. Высокий уровень холестерина требует соблюдения диеты: ограничить употребления красного мяса, жиров животного происхождения; увеличить в рационе объем клетчатки, овощей.

Если у вас уровень сахара 5, 6 и выше, то эти величины как раз находятся в диагностических рамках преддиабета и являются мощным фактором риска для развития атеросклероза. Добавьте к этому малоподвижный образ жизни, «центральное» ожирение (объем талии у мужчин более 102 см, а у женщин более 88 см), повышение мочевой кислоты, гомоцистеина и многое другое.

Практически все перечисленное связано с **неправильным образом жизни**. Не зря атеросклероз так и называют – «ржавчина жизни»!

Первые проявления поражения сосудов головного мозга не всегда ярко выражены: когда, например, у больного отказала рука и нога, он не может разговаривать, мочится под себя.

Но бывает и так, что у человека промелькнула тень перед глазами, временно появилась невнятная речь, может быть, повисла носогубная складка. Через несколько минут все прошло. Это состояние называется транзиторная ишемическая атака. При ней неврологическая симптоматика длится менее суток, а потом проходит, по аналогии со стенокардией в случаях сердечного проявления атеросклероза.

Конечно, вы испугались, но, поскольку все прошло, считаете, что отпустило, пронесло, и слава Богу. Но это «пронесло» очень относительно. У каждого четвертого повторение подобного случая заканчивается инсультом. Поэтому не стоит спешить радоваться! Транзиторная ишемическая атака – серьезный сигнал о том, что надо принимать меры профилактики (см. «Оценка риска острого инсульта в течение 2-х суток после транзиторной ишемической атаки (ТИА)», с. 263). Вам как бы дается шанс что-то изменить! Что?

Не скажу ничего нового: принимайте «статины» (лекарства, понижающие холестерин) и аспирин в обязательном порядке. Нормализуйте артериальное давление препаратами типа энапа, который снижает давление и благотворно влияет на сосудистую стенку (нормализация давления в профилактике инсультов играет важнейшую роль!). Доведите до нормального уровень сахара, при необходимости принимая препараты (метформин!).

Добавьте к этому диету, умеренную физическую нагрузку – это минимально необходимые действия, которые могут предотвратить катастрофу. Степень гарантии неизвестна. Если уже появились симптомы,

звоночек прозвенел, значит, у вас уже есть поражение сосудов! Значит, здоровый образ жизни надо было начинать лет 15 назад, а теперь без таблеток уже никак не обойтись! Причем пожизненно, как бы мы не скулили, что не хотим!

Но никакие таблетки не помогут, если продолжать жить по-прежнему! И оправдываться тем, что курите уже 20 лет. **Никогда не поздно бросить курить!** По официальным данным, когда в Европе ввели закон о запрете на курение в общественных местах, всего через 12 месяцев число людей, которые поступали с инфарктами и инсультами в больницы, сократилось на 14 %!

Повторю еще раз: бросать никогда не поздно! Но полностью выйти из группы риска можно лишь через три-четыре года после того, как вы расстались с этой вредной привычкой. Если все-таки инсульт произошел, очень важно немедленно вызвать «Скорую помощь». У вас есть три часа. Если от развития инсульта до поступления пациента в больницу пройдет не более трёх часов, то все еще можно вернуть обратно. Этот тромб можно еще растворить.

Какой произошел инсульт, к сожалению, клинически распознать невозможно. Он бывает двух видов: закупорка тромбом или, наоборот, сосуд разорвался, и кровь вылилась в мозг.

Если мы будем такому больному давать разжижающие кровь препараты, как положено при тромбозе, они человека просто убьют. Поэтому **лечение можно начинать только после проведения компьютерной томографии головы**. С ее помощью можно разобраться, у кого кровотечение, а у кого тромбоз. Поэтому компьютерная томография должна быть сделана в первые три часа от начала появления первых симптомов. Поэтому, если случилось несчастье, немедленно вызываем «Скорую».

...

*Если от развития инсульта до поступления пациента в больницу пройдет не более трех часов, то все еще можно вернуть обратно. Этот тромб можно растворить.*

Сейчас почти по всей России есть первичные сосудистые центры по больницам и округам. «Скорая» повезет пациента именно туда. Потому что если она привезет его в обычный приемный покой, где начнут проверять паспортные данные, а врач начнет расспрашивать, что случилось, то это будет непоправимой потерей времени.

«Скорая помощь» обязана везти больного, минуя приемный покой,

сразу на компьютерную томографию, которая в этих центрах работает круглосуточно.

Если нет противопоказаний, к которым относится недавно перенесенная операция, очень повышенное давление, нарушения свертываемости крови, тогда больному будет вводиться тромболитик, который растворяет тромб, и у человека появляется шанс на обращение процесса вспять. Через три часа после нарушения кровообращения мозг начинает отмирать. До этого времени ткань мозга «оглушена» недостатком кислорода, но ее можно вернуть к жизни.

Позже, даже если больной выжил, на месте инфаркта мозга образуется рубец, и растворяй тромб – не растворяй, восстановиться человеку это уже не поможет. Вот почему первые часы после случившегося так важны.

А бывает и так: человек лег спать нормально, а утром встает – у него повисшая губа и слабость в руке. Он не помнит, как это произошло, проснулся уже таким. В этом случае о тромболитисе речь уже не идет, ведь инцидент мог произойти как в течение трех последних часов, так и раньше. Рисковать в такой ситуации врач не будет, тромболитис опасен сам по себе.

Если инсульт уже произошел, то ничего повернуть вспять нельзя. Ткань умерла, и никаких дальнейших действий по ее восстановлению сделать нельзя. Правда, иногда уже после инсульта продолжается закупорка других мелких сосудов, и область инсульта распространяется все больше и шире. Тогда мы даем разжижающие кровь препараты, но это бывает редко. Если инсульт произошел, то основным лечением является аспирин, и еще внутривенно вливается соленый раствор воды (физраствор).

Как-то прочитал отзыв о больнице, мол, они там не лечат, только дают аспирин и соленую водичку. Но аспирин и соленая водичка – это как раз то, что нужно. Главное в этой ситуации – насытить организм слабосолевым раствором, потому что такая вода по составу напоминает кровь. А аспирин является профилактикой дальнейших осложнений!

В этом промежутке времени основу лечения составляет наблюдение за острым периодом. Если возникают осложнения, их корректируют, а потом начинают реабилитацию. Пациент должен как можно раньше попасть в палату, где будут работать окулисты, логопеды, психотерапевты, физиотерапевты, специалисты по лечебной физкультуре.

Это надо делать в самые первые дни. Задача не просто давать лекарства, так как огромное количество препаратов, которые претендуют на восстановительное действие, на самом деле «голубая вода». Церебролизин, мексидол, глицин, стугерон, кавинтон, актовегин, эглонил – это все лекарства с недоказанной эффективностью.



Хуже они не сделают, но и не помогут (смотрите приложение со списком лекарств, эффективность которых не доказана). Но больницы тратят миллионы, закупая их, а потом денег не хватает на действительно эффективные препараты, те же антибиотики.

Самое главное – не давать эти мистические препараты, а правильно организовать лечение: моментальная доставка больного, проведение тромболизиса, если возможно, как можно более ранняя реабилитация мультидисциплинарной бригадой врачей.

Надо помнить, что если произошел инсульт, то определенный участок мозга уже умер. И его никакими мексидолами не вернуть. Надо восстанавливать пациента, развивая другие участки его мозга. А еще лучше до этого не доводить и заранее бороться с факторами риска!

Если уже была предшествующая транзиторная ишемическая атака, то медикаментозно корректировать имеющиеся нарушения и консультироваться у сосудистого хирурга. Если специальное исследование выявило сужение сосуда на 70 % и больше, то возможно проведение операции по исправлению ситуации.

Это так страшно только звучит – 50 %, 70 %; на самом деле сужение до 50 % почти не вызывает существенного изменения кровотока. Поэтому сужения до 50 % хирургической коррекции не подлежат, а от 50 % до 70 % – в зависимости от обстоятельств. Надо тщательно взвесить потенциальный риск операции и ту степень пользы, что может она принести. Когда сужение 70 % и больше, в большинстве случаев перевешивает потенциальная польза.

## **8. Инфекции мочевыводящих путей**

Что такое цистит, знает любая женщина, и не только. Редко у кого за всю жизнь не было учащенного, иногда болезненного мочеиспускания и позывов. На самом деле, эти симптомы могут сопутствовать не только циститу, но и уретриту, и пиелонефриту. Все эти болезни являются инфекциями мочевыводящих путей. Поэтому изначальный подход к их диагностике и лечению одинаков.

Что такое инфекция мочевыводящих путей? Это учащенное болезненное мочеиспускание, которое трудно удержать. Иногда моча бывает с примесью крови. Классическими провоцирующими факторами инфекции являются секс, смена полового партнера, частые половые сношения, использование спермицида как противозачаточного средства.

Другие факторы риска: структурные изменения в почках и наличие диабета в пожилом возрасте. При диабете иннервация мочевого пузыря

нарушается (полинейропатия очень частое последствие повышенного уровня сахара), и это становится причиной инфекции.

Если у пациента имеет место больше трех приступов цистита в год, это тревожный симптом, требующий особого внимания врача! Что с этим делать?

При первом эпизоде неосложненного цистита – ничего особенного. Просто идете к врачу, он выпишет известный антибиотик типа бисептола или ципро, который успешно применяется для лечения подобного состояния. Срок лечения составит от 3 до 10 дней.

Ситуация повторилась? Вот тут надо сдать мочу на анализ, посмотреть, какие там присутствуют бактерии и к какому антибиотику они чувствительны. Важно не пропустить момент, когда инфекция пойдет наверх в почки. Если вдруг поднялась температура больше 38 °С, появились тошнота и рвота, озноб и боли в пояснице, это может быть признаками пиелонефрита. Немедленно обращайтесь к врачу и интенсивно лечитесь, возможно, даже в стационаре.

Что делать тем, у кого эпизодов мочевой инфекции больше чем три в год? Начинаете принимать небольшие дозы антибиотиков (например, бисептол или бактрим). Маленькую дозу, но ежедневно. Возможно развитие резистентности к препарату, поэтому его подбор надо производить индивидуально.

Второй метод – профилактический прием антибиотиков перед половым сношением. Если у вас после секса бывает цистит, не проще ли заранее выпить таблетку?

Третий подход – дожидаться симптомов и ничего не делать до их появления. Так поступает большинство женщин. Обязательно ли наличие бактерий в моче свидетельствует о наличии воспаления? Если при этом вы прекрасно себя чувствуете, то необязательно, за исключением наличия у женщины беременности.

У беременной женщины от бактерий в моче надо избавляться, потому, что у нее другой иммунный статус, а именно сниженный иммунитет. В таком состоянии нефриты могут вызвать другие, чем обычно, бактерии. Поэтому в этом случае применяется антибиотик (ампициллин) и лечение продолжается до 10 дней даже при отсутствии других симптомов.

У пожилых женщин, часто сталкивающихся с циститами, применяются кремы с эстрогеном, вводимые внутривлагалищно.

Далеко не всегда неотложные позывы в туалет и учащенное мочеиспускание являются результатом инфекции. Существует такое состояние, которое называется **синдромом болей мочевого пузыря**, или

интерстициальным циститом. Для него характерны боли в области мочевого пузыря, срочные частые позывы в туалет, кратковременное облегчение после мочеиспускания.

Синдром часто провоцируется долгим сидением, сексом, употреблением в пищу сладостей, цитрусовых, алкоголя, кофе, томатов, пряностей. При этом моча человека стерильна, инфекции нет и в помине, и антибиотики не помогают. Для того чтобы квалифицировать это состояние как интерстициальный цистит, необходима протяженность симптомов не менее шести недель. Если раньше считалось, что это очень серьезное состояние и тяжелая болезнь, то сегодня взгляды пересмотрены.

Точной причины синдрома пока не установлено, часто он встречается в сочетании с другими хроническими болями такими как фибромиалгия, симптом раздраженного кишечника. Лечится интерстициальный цистит антидепрессантами на фоне соблюдение диеты, определенных упражнений и психотерапии.

И еще раз о пиелонефрите. Если у вас годами результаты УЗИ показывают расширенную лоханку при отсутствии каких-либо симптомов, то у вас НЕТ пиелонефрита. Врач УЗИ не имеет право ставить диагноз. Его дело – констатировать факт: у пациента расширена лоханка до таких-то размеров. И уже лечащий врач решит, как это соотносится с состоянием пациента, является это заболеванием или нет. А то получается, что у нас каждая вторая женщина носит ярлык заболевания, которого у нее нет.

## **9. Миома**

Миома встречается у многих женщин: каждая четвертая женщина репродуктивного возраста имеет миому матки, которая может проявиться клинически.

Миома состоит из мышечной ткани, и, что особенно важно для нашего спокойствия, она никогда не перерастает в рак, являясь вполне доброкачественным новообразованием. Точные причины, приводящие к ее развитию, неизвестны.

Видимо, существуют много факторов – от генетики до образа жизни женщины, причем большая, если не определяющая, роль принадлежит гормональным изменениям. Например, у женщины с ранним наступлением менструации во много раз повышается риск заболевания миомой под влиянием эстрогенов.

Также миомой чаще страдают нерожавшие женщины, так как роды обладают предохраняющим от миомы действием. Даже если женщина выносила плод до 20 недель, но потом беременность была по каким-то

причинам прекращена, это все равно является положительным обстоятельством.

Ожирение также является фактором риска для развития, однако это зависит от возраста. До наступления менопаузы ожирение влияния не оказывает, после – наоборот. После наступления менопаузы именно жир становится местом, где продолжает вырабатываться эстроген, являющийся одной из возможных причин развития рака груди, а относительно этой темы – миомы матки.

Женщины, которые принимают противозачаточные таблетки, болеют миомой не чаще, тем те, которые не принимают. Более того, определенные виды противозачаточных таблеток, содержащие только прогестерон, являются основным методом гормонального лечения миомы. Из провоцирующих факторов известно, что миому вызывает избыточное (чаще трех раз в неделю) потребление красного мяса.

...

*Миома состоит из мышечной ткани, и никогда не перерастает в рак, являясь вполне доброкачественным новообразованием.*

Многokратно повышается риск у любителей съесть стэйк из говядины, свинины или баранины и упирающих на сосиски и колбасу. Те, кто потребляет не менее трех раз в неделю овощи, однозначно имеют более низкий риск заболевания миомой. Не могу не упомянуть, что пиво также стимулирует рост миомы. Иногда спекулируют на предположении, что миома может быть следствием сексуальной неудовлетворенности женщины. Не сомневаюсь, что подобное обстоятельство может иметь выраженные эмоциональные последствия, особенно для окружающих, но его влияние на развитие миомы выглядит притянутым за уши!

Что делать с обнаруженной миомой? Если у женщины ничего не болит, нет тяжести, нормальная менструация, нет обильных месячных, анемии, и вообще она не знала о наличии миомы до планового посещения врача, то ничего делать не надо. Лечат только заболевание, которое проявляет себя в беспокоящих симптомах (см. «Лечение миомы матки», с. 266).

Большая миома или маленькая – это неважно для показаний к ее лечению. Размер миомы может варьироваться от небольшого орешка до грейпфрута. Основным фактором для принятия решения о необходимости лечения миомы является вопрос о наличии или об отсутствии симптомов – обильных кровотечений, боли, тяжести внизу живота, дискомфорта, анемии.

Миома никак не мешает женщине забеременеть, но при вынашивании она иногда может сдавливать матку и при расположении близко к выходу это станет показанием к кесареву сечению.

Если у женщины симптоматическая миома, то, прежде чем отправляться к хирургу, надо попробовать медикаментозное лечение. Обычно это гормональная терапия (прогестероновые противозачаточные таблетки), уколы или пластыри. Если симптомы после лечения остались, то у современных хирургов сегодня большой выбор органосберегающих операций. Например, эмболизация (искусственная закупорка) сосуда, питающего узел, и селективное удаление узла. Женщинам вне детородного возраста допустимо удаление всей матки за ненадобностью.

### **10. Мочекаменная болезнь**

Несчастный, у которого проходили камни (см. «Камни в почках: факторы риска», с. 263) через мочеточник, никогда этого не забудет. Дикая боль, отдающаяся в промежность и спину, сопровождающаяся ознобом, тошнотой и рвотой, моча с кровью. В общем, приятного не то что мало, его нет вообще. Даже считается, что болевой синдром при камнях в почках – один из самых сильных, от которых только может страдать человек.

Если камень проходит, значит, он когда-то в почках образовался, потом спустился в мочеточник и вызвал перечисленную симптоматику. Это острое состояние необходимо купировать обезболивающими, спазмолитиками, капельницей с большими объемами жидкости. На УЗИ обычно определяют размер и локализацию камня. Иногда, если камень находится в нижней трети мочеточника, УЗИ его не видит. Тогда исследованием выбора становится компьютерная томография. До развития компьютерной томографии золотым стандартом была внутривенная урография.

Обычно камни размером до 9 мм проходят сами. Скажем так: до 5 мм они без вариантов проходят сами, размером от 5 до 9 мм они могут выйти, а могут нет. Если размер побольше, то их надо уже извлекать: «разбивать» ультразвуковыми волнами на специальном аппарате и потом ждать, когда осколки выйдут сами, либо доставать их петлей, или делать прокол через кожу специальным инструментом и доставать камень по частям. В противном случае камень может заблокировать мочеточник и вызвать гидронефроз, т. е. «распирание» почки мочой, и тогда почку можно просто потерять.



...

Нью-Йорк, госпиталь, дежурство в приемном покое. Смесь бардака, пожара и военных действий! (Бывает, выстрел прямо на входе, двери распахиваются вваливается черный человек и с воплем: «Эта с... меня застрелила!» – падает к моим ногам! А я так и застываю, раскрыв рот!)

Так вот, моя очередь быть ответственным, я кручусь, пытаюсь разложить больных по этажам и операционным. Крики, эмоции, ну и, конечно, мат иногда: всё равно русского никто не понимает! Вдруг из динамиков слышу свой голос: забыл выключить громкую связь, а тут – буря эмоций! Конечно, эти «нехорошие люди» оставили мне почечную колику и подняли на этаж относительно стабильного больного! Кто же они после этого! Спустя 3 минуты к стойке проталкивается петербургского вида бабушка и шамкает: «Ой, доктор, как хорошо, что вы русский, а то мы ничего не понимаем, а тут слышим – родная речь!» Было стыдно...

Очень важно получить камень для дальнейшего анализа. Когда камень выходит сам, человек его обычно теряет. Казалось бы: потерял, ну и ладно, главное, что все уже позади. На самом деле в ожидании выхода камня мочу надо было пропускать через ситечко: обычно врачи снабжают ими пациентов. Поймав камень, можно определить, из чего он состоит. Исходя из состава, можно более точно сказать, как сделать, чтобы предотвратить рецидив болезни. 70 % камней в почках представлены оксалатами (кальциевые камни). Также встречаются, так называемые струваты (содержащие магний, они, как правило, образуются в результате мочевой инфекции) либо ураты (содержащие мочевую кислоту и любой страдающий подагрой как раз имеет риск образования именно этих камней).

Как я уже говорил, подавляющее большинство камней – это кальциевые камни, но надо знать свой камень точно, потому что от этого зависит лечение и профилактика рецидивов. Одни камни быстрее образуются в кислой среде, другие – в щелочной. Поэтому в одних случаях моча ощелачивается, в других, наоборот, окисляется. Соответственно, назначаются разные препараты, и даются разные рекомендации.

Если это кальциевые камни и диета не помогает, то применяют такое мочегонное лекарство, как гипотиазид. Обратите внимание: не каждое

мочегонное здесь уместно; если, например, фуросемид выводит кальций из крови и тем самым пропускает излишек кальция через почки, то гипотиазид, наоборот, задерживает выведение кальция из крови, тем самым нагрузка кальцием на почки меньше, и образование камней меньше соответственно.

Основное в профилактике камней – это диета (см. «Диетические факторы риска для камней в почках», с. 264). Главной составляющей этой диеты является то, что вы должны пить много жидкости. Насколько много? Как ни странно, ответа нет. Отталкивайтесь от того, что вы должны выделять не меньше 2 л мочи в сутки. Сколько приходится для этого пить, это ваше дело, но 2 л мочи, пожалуйста, выдайте, потому что этот объем промывает почки, вымывает песочек и препятствует камнеобразованию.

Что пить? Конечно, собственно воду. Некоторые рекомендуют клюквенный сок. Каких-то четких указаний, что клюквенный сок помогает особенным образом, нет. Но были работы, в которых говорилось, что он может препятствовать мочевой инфекции, благотворно действовать против камнеобразования. Поэтому, если любите, пейте клюквенный сок.

Чего надо избегать, так это грейпфрутов. Грейпфрут – полезный продукт, может играть какую-то роль в профилактике рака простаты, но при риске мочекаменной болезни он не подходит, потому что ассоциируется с нарастанием камней. Точно неясно почему, но доказан факт, что если у вас соли из оксалата кальция, то грейпфрут вам противопоказан.

...

*В ожидании выхода камня мочу надо пропустить через ситечко: обычно врачи снабжают ими пациентов. Надо знать свой камень точно, потому что от этого зависит лечение и профилактика рецидивов.*

Раньше утверждалось, что кофе и чай нельзя пить при мочекаменной болезни. Сейчас, наоборот, считается, что кофе, чай и маленькие дозы алкоголя если не уменьшают склонность к камнеобразованию, то хотя бы его не провоцируют.

Обязательно ограничьте животные жиры. Любимое нами красное мясо и вообще диета, богатая протеином, ведут к нарастанию аминокислот и дальше действует по цепочке, образуя камни. Мы знаем, что животные жиры и протеины могут провоцировать разные виды рака, что мясо бесполезно для сердца. Мы считаем, что это холестерин оказывает свое вредное действие.

Сейчас проводится исследование, которое показывает, что это вредное

действие оказывает еще и L-карнитин, который содержится в мясе. Многие спортсмены принимают его еще в виде добавок. L-карнитин оказался просто вредным, потому что микробы в кишечнике перерабатывают его таким образом, что производные продукты всасываются в кровь и отрицательно действуют на сосудистую стенку, вызывая образования бляшек.

Это еще раз подтверждает статистически доказанный факт о вреде излишнего потребления мяса, в том числе и для камней в почках.

Овощи и фрукты, наоборот, полезны, содержат большое количество калия, что очень важно для уменьшения формирования камней из оксалата кальция. Есть фрукты и овощи надо в большом количестве.

В большинстве случаев камни – это оксалаты кальция. С кальцием более или менее понятно, а вот с оксалатами что делать? Тут ситуация двоякая, казалось бы. Их надо в рационе уменьшать. Но в каких продуктах много оксалатов? В орехах, шпинате, некоторых видах овощей, т. е. именно в том, что нам так необходимо для сердца, потому что орехи в количестве 70 г в день не только не повышают, а понижают уровень холестерина.

Шпинат содержит фолиевую кислоту, фолиаты, которые необходимы для нормального функционирования организма, поэтому мы не можем исключить эти продукты. Но если у вас идет образование камней, а вы безумно любите жевать зелень, включите мозг, и эту свою любовь умерьте.

Обязательно **ограничьте соль**, потому что она не только повышает давление, но и увеличивает в почках количество ионов натрия, которые обмениваются с ионами калия, что в итоге усиливает задержку кальция и провоцирует образование камней.

Обязательно **ограничьте фруктозу**, потому что как сахароза, так и фруктоза влияют на кальциевый обмен, в итоге задерживают кальций и увеличивают риск образования камней.

Что касается кальция, то его в пище ограничивать не надо, наоборот, его должно быть много. Зато кальций в таблетках, которые часто рекомендуют людям с мочекаменной болезнью, принимать надо с осторожностью. Но если про таблетки все логично: много кальция в почках приводит к образованию камней и его надо ограничивать, то почему в пище кальция должно быть много?

Тут все дело в особенностях регуляции кальциевого обмена. Оказывается, когда кальций поступает с продуктами, он так связывается и обрабатывается, что излишек его не всасывается, а проходит через кишечник. Если диетического кальция мало, организм начинает воспринимать это как сигнал, что элемента не хватает, и начинает его



задерживать. Поэтому **кальция в пище должно быть достаточно**. А таблетки, содержащие кальций, особенно с витамином D, всасываются хорошо, и увеличивают риск образования камней.

Еще один **фактор, провоцирующий мочекаменную болезнь**, – это **высокие дозы витамина С**. Мы очень любим витамин С, особенно в сезон простуд. На самом деле, при простуде его действие сомнительно, а вот камни в почках он дать может.

Что касается лекарственной терапии, то повторюсь: могут помочь такие мочегонные, как гипотиазид, они уменьшают концентрацию кальция в моче, аллопуринол – препарат, которым обычно лечат подагру. Препарат цитрат калия тоже хорошо снижает камнеобразование.

Очевидно, что когда камень «пошел», то необходимо принимать срочные меры. Но что делать, если нашли камень в почке, но ничего пока не болит? Ждать, пока «само рассосется» или как? Может, пройдет, а может, и нет, тут не угадаешь.

Подход такой: если вы продолжаете находиться в привычной среде и менять ее не собираетесь, то просто наблюдайте, соблюдайте диету. Большой шанс, что камень там так и пролежит «немым» всю жизнь. Если же вы с камнем «в кармане» собираетесь надолго в далекие края, где возможность получить медицинскую помощь будет ограничена – Африка, Арктика, – то тогда надо идти на удаление камней одним из перечисленных выше способом.

## **11. Пневмония**

Воспаление легких – серьезная болезнь, от которой в прошлом веке очень часто умирали. Потом антибиотики перевернули принципы лечения инфекционных болезней, и смертей стало значительно меньше. Однако в настоящее время из-за бесконтрольного приема антибиотиков проблема резистентности к ним вновь перевела воспаление легких в разряд серьезных заболеваний. Что о нем нужно знать пациентам и врачам? Воспаление легких (пневмония) – острое инфекционное заболевание, требующее немедленного лечения. Выскажу неоригинальную мысль, но вся хитрость состоит в том, что, чтобы лечение было правильным, надо учитывать множество факторов. Если пациент заболел пневмонией в больнице, он должен лечиться совсем по-другому, чем тот, который заразился в другом месте.

Если больной доставлен с улицы, у него кашель с мокротой, боли в груди, хрипы в легких, врач в первую очередь решает, в каких условиях больному предстоит лечиться. Далеко не всегда и не каждый пациент

должен быть госпитализирован. Если у него нет высокой температуры, если частота дыхательных движений, пульс, давление находятся в определенных рамках, если показатель крови удерживается в приемлемых границах, то ему нужно назначить антибиотики и отправить домой.

Здесь встает вопрос о том, какой антибиотик необходимо выписать. Сегодня практически любые антибиотики доступны, и обычно врачи назначают достаточно серьезные, сильные и дорогие антибиотики. Пациент доволен, что его лечат крутым антибиотиком ценой в 50\$ за флакон, а врач доволен, что он все сделал правильно. На самом деле, эти дорогие антибиотики, вероятнее всего, работать не будут! Почему?

Например, внебольничная пневмония (перевод с английского – community acquired pneumonia – звучит несколько коряво, но это официальное современное название), как правило, вызывается нетипичными микроорганизмами. Это не пневмококк, про который все слышали, а хламидия, микоплазма, масса других микроорганизмов, которые, по сути, не совсем бактерии, так как по некоторым признакам отличаются от классических бактерий.

На них действует только определенный класс антибиотиков. Поэтому таким больным надо назначать антибиотики группы, родоначальником которой был эритромицин, люди постарше должны его помнить. Теперь эритромицин снят с производства, так как он вызывал сильные аритмии. Его современные «потомки» совершенно безопасны, могут применяться даже при беременности и являются достаточно эффективными.

Весьма действенны в случаях внебольничной пневмонии препараты, производные от доброго старого тетрациклина. Очень эффективны препараты типа таваника и его одноклассники.

В новостях можно услышать, что где-нибудь в казарме от пневмонии умерло 10 новобранцев, потому что их плохо одетыми гоняли по плацу. Но от гонок по плацу не умирают. Вспышка пневмонии, вызванной микоплазмой, в казармах, студенческих общежитиях и других местах, где люди живут кучно, достаточно обычное дело.

Если этих больных будут лечить любыми антибиотиками, кроме упомянутых групп, пусть даже сильными и хорошими, то ничего не выйдет – они микоплазму не покрывают. Зато копейный тетрациклин (точнее, его производное – доксициклин) будет успешен. Врачи, которые не смогли вылечить этих несчастных пациентов, упускают это, не действуя по алгоритму.

Если у больного выраженная одышка, снижение кислорода в крови, воспалительная реакция, то его будут лечить уже в стационаре и применять

другие антибиотики. В больнице, как правило, ему дают два антибиотика – один покрывает то, что не покрывает другой.

Второй обычно один из тех, что покрывают микоплазму, хламидии и другие атипичные микроорганизмы. Конечно, скорее всего, возбудителем инфекции является пневмококк, но поскольку до получения результатов анализов это окончательно неизвестно, то необходимо подстраховаться.

Проходит несколько дней, и больному становится лучше. Вот тут врачу трудно подавить естественное желание повторить рентген и посмотреть, как там внутри? Однажды во время работы в Америке страховая компания отказала мне в оплате рентгеновского исследования легких больного с пневмонией, причем не повторного, а первого. Меня расспросили, слушал ли я больного трубочкой и услышал ли при этом хрипы, делал ли анализ крови, видел ли в нем признаки воспаления. Если больной не умирал, то зачем ему рентген? Диагноз и так был ясен.

...

*В настоящее время из-за бесконтрольного приема антибиотиков проблема резистентности к ним вновь перевела воспаление легких в разряд серьезных заболеваний.*

Я тогда страшно возмущался, даже кричал. А сейчас, по зрелом размышлении, я понимаю, что у нас сотни тысяч больных пневмонией, сотни тысяч рентгенов, огромные суммы денег тратятся на пленки при том, что в этих расходах часто нет необходимости.

Обоснованием для рентгена в ясной ситуации бывает желание не визуализировать очаг, а убедиться, что там нет опухоли, которая спровоцировала пневмонию. Контрольный снимок нецелесообразно делать через четыре дня. Если, конечно, больному не становится хуже. Повторный снимок делаем не раньше чем через четыре недели, если для этого есть показания. Зачем лишний раз облучать человека?

## **12. Хронический простатит**

Иногда мне кажется, что диагноз «хронический простатит» ставят всем, кто не женщина! Конечно, у многих мужчин есть симптомы: что-то болит, что-то давит и т. д. У кого-то проблемы с мочеиспусканием, иногда боль отдает не только в пах, но и в низ живота. Все они идут у нас под маркой хронического простатита. А уж если бывали «осечки» в сексуальной жизни, то вообще вариантов остаться мужчине без этого диагноза нет!

Строго говоря, это действительно симптомы простатита. А вот дальше

– внимание – урологи делят хронический простатит на «бактериальный (инфекционный) простатит» и «простатит – симптом хронических тазовых болей» (так он официально называется).

Синдром хронической тазовой боли – аналог синдрома раздраженного кишечника, синдрома болей мочевого пузыря; эти состояния описываются в следующей книге. Причина его неизвестна, и в этом его коренное отличие от бактериального простатита, который является инфекционным заболеванием. Часто это состояние связано с депрессиями, фибромиалгией (болезненные точки по всему телу).

Выявить точно характер простатита необходимо, потому что подход к его лечению разный. Если при этом на УЗИ что-то видно (или не видно, но не все понятно, или понятно, но сомнительно, то сомнение у нас всегда трактуется в пользу «приклеивания» диагноза) или в анализах мочи, крови что-то где-то кому-то показалось, диагноз «хронический простатит» будет поставлен однозначно.

У нас разделения на хронический бактериальный простатит и простатит – синдром тазовой боли не происходит. По умолчанию принимается только первый вариант. А ведь что такое диагноз «хронический бактериальный простатит»? Это долгое, нудное, непростое и небезопасное лечение шестинедельным курсом антибиотиков.

По большому счету, бактериальный простатит – это всетаки редкость, а на самом деле в подавляющем количестве случаев диагноз хронического простатита у нас является такой же «выгребной ямой невежества», каковой умные люди называют дисбактериоз. В эту яму складывают все диагнозы – от синдрома тазовых болей до инфекций и рака простаты – и начинают активно их лечить.

Причем антибиотики в этом курсе лечения не самое большое зло. Массаж, иммуностимуляторы, вобэнзим какой-нибудь (не к ночи будь помянут), плюс к этому еще линекс (куда без него, «если принимаете антибиотик, а то будет дисбактериоз»). Еще пострадают, что если не будете принимать, то сексуальная функция у вас нарушится.

Как бы не так!!! Я как-то встретил пациента, спускающегося от уролога. В руках он нес список лекарств и процедур на листе формата А4. Я насчитал в нем 16 пунктов!

Тут не только сексуальная функция нарушится, а когда ему по этим 16 пунктам счет выставят, его еще и инфаркт хватит!

### **13. Щитовидная железа**

На многие вопросы пациентов, такие как: почему у меня выпадают

волосы? почему я мерзну? почему мне все время хочется спать? почему любая вещь меня раздражает? почему у меня отекают ноги, а мочегонные не помогают? почему у меня аритмия? почему у меня нарушена менструация? почему я набираю вес? почему я худею? – я отвечаю одинаково: «Причина в щитовидной железе».

Все перечисленные проблемы являются классическими симптомами заболеваний щитовидной железы. Такой широкий спектр состояний у многих просто не диагностирован правильно. У нас нет регулярного скрининга на заболевания щитовидной железы, в то время как в других странах некоторые эндокринологи его рекомендуют с 35 лет.

Куда идет человек, которому надо проверить щитовидку? Он отправляется на УЗИ. Обследование произведено, и врач говорит, мол, у вас все нормально, ну, может, железа чуть увеличена. Пациент уходит довольный.

На самом деле, чтобы узнать, как функционирует ваша щитовидная железа, нужно взять **кровь на гормоны**. Не обязательно сдавать на весь дорогостоящий спектр, можно ограничиться одним гормоном ТТГ (тиреоидо-стимулирующий, или тиреотропный, гормон) – гормоном гипофиза, стимулирующим работу щитовидной железы. Ультразвук тоже нужен; он определит структуру щитовидной железы, ее объем и наличие узлов, но только после того, как у вас взяли кровь на гормоны.

ТТГ вырабатывается нашим гипофизом по принципу обратной связи. Если уровень гормонов щитовидной железы повышен, то из гипофиза поступает команда на снижение выработки, которая осуществляется посредством снижения уровня ТТГ. Поэтому, если у вас низкий ТТГ, значит, можно предположить повышенную функцию щитовидной железы.

И наоборот, если гормонов мало, мозг начинает подстегивать – давай-давай! ТТГ растет, под его воздействием разрастается ткань щитовидной железы, она активнее функционирует, гормонов вырабатывается больше, и все нормализуется.

Итак, если ТТГ повышен, то функция щитовидной железы понижена. Это очень простой способ узнать состояние щитовидки, он и положен в основу скрининга. Но почемуто многие врачи на этом «спотыкаются». Я бы даже назвал щитовидную железу «забытой железой».

Если у вас вдруг слегли пожилые родственники, стали забывчивыми, отечными, апатичными, прежде чем вызывать психиатра и отправлять их куда-нибудь в специальные заведения, попросите доктора проверить у них функцию щитовидной железы.

Причины снижения функции щитовидной железы могут быть

разными. Но самая частая – аутоиммунный тиреоидит – состояние, при котором начинают вырабатываться антитела, не распознающие сигналы «свой-чужой» и начинающие атаковать собственную щитовидную железу. В результате выработка железой гормонов падает.

В ответ мозг начинает командовать железе, чтобы она работала лучше. Но он не может заставить работать уже пораженную ткань, функция которой нарушена. Под воздействием «плетки» гормона щитовидная железа начинает разрастаться, чтобы нарастить нормальную ткань. Появляется так называемый зоб. Железа может расти равномерно или разрастаться узлами.

Лечение пониженной функции щитовидной железы только одно – заместительная терапия синтетическими гормонами щитовидной железы. Обычно их прием начинают с дозы 50 мг и постепенно увеличивают под контролем уровня ТТГ. Торопиться здесь не надо, интервал между анализами должен быть около шести недель.



Заметки на полях

...

*Жена одного государственного деятеля и компартии поступила ко мне в Кремлевскую больницу. Пожилая дама не могла ходить, была вялая. Все с ней носились, но ничего не могли сделать.*

*Когда меня пригласили на обход, я посмотрел и тоже согласился, что в 90 лет вряд ли стоит ожидать от старушки энергичности. Однако ее дочь сказала, что мама слегла внезапно, до этого момента она была полностью самостоятельной. Тут я задумался: если человек ходил, был бодрым, сам себя обслуживал, и неожиданно слег – это не просто проявление старости. Это может быть из-за инфекции, мочевого или легочной, причем у пожилых она может протекать без температуры и других симптомов. Но по анализам таковых не наблюдалось.*

*В этом случае остается один вариант – щитовидная железа. После того как бабушке начали вводить гормон щитовидной железы, она пошла.*

*Но куда так далеко ходить! Я лечу всех! И вот у меня заболевает мама, которой тогда было уже за 70 лет. Попадает с другими причинами в больницу. Лечится от упорной гипертензии с определенными кардиологическими особенностями. Но при этом мама вдруг стала плохо спать.*

*Поступила в мою клинику. Лечил ее мой друг – мы же сами не лечим*

родственников. Приходит он ко мне и спрашивает, давно ли я смотрел у мамы кровь на гормоны. Оказалось, что давно. Сделали анализы и выяснили, что гормонов в крови практически нет.

Мне стыдно по сей день за этот случай. Практически сразу после начала приема препаратов для щитовидки мама поправилась, у нее почти исчезла гипертония, нормализовался сон, исчезли отеки. А я уже сколько лет после этого думаю о том, что каким надо быть идиотом, чтобы всех лечить и не заметить то же самое у собственной мамы. Вот пример того, что врачи не должны сами лечить своих родственников!

Если стимулирующий гормон гипофиза ТТГ повышен, а гормоны щитовидной железы еще нормальны, то это – субклинический гипотиреоз. Что делать, если лаборатория еще не уловила снижения гормонов, а какие-то процессы в щитовидке начались? Считается, что верхняя граница ТТГ – это 4 единицы. Если этот показатель повышен до 10, то назначается гормональная заместительная терапия, даже если гормоны собственно щитовидки еще нормальные. Гормон щитовидной железы, принимаемый внутрь, насыщает кровь. Мозг успокаивается, что все в порядке, и ТТГ снижается до нормального показателя.

Что делать, если ТТГ выше 4, но меньше 10, а гормоны щитовидной железы при этом нормальные? Вот тут все зависит от адекватности и профессионализма вашего врача.

Прежде всего, существует такое понятие, как антитела. Суть аутоиммунного процесса – антитела вырабатываются к тканям щитовидной железы и начинают с ней бороться. Обычно наличие этих антител никакой особенно полезной информации врачу не дает, только свидетельствует об аутоиммунном характере болезни.

Но когда гормон ТТГ уже повышен и нужно принимать решение о гормональной заместительной терапии, то высокий титр этих антител может дать врачу основание для назначения гормонов внутрь. Бывает и так, что у человека есть **клинические симптомы**: выпадение волос, сухая ломкая кожа, склонность к отекам, набор веса, сонливость, апатичность. При этом гормоны пока нормальные и ТТГ повышено умеренно, но лечение уже можно начинать.

Лечение недостатка функции щитовидной железы только одно – гормоны щитовидной железы, как правило, это L-тироксин. Структурно это не стероидные гормоны, которые могут вызывать увеличение веса, повышение сахара, кровотечение желудка – всего того, чего мы боимся, когда лечимся стероидными гормонами. Этот гормон совсем другой, и слово вас пусть не обманывает.

Болезненная для многих тема – узлы щитовидной железы. Узлы встречаются очень часто. Скажу больше: у каждого второго можно обнаружить, по меньшей мере, один узел в щитовидке, только, как правило, люди об этом не знают. А когда их случайно обнаруживают на обследовании, в панике бегут к онкологу с сакраментальным вопросом: «Доктор, я умру?!». Узлы действительно могут иметь злокачественный характер в 5 % случаев, и наша задача – эти случаи вовремя выявить. Видимо, природа над нами сжалилась, и подавляющее количество разновидностей рака щитовидки протекают достаточно благоприятно и с хорошим прогнозом. Итак, после того, как узел обнаружили, необходимо тут же посмотреть уровень ТТГ. Самый распространенный сценарий – результат оказался нормальным. Но радоваться еще рановато. Если ТТГ понижен (помните, что это говорит о повышенной функции щитовидной железы?), то, значит, узел функционирует, вырабатывает гормоны, а как раз такой узел никогда не перерождается в рак. Остается только подтвердить функционирующий характер узла на сцинтиграфии с радиоактивным йодом (врачи называют такой узел «горячим»), и на этом диагностическая часть заканчивается.

А вот если уровень ТТГ нормальный (или даже повышен), то необходим следующий важный этап – «микробиопсия» – аспирация содержимого узла очень тоненькой иглой. Это делается прямо в кабинете врача, часто под контролем ультразвука. Все узлы размером больше 1 см при нормальном или повышенном ТТГ положено пунктировать, так можно выявить те самые 5 %. А вот сцинтиграфию в этих случаях делать не надо.

...

*Если вдруг пожилые родственники стали забывчивыми, апатичными, попросите доктора проверить у них функцию щитовидной железы.*

Подтвердили, что узел доброкачественный, что же делать дальше? Просто регулярно ходить к врачу и наблюдать его. Хирургические вмешательства здесь неуместны. Ограничиваемся повторным УЗИ: сначала каждые шесть месяцев; потом, при отсутствии роста узла, один раз в год; дальше и того реже. Повторять биопсию надо, только если узел быстро растет. До последнего времени в стандарт лечения входила подавляющая терапия гормонами щитовидной железы. Действительно, ТТГ обладает мощным стимулирующим действием на ткань железы, и, давая пациенту гормоны, мы снижаем выработку ТТГ, снимая стимулы к росту узла.

Но, как оказалось, не так уж и много узлов отвечают на такую терапию, а побочные действия гормонов часто ухудшают жизнь, особенно



пациентам с заболеваниями сердца (сердцебиение, аритмия, повышение давления). Поэтому Американская ассоциация по проблемам щитовидной железы больше не рекомендует подобный подход.



### *Заметки на полях*

...

*В американских клиниках с помещениями там очень туго, кабинеты обычно без окон. Окна только в палатах, поэтому в коридоре постоянно горит свет, и где-то в торце такие же часы, как в подводной лодке, – на двадцать четыре деления, чтобы было понятно, какое время суток.*

*Белого света не видишь. В широком смысле этого слова, потому что врачи в Америке годами вообще не ходят в отпуск, даже двух дней в году не могут себе позволить – чтобы не потерять клиентов и не упустить заработок.*

*И я так жил. Но однажды ранним утром несусь с пробиркой в руке, и вдруг до меня доходит, что я тридцать шесть часов на ногах, а все еще куда-то бегу... Остановился на полном скаку и подумал: «Господи, зачем мне все это?» Тут же и решил, что пора возвращаться.*

*Коллеги отговаривали. Мол, ты сошел с ума, понимаешь ли, куда едешь, что теряешь... А что я теряю? В госпитале с темна до темна, два часа на дорогу туда и обратно, вот и вся жизнь. Считайте, говорю коллегам, что вы уже умерли, и не важно, когда ваша смерть произойдет физически, потому что ничего вы больше не увидите и ничего больше в вашей жизни уже не случится. А я еще подержаюсь! И теперь у меня другие планы: сделать так, чтобы наша медицина была не хуже американской.*

Повышенная функция щитовидной железы тоже является заболеванием, это – гипертиреоз. Оно проявляется повышенной раздражительностью, сердцебиением, потливостью, непереносимостью холода или жары, снижением веса. При этом гормоны щитовидки повышены, ТТГ резко снижен.

У нас очень распространено хирургическое лечение этого заболевания, а за рубежом к проблеме подходят более взвешенно. Выбор лечения всегда должен проводиться совместно с пациентом. Это может быть лекарственная терапия, или лечение радиоактивным йодом, или все-таки хирургия. Препараты позволяют довольно быстро достичь нормального уровня гормонов, но принимать их надо постоянно. Некоторые из них

можно применять даже при беременности.

Лечение радиоактивным йодом почему-то в нашей стране почти совсем недоступно. А ведь был же он в достатке в советское время, я, тогда аспирант, отлично это помню. Выпивает пациент 50 г – и щитовидная железа прекращает свое функционирование навсегда. Конечно, потом приходится замещать отсутствие гормонов щитовидной железы таблетками, но то же самое приходится делать и в случае хирургического вмешательства. Правда, такой вариант неприемлем тем, кто вскоре планирует беременность.

Основной проблемой **хирургии** является риск случайного удаления паращитовидных желез, которые тесно спаяны со щитовидкой. Тогда в организме резко падает уровень кальция, и начинаются реальные проблемы.

В любом случае, независимо от выбранного метода лечения до наступления нормализации уровня гормонов, пока есть клинические проявления гипертиреоза, необходимо принимать так называемые бета-блокаторы – препараты типа атенолола, обзидана (пропранолола).

#### **IV. О чем лучше подумать заранее? Превентивная медицина**

1. Вторичное курение
2. Загар
3. Прививки для взрослых
4. Путешествия
5. Раннее выявление онкологии
6. Спорт и пищевые добавки
7. Фруктовые и овощные соки

#### **Вторичное курение**

Удивительно, но термин «вторичное курение» впервые появился в нацистской Германии в 1939 году, когда там велась глобальная пропаганда здорового образа жизни нации. Серьезные исследования этой проблемы проводятся не первый год и продолжают по сей день.

Ученые измеряли количество угарного газа и количество продуктов сгорания на рабочих местах, в домах; сравнивали, как обстоит ситуация в помещениях, где люди курят и где нет. У курильщиков и некурящих брались биомаркеры, сравнивалась концентрация канцерогенов и производных никотина.

По результатам был накоплен огромный статистический материал. В этом глобальном исследовании участвовала 31 страна! **Доказанный факт:**

**любой вид табака и любой вид курения, как активное, так и пассивное, вредны для здоровья человека!**

С 2006 года вторичное курение в мире признано источником канцерогенов, которые провоцируют рак легких. Против официального признания этого факта пытались бороться табачные компании, но их действия были довольно жестко пресечены Верховным судом США, постановившим, что это – умышленный обман и мошенничество. С тех пор все разговоры о том, что курение не так уж и вредно, прекратились, и этот вопрос больше не дискутируется.

Конечно, в частном порядке многие продолжают оспаривать этот факт, но общий принцип сомнению не подлежит. Слишком много ему подтверждений.



*Заметки на полях*

...

*Французы реально борются с курением. Если в первые годы, когда стали запрещать курение в общественных местах, было ужасно: люди стряхивали пепел на пол, бросали окурки, то сейчас, когда уже ввели огромные штрафы, стало все по-другому. Однажды я видел одного нашего человека, который хотел закурить в известном парижском кафе. Ему сказали, что здесь курить нельзя. Он в ответ предложил за возможность нарушить запрет 500 евро. Отказ. Он довел сумму до 5 тысяч евро, но его все-таки вывели за нарушение общественного порядка.*

*За ваши деньги – любые причуды?!!*

Когда-то я был аспирантом в институте кардиологии, где всерьез занимались проблемами, связанными с курением. Еще тогда меня удивило, что в продуктах сгорания табака есть испарения бензина. Человек, сидящий в прокуренной комнате, получает столько же паров бензина, сколько, если бы он сидел на бензозаправке!

Эгоизм тех, кто курит, не может не вызывать возмущение. От пассивного курения заболевает 6 млн человек в год. При этом наивно думать, что, просто физически разделив помещения на те, где курить можно и где нельзя, мы кардинально исправим ситуацию. Фильтры в вентиляции задерживают всего 20 % вредных веществ, поэтому производные никотина находят у некурящих жильцов 5-го этажа в таком же количестве, что и в соседней с курильщиком комнате на 1-м этаже!

За рубежом даже есть понятие «больной дом» – с большой

численностью проживающих курильщиков, которые чаще попадают в госпитали. В Калифорнии во многих жилых зданиях запрещено курить даже в квартирах. Во многих штатах жена имеет право развестись с курящим супругом (и наоборот!).

## 2. Загар

Загар – это красиво и модно, но вредно. Но мы уже так привыкли, что все, что нам нравится, обязательно осуждается нашими докторами, что многие их полезные рекомендации пропускаем мимо ушей, словно малые дети. Наберитесь терпения, поделюсь некоторыми полезными фактами.

Сначала немного из докторского репертуара: ультрафиолетовое излучение А и В является мощным фактором для старения кожи, повреждает ее ДНК и может вызывать онкологию – от довольно благоприятного рака кожи (диковато звучит – «благоприятный рак») до агрессивной меланомы. Это доказанная вещь.

А теперь обещанные интересные факты. Популярный у нас солярий – искусственный загар – запрещен в Европе и Америке для лиц моложе 18 лет, потому что в соляриях доза облучения раз в 15 больше, чем в полдень на пляже где-нибудь в приморской стране. А у детей и молодых людей дозы облучения имеют свойство накапливаться и аккумулировать свое патогенное действие. Миф, связанный с загаром: люди убеждены, что если они несколько раз сходили в солярий или побывали на открытом воздухе и уже загорели, то им на пляже ничего не грозит. На самом деле дерматологи оценивают уже существующий загар как защитный фактор, равный солнцезащитному крему с SPF 3, всего лишь 3, т. е. совсем низкий. Поэтому уже обладающие загаром люди все равно должны пользоваться сильными солнцезащитными кремами.



Заметки на полях

...

*Недавно вышла статья о том, что в Америке в южных штатах рак кожи чаще встречается у людей именно на левой руке, т. е. той, что ближе к боковому стеклу при вождении автомобиля, потому что ни боковые, ни задние стекла не защищают кожу в достаточной степени.*

Люди ошибочно думают, что если они едут в машине, то стекла автомобиля спасают их от солнечной радиации. Оказывается, что защищает только лобовое стекло, а через боковые стекла человек хватает большую

долю ультрафиолетовых лучей – тех самых, которые повреждают ДНК кожи и вызывают рак.

Еще многие убеждены, что они защищаются от вредного солнца, надевая майку или рубашку. Ничего подобного: защита кожи тканью от ультрафиолета равна всего лишь крему с SPF 3... Да, ты не сгораешь, загара нет, а радиация проходит. А если рубашка мокрая, тогда вообще нет никакой защиты. Так что без крема – никуда. Крем и еще раз крем!

Некоторые считают, что если они от природы смуглые, то это уже является определенной защитой от радиации. Но есть исследования, которые опровергают это мнение.

Допустим, в Испании что белые, что «приятно смуглявые» болеют с абсолютно одинаковой частотой как меланомой, так и раком кожи. Даже негры, или, как ТАМ говорят, афро американцы, точно так же подвержены этим заболеваниям и точно так же должны применять для профилактики солнцезащитные кремы.

Конечно, заболевания вызывают только избыточные солнечные ванны. В малых дозах солнечный свет весьма полезен. Он оказывает благотворное психологическое воздействие, например основное количество душевных заболеваний обостряется как раз на фоне сумрака, во время длинной зимы с отсутствием солнечных дней. Без солнечного света нарушается синтез витамина D и обмен кальция.

Но поскольку подавляющее большинство населения нашей страны живет вне зон значимого дефицита солнца, то мы часто подвергаемся его переизбытку. Поэтому ни в коем случае нельзя пренебрегать косметическими средствами, которые содержат той или иной степени солнцезащитный фактор.

Имейте в виду, что цифры на креме не отражают его мощности линейно. Возьмем крем с SPF 15 и крем с SPF 30. Казалось бы, что 30 защищает в два раза сильнее, чем 15. Нет! SPF 15 защищает на 90 %, а SPF 30 – на 97 %, а SPF 50 – на 98 %.

Но даже те, кто использует крем, делают это неправильно. Для эффективной защиты необходима определенная концентрация крема на коже. Если пересчитать норму крема на площадь тела, то получится, что средней упаковки крема должно хватать не более чем на три раза.

При этом не очень обращайтесь внимания на надписи, уверяющие, что крем устойчив к действию воды. Пробыли в воде 20 минут? Мажьтесь по новой!!!

### **3. Прививки для взрослых**

Любой взрослый человек, особенно женщина в детородном возрасте, должны быть уверены, что им были сделаны **прививки от свинки, краснухи и кори**. Если в советские времена корь была сведена к минимуму, то сейчас мы пожинаем последствия антипрививочного движения идиотов и сталкиваемся с этим заболеванием постоянно. Многие инфекции завозятся приезжающими на работы из ближнего зарубежья, поэтому очень важно, чтобы наше коренное население обладало надежным иммунитетом – единственным способом погасить вспышку инфекции (см. «Календарь прививок для взрослых», с. 267).

Если женщина собирается рожать, то для нее, а особенно для ее плода, важно, чтобы будущая мать была привита от всевозможных инфекций. Как раз сейчас подросли дети тех, кто в свое время очень активно кричал, что прививки – это вред.

Я уже не раз говорил, что отказ от прививок с точки зрения медицины совершенно недопустим. Не хотите прививаться сами – это ваш выбор и ваше дело. Но ребенок еще не может принять решение самостоятельно, поэтому мы должны его защитить.

Дети не болеют массово только потому, что обстановка в стране пока достаточно благоприятная. Но, чтобы избежать вспышки, надо, чтобы минимум 70 % населения было привито. А у нас число вакцинированных стремительно сокращается! И если сейчас пойдет вспышка заболевания, которую принесут в страну извне, то мы беззащитны.

Каждая женщина мечтает о здоровом ребенке. Но представьте, что кто-то на будущую маму чихнул, а она не была привита. Ее плод либо погибнет, либо родится со страшными уродствами. Легкомыслие и недалекость некоторых мамаш 20 лет назад привела к тому, что сегодня мы ходим не защищенные иммунитетом и рожаем уродов.

...

*Если женщина собирается рожать, то для нее, а особенно для ее плода, важно, чтобы она была привита от всевозможных инфекций.*

Чтобы этого не случилось с вами, сходите в поликлинику, сдайте кровь на анализ, выявляющий наличие антител к краснухе, свинке и кори. На самом деле, есть два варианта: или вы проверяетесь на наличие иммунитета и при его отсутствии прививаетесь, или не делаете никаких анализов и тоже прививаетесь, тем более если точно не помните, была ли прививка сделана вам ранее. Даже если послепрививочный иммунитет у вас есть, еще одна доза вакцины не сделает вам ничего плохого.

Следующая обязательная вакцина – против пневмококка – бактерии,

которая вызывает воспаления легких и среднего уха. Много детей страдают от этих заболеваний. Пневмококк вызывает среди прочих болезней и менингиты. Пневмококк очень опасная инфекция, уносящая тысячи жизней, поэтому привиться надо обязательно, особенно тем, у кого была удалена селезенка, например в результате травмы.

Селезенка – это тот орган, в котором пневмококк разрушается, люди с удаленной селезенкой становятся вообще беззащитными перед этой инфекцией.

Другая жизненно важная для всех вакцина – от менингококка. Эта бактерия находится не только вокруг, но и внутри нас. У каждого человека нормальная микрофлора в носоглотке содержит менингококк. Он там живет до тех пор, пока все хорошо и спокойно. Но когда что-то в организме нарушается, менингококк становится злым и агрессивным. И тогда начинаются вспышки менингита – среди школьников, солдат и т. д.

Конечно, те прививки, о которых я упоминал выше, сегодня не везде делаются бесплатно. Но речь идет о сумме, намного меньше, чем вы оставляете денег за одно посещение в продуктовом магазине. Один раз на всю жизнь можно позволить себе прививку. Поэтому не надо вставать в позу: «Ах, государство меня не обеспечивает, я не буду прививаться!». Болеть-то потом придется не государству, а конкретно вам.

Обязательно надо быть привитым от гепатита Б. Болезнь коварна тем, что легко переходит в хроническую форму. От гепатита А прививка тоже не будет лишней. Конечно, от него не умрешь, но тоже нет ничего хорошего, приехав на море, просидеть весь отпуск на горшке или пролежать в инфекционном отделении где-нибудь в Египте или Турции! А вот от гепатита С вакцины, к сожалению, пока не существует.

Людям старше 65 лет необходима прививка от вируса герпеса. В юности мы бодем ветрянкой, потом вирус прячется у нас в нервной системе и ждет своего часа. Обычно этот час и наступает в относительно пожилом возрасте, и к этому надо быть готовыми. Ведь на этот раз вирус может и не быть таким безобидным, как в детстве!

Если упомянутые прививки делаются один – три раза, то вакцинацию **от столбняка** необходимо освежать каждые 10 лет. Заразиться этой смертельной болезнью можно, даже уколовшись о шип розы! Никто из нас не защищен от случайных травм и порезов, а для невакцинированного человека любой пустяк может обернуться кошмаром!



...

*Я работал в Африке в детском отделении. В большой зал я размещал мамаш с детьми, больными корью. Поднимаешься туда, чтобы зафиксировать смерть, и видишь комнату, в которой 50 детей и примерно 20 мам.*

*Стоит повальный хрип – они хрипят и задыхаются. Пока ты занимаешься одним ребенком, двое или трое рядом уже умерли. На всех не хватает вентиляторов искусственного дыхания. Ты беспомощно мечешься, а дети умирают на твоих глазах. Мне до сих пор это снится ночью. Тех мамаш, которые выступают против прививок, я бы изолировал от детей и лишал прав материнства!*

Современная медицина совершает прорыв. Как уже упоминалось выше, появилась первая и единственная пока в своем роде прививка от рака шейки матки. Но она опять принимается населением в штыки, как дурь и отравка. Сегодня появилась реальная возможность предостеречь наших детей от третьего по частоте онкологического заболевания. Зачем опять становится в позу и брызгать слюной? Пойдите и сделайте прививку. Сейчас рекомендуется делать ее девочкам с девяти лет.

Вакцина, которая с большим трудом была найдена и принята, еле продвигается из-за непонимания и тупости некоторых граждан. Они читают низкого качества статьи в Интернете, ссылаются на переводные публикации. Действительно, и в Америке есть эта протестная волна, ведь безграмотные люди и дураки есть в любой стране.

Прививки практически не имеют противопоказаний ни у взрослых, ни у детей. Даже наличие повышенной до 38 °С температуры не является противопоказанием. (Другое дело – зачем ее делать при температуре?! В Америке делают, чтобы пациент не приходил лишний раз!) Покраснение на месте укола, припухлость, ощущение озноба – нормальная реакция. Прививка может быть сделана даже при приеме антибиотиков. Даже аллергия на яйца (если это только не анафилактический шок) тоже не является противопоказанием для прививки.

В настоящее время разрабатывается и находится на клинических испытаниях вакцина от гипертонии. Поскольку гормоны почек регулируют артериальное давление, вакцинация, которая определенным способом действует на эти факторы в почках, снизит уровень гормонов и предохранит от гипертонии. Скоро нам не нужно будет принимать горстями таблетки от этой болезни.

Но я уверен, что обязательно появятся «умники», которые будут



заявлять, что это вредная прививка. Что они не будут давать обогащаться фармацевтическим компаниям, что будут лечиться «мочой молодого поросенка» или подорожником, настоящим на водке. Да, после стакана водки им, может, и станет хорошо, но очень ненадолго.

Мы губим будущее медицины своей тупостью. Родители отказываются делать прививки, и в результате ребенок умирает от банального гриппа и кори. Если кто-нибудь из них увидел бы, как умирают от кори дети, он бы привил и себя, и своих, и соседских детей, а потом ходил бы с плакатами, чтобы прививались все вокруг!

Конечно, я горячусь, но взгляните на ситуацию со стороны: от тупости таких людей страдают в первую очередь дети! Если у них ограниченные родители, это не значит, что дети не должны получать нормальную медицинскую помощь. Раньше в школах проводилась обязательная вакцинация. Сейчас она тоже вроде как есть, но из всего класса на прививку идут два-три человека, так как родители остальных пишут отказ. Увы, они сегодня имеют на это право!

#### **4. Путешествия**

Сейчас многие люди, отправляясь путешествовать, выбирают экзотические направления – едут в Африку, Азию, тропические страны, часто забывая об элементарных профилактических мерах, которые надо предпринять, отправляясь в чужую страну.

Если вам рекомендовано перед поездкой в ту или иную страну сделать прививку, например от желтой лихорадки, не поленитесь, сделайте. Стоит смешных денег и не больно, а смерть от желтой лихорадки неизбежна и мучительна.

Если умные люди говорят вам, что надо принимать таблетки от малярии, то принимайте их. Я лично перехоронил множество наших соотечественников, скончавшихся от малярии. Счет идет на сотни жертв. Приезжают работать или отдыхать, а лекарства не пьют. Кусают их комары, кусают, а защититься организму нечем. Учтите, эти комары нашим не чета. Наш комар надсадно подлетает, тяжело садится, по тебе идет-топает, ты его сразу чувствуешь и успеваешь прихлопнуть. А их комар маленький, его не видно и не слышно. На коже укуса не чувствуешь, даже не заметишь. А кусает он в основном в ночное время, поэтому надо спать под пологом, брызгаться средствами, принимать лекарства и т. д.

Еще наши соотечественники любят полежать на песке в тропиках. Не понимают, что через кожу забираются такие паразиты, которые потом проникают в почки и печень. Через несколько месяцев такие горе-

курортники начинают п'исать кровью. Никогда не заходите в пресную воду в экзотических странах – там кого только нет! Пираньи из фильмов ужасов (настоящие безобидны) просто милые домашние черепашки по сравнению с ними! Мойте многократно все, что употребляете в пищу! Не ешьте мороженое: неизвестно, из какой воды оно сделано, уж точно не из кипяченой (как и лед)! Просто помните об этих элементарных правилах личной безопасности. Мы думаем, что там все так же, как в России, только тепло и негры. Как бы не так!!!

## **5. Раннее выявление онкологии**

В нашем обществе сложилась необъяснимая, иррациональная боязнь онкологии. Основная причина, по которой человек не идет к врачу, – это страх, что у него «что-то найдут». По себе скажу, действительно, когда идешь к врачу, всегда немного тревожно, пока дожидаясь результатов анализов. Потом с облегчением вздыхаешь – слава Богу, все в порядке!

С другой стороны, эта боязнь почему-то никак не влияет на наше поведение. На самом деле, рак – одна из тех болезней, которые в большинстве случаев можно предотвратить. Это давно поняли за рубежом и ведут глобальную пропаганду здорового образа жизни. Теперь, когда накоплен огромный опыт борьбы с раковыми заболеваниями, колоссально возросла ценность превентивных мер.

40 % всех видов рака связано с курением, 20 % – это неправильное питание, наше увлечение мясом, отсутствие овощей и фруктов в рационе. На алкоголь приходится всего 5 %. В частности, алкоголь опасен даже в малых дозах женщинам, так как он провоцирует развитие рака груди.

Еще 10 % причин рака приходится на физическую пассивность. Человек с малоподвижным образом жизни склонен к ожирению, диабету. Оба эти заболевания, по сути, предраковые состояния.

Еще за 15 % случаев ответственны инфекции. Уже доказано, что, например, рак шейки матки вызывает вирус папилломы человека. Поэтому рекомендуется прививать специальной противовирусной вакциной всех девочек с 9 лет. Не так давно в рекомендации вошла и вакцинация мальчиков с 11 лет. Непривитые являются своего рода резервуаром инфекции с последующей угрозой распространения.

Рак, или злокачественная лимфома, желудка связана с бактерией Гелиобактр Пилори, вызывающей язву желудка.

Доктора, которые в конце прошлого столетия доказали, что язвенная болезнь желудка – это инфекционная болезнь, получили Нобелевскую премию.

С этой бактерией связана и онкология. Бактерия живет в желудке человека и вызывает повышение кислотности и другие изменения слизистой. Распространена она настолько, что на территории бывшего Советского Союза обнаруживается у семи из каждых десяти человек. Конечно, язва и онкология бывают не у всех них. Но столь высокая распространенность вызывает настороженность.

Когда открыли Гелиобактр Пилори, в США цифра была аналогичной – 70 %, но сейчас она снизилась до 30 %. Это большая победа. Снижается присутствие бактерии очень простыми мероприятиями. Бактерия передается от человека к человеку, поэтому соблюдение элементарных правил гигиены, мытье рук, гигиена в местах общего пользования приводят к снижению уровня зараженности.

...

*На самом деле, рак – одна из тех болезней, которые в большинстве случаев можно предотвратить.*

Другой пример, когда онкология может провоцироваться инфекционным заболеванием, – вирусный гепатит. Хронический вирусный гепатит С и гепатит В при неблагоприятном исходе заканчиваются циррозом и перерождением в рак печени. Связи можно перечислять и дальше – вирус Эпштейн – Бара, энтеровирусы и многие другие, но понятно уже и так: профилактика инфекций одновременно является и профилактикой онкологических заболеваний.

Мы можем многое сделать, чтобы предотвратить то, чего так боимся.

Мы можем (и должны) **бросить курить**, перестать травить себя и окружающих.

Мы можем (и должны) **ограничить употребление алкоголя**.

Мы можем (и должны) не переедать и **питаться правильно**.

Мы можем (и должны) **соблюдать элементарные правила гигиены**.

Мы можем (и должны) **заниматься физическими упражнениями** не менее 40 минут не реже пяти раз в неделю. Если бы меня попросили назвать только один фактор, доказано и реально продлевающий жизнь, я бы сказал, что это – физическая нагрузка.

Раннее выявление рака – задача непростая. Для этого используется скрининг: берется здоровый человек и обследуется с целью найти доклинические проявления онкологических заболеваний или предпосылки к ним. Но не все так просто. По состоянию каких-то органов мы понимаем, что надо делать, а по каким-то часто находим то, с чем потом не знаем, что делать.

Ни у кого не вызывает сомнения необходимость такой процедуры, как колоноскопия – исследование толстого кишечника в целях выявления предраковых полипов, помогающее предотвратить появление рака и в конечном счете спасающее жизнь. По современным стандартам колоноскопия должна быть проведена любой женщине или мужчине в возрасте от 50 лет.

После получения нормального результата это исследование повторяется каждые пять лет, за исключением тех людей, у которых в роду имели место заболевания толстой кишки. Для них исследование делается на пять лет раньше, чем это было у ближайшего родственника. Например, если у отца был рак прямой кишки в 45 лет, значит, его сыну колоноскопию надо делать в 40 лет.

Когда мы говорим о причине рака, огромное значение приобретает наследственность. В некоторых видах рака она играет не просто важную, а определяющую роль. Классический пример – рак молочной железы. Предрасположенность к нему может передаваться определенными генами, часто вместе с предрасположенностью к раку яичников.

Раком желудка чаще страдают люди со второй группой крови. А первая группа крови предрасполагает к язве желудка. Но склонность к онкологии не передается по простому правилу Менделя (чешский средневековый монах опытами скрещивания гороха выявил правила наследования). Склонность – это повышенная вероятность к возникновению заболевания при прочих отягощающих факторах.

Многие пациенты возмущаются: «Как же так? Мой дедушка пил, курил и дожил до 90 лет!». Дедушка дожил до такого почтенного возраста благодаря своей генетической защите. То, что дал нам Господь через наших родителей, надо воспринимать с благодарностью. Если у вас сильная генетика, вам еще может повезти. А если она слабая и вы курите, пьете, объедаетесь и мало двигаетесь, то не повезет со здоровьем однозначно.

Самое частое онкологическое заболевание, которое встречается у женщин, – рак груди. Лидирующее место среди смертности от рака как у мужчин, так и у женщин до последнего времени занимает рак легкого, при наличии главного фактора – курения. Даже если выявляется рак легкого у не курильщиков, то, как правило, это последствия их пассивного курения.

Рак груди – это как раз то заболевание, в котором огромную роль играет наследственность. Наличие определенного гена иногда повышает опасность заболевания раком до 80 %. Если у женщины мама и(или) бабушка болели раком груди, ей обязательно надо сделать анализ на наличие этого специфического гена.

...

*В каком возрасте женщине надо начинать делать маммографию? Российский врач вам скажет – с 35 лет. Эта неверная рекомендация провоцирует дикое количество ложноположительных ситуаций. Если женщина делает маммографию после 50 лет, ее ценность многократно повышается.*

При положительном результате женщине иногда предлагают профилактически удалить грудь. Что и сделала Анджелина Джоли. При современном уровне развитии пластической хирургии не суть важно то, что у тебя под кожей – собственная ткань или протез. Поэтому я не осуждаю Джоли, я не уважаю тех, кто вокруг этого поднял шум. Встаньте на ее место: 80 %...

К факторам риска (см. «Факторы риска для рака груди», с. 264) относится и ожирение. Жирная пища и воздействие эстрогенов – женских половых гормонов, как доказано, сопутствуют раку груди. Если у женщины рано началась менструация и, соответственно, гормоны стали вырабатываться тоже рано, а потом менструация закончилась поздно, то она на несколько лет дольше находится под воздействием эстрогенов.

Печально, но чем длиннее отрезок активной женской жизни, тем больше у нее шансов расплатиться за это раком груди. Здесь же можно упомянуть и о вреде отсутствия в жизни женщины родов – монахини часто страдают раком груди. Родили? Как можно дольше (не менее полугода) кормите ребенка грудью, это отличная профилактика рака груди.

В каком возрасте женщине надо начинать делать маммографию? Российский врач вам скажет – с 35 лет. Эта неверная рекомендация провоцирует дикое количество ложноположительных ситуаций. У нас у любой женщины находят мастопатию. Почему? Дело в том, что у молодой активной женщины ткань груди настолько плотная, то за ней ничего не увидишь и никогда не отличишь – норма это или патология.

Из-за огромного количества ложноположительных результатов врачи стали задумываться: а нужна ли нам маммография? Из 1000 женщин что-то действительно находится у одной, но 999 женщин будут не спать ночами, переживать, что у них мастопатия, которая похожа на рак, а вдруг это рак и есть?!!

Анализируя эти ложноположительные результаты, медики заметили, что все они разбиваются по возрастным группам. Если женщина делает маммографию после 50 лет, ее ценность многократно повышается. От 40 до 50 лет – вопрос всегда спорный. Маммографию как метод скрининга

раньше 40 лет серьезные медицинские ассоциации даже не обсуждают.

Обычно раньше 50 лет проводят скрининг (обследование здоровой женщины), только тем, у которых есть серьезные предпосылки: если при пальпации что-то прощупывается, или женщина курит, или у нее ожирение, отягощенная наследственность. Во всех остальных случаях маммография делается только после 50 лет, это установка западной медицины.

У нас в России пока все еще не до конца оценили все потери, связанные с огромным количеством ложноположительных результатов, и рекомендуют начало скрининга с 40 лет. Будем радоваться, что хоть согласились, что самоосмотр, который когда-то рекомендовали, делать не нужно. Диагностической ценности от него никакой, он только приводит к тому, что коридоры в поликлиниках забиты тысячами встревоженных женщин.

**А вот тщательный осмотр груди врачом никто не отменял!** Если вас не осмотрели и сразу направили на маммографию – это ошибка! До 20 % случаев обнаруживаются при осмотре по специальной методике, и они при этом не видны на маммографии!

Раньше, когда у женщины выявляли рак груди, удаляли всю молочную железу, малую грудную мышцу и порядочный кусок в области подмышки. Пациентка оставалась с грубым шрамом и отеком руки. Современная техника операции совсем иная: вначале удаляется только сектор, где конкретно найдена опухоль. Ее тут же на столе исследуют, определяют, злокачественная ли она и что с ней делать. Одновременно может ставиться протез.

Комплексный метод лечения включает в себя физическое удаление узла, химиотерапию и радиацию. Этот процесс надо обязательно довести до конца! Я часто вижу, как пациенты после операции не идут на радиацию. И зря! Излучением убивают микроскопические частички опухоли, которые мы не видим (см. также «Как снизить риск рака груди», с. 267).

Если с колоноскопией и маммографией все более-менее ясно, то ситуация со скринингом **рака яичников у женщин и простаты у мужчин** совсем другая! Когда-то всех женщин поголовно отправляли на УЗИ, и у многих находили изменения! Конечно, увеличенный яичник выглядел очень подозрительно. Делался анализ крови на онкомаркеры – определенные антигены, которые имеют склонность увеличиваться при некоторых видах рака. Если и эти параметры оказывались повышенными, то диагноз рака казался очевидным, и таких пациенток отправляли на операцию.

Но из одиннадцати женщин рак в итоге подтверждался только у одной! Десяти женщинам делалась операция, чтобы выявить рак только у одной из них! При таком раскладе скрининг на рак яичников оказался неэффективным и нерациональным, поэтому теперь обследуются только женщины высокого риска, например с отягощенной наследственностью.

Похожая история у мужчин со скринингом на рак простаты. С 90-х годов прошлого века благодаря повсеместному определению ПСА (специфический антиген простаты) это заболевание стали выявлять на порядок чаще, чем раньше.

Однако потом спохватились: смертность от него практически не сократилась, сколько мужчин от него умирало до эпохи скрининга, столько и продолжало умирать. Затрачиваются колоссальные деньги на обследование миллионов пациентов, выявляется рак простаты на самых ранних стадиях, делаются операции, а смертность почти не снижается. Как это происходит сейчас? В значительном количестве случаев после такой операции мужчина становится импотентом, у него развивается недержание мочи. Получается, что, если бы мы ничего не сделали, шансы, что выявленный рак простаты разовьется до клинически значимой формы или останется на прежнем уровне: 50 на 50. Поэтому за рубежом при выявленном раке простаты помимо радиации и операции пациенту предлагают еще и такой вариант, как активное наблюдение – ожидание, разовьется болезнь во что-то большее или нет.

Соглашусь, звучит диковато, когда человеку говорят, что у него рак, рекомендуя ждать и ничего не делать. Но я помню еще со студенческих лет, как нам говорили, что на вскрытии у половины 70–80-летних мужчин был обнаружен рак простаты, т. е. с этим заболеванием можно вполне дожить до глубокой старости.

Выше уже упоминалось, что один из тех видов рака, который можно предотвратить, – это рак шейки матки. Сегодня появилась вакцина, предохраняющая от заражения вирусом папилломы человека. В мире раком шейки матки болеют 400 000 женщин, это 200 000 смертей в год.

Зараженность вирусом папилломы человека особенно высока у тех женщин, которые рано начали вести половую жизнь и меняли много половых партнеров. 80 % женщин сталкиваются с этим вирусом в первые годы половой жизни, но, по счастью, большинство «сбрасывает» вирус впоследствии.

Хочется надеяться, что с распространением новой вакцины рак шейки матки отойдет в прошлое. А пока ежегодный мазок на так называемый ПАП-тест является обязательным для женщин с 18 до 65 лет, помните об

этом (см. «Вирус папилломы человека и рак шейки матки», с. 265)!

Нельзя не упомянуть про эрозию шейки матки. Почему-то она у нас считается чуть ли не предраковым заболеванием. На самом деле это вообще не болезнь. Даже название неправильное: не эрозия (язвочка), а эктопия, т. е. расположение не на своем месте. Эпителий, который должен находиться в шейке матки, выходит за пределы канала наружу. Он видится при осмотре немного по-другому – более нежный, иногда может воспалиться, например при использовании тампонов. Это как свежая кожица на руке после пореза, которая зажила, но очень еще нежная.

Никаким «предраком» эктопия не является (см. «Мифы об эрозии шейки матки», с. 265)! И ничего с ней делать не надо. А теперь откройте газеты: сотни предложений частных клиник по лечению эрозии шейки матки. Сотни, и за немаленькие деньги! Обидно за нас всех.

## **6. Спорт и пищевые добавки**

Речь пойдет не столько о спортивном питании, сколько о «подпольной фармакологии спортивного зала», назовем это так.

Сразу хочу оговориться, что я не спортивный врач и достаточно далек от этого. Выскажу точку зрения практикующего врача, который много десятилетий посвятил личной физической культуре.

Наверное, можно понять ситуации, когда профессиональные спортсмены прибегают к различным допингам, когда речь идет о колоссальных деньгах за победы, когда есть за что страдать, когда необходим результат «любой ценой». Большой спорт пока без фармацевтов не обходится. Но у меня такое впечатление, что в наших обычных спортзалах стали все больше прибегать к чему-то подобному.

Я не помню, чтобы раньше так откровенно абсолютно незнакомым людям предлагали на выбор один, другой, третий препараты! Сразу чуть ли не в первый день говорят, что то или иное упражнение у тебя не получится, что надо бы попить и поколоться. Причем колотся на глазах, в раздевалках, не скрываясь.

Уже считается неприличным не сожрать какого-нибудь L-карнитина. Тренировка не считается эффективной, если ты не принял специальный коктейльчик. Разводят людей на сумашедшие деньги: вот вам жиросжигатель, вот гормон роста, инсулин и анаболики!

Где те наивные времена, когда креатин считался максимально возможной добавкой! Совсем молодые люди, ребята по 16–17 лет, которым есть что терять, вовлечены в процесс массового потребления спортивных добавок.



Я понимаю, что молодежь отвлечь от этого очень трудно. Молодой парень приходит в спортзал, собираясь достичь результата тяжелым спортивным трудом, и видит, что все это можно сделать гораздо быстрее! Он хочет выглядеть сильнее, присесть с большим весом и т. д. Действительно, анаболики и гормоны дают четкий эффект: ты становишься гораздо быстрее, массивнее и больше. Трудно этому противопоставить нудные наставления!

Поэтому я просто предлагаю, чтобы люди располагали информацией о возможных побочных эффектах и задумывались, стоят ли того их результаты.

Конкретно **тестостерон приводит к угнетению половой функции**. Более того, если человек, принимавший тестостерон, потом захочет завести детей, то у него это просто не получится, потому что тестостерон, который внутри вырабатывается естественным путем, был подавлен.

Восстановление функции выработки собственного тестостерона занимает период от трех месяцев до нескольких лет. Мужчина становится бесплодным! Я уже не говорю про прыщавую жирную кожу, оволосение, уменьшение размера яичек!!! Использование человеческого гонадотропина для стимулирования выработки своего тестостерона так же вредно и бесполезно.

Гормон роста в спортзалах предлагается китайского производства, не синтетический, а из препаратов животного происхождения, с ним вы рискуете заразиться неизлечимыми заболеваниями. Многие добавки, которые мы по старинке считаем эффективными, давно сошли с мировой сцены. Например, L-карнитин сегодня рассматривается как вещество, резко стимулирующее атеросклероз.

...

*Анаболики и гормоны приводят к мужскому бесплодию. Я уже не говорю про прыщавую жирную кожу, оволосение, уменьшение размера яичек!!! Вам это надо?*

Бессмысленно тянуться за большим спортом в этом смысле: фармакология там куда изощреннее, и, уж поверьте, вам она будет не по карману! Вы пришли в зал или на стадион за здоровьем, зачем себя буквально гробить?

Собираетесь тренировать тело? Начните с мозга!

## **7. Фруктовые и овощные соки**

Соки – это вкусно! Но вы же помните формулу: «все, что вкусно, то,

скорее всего, вредно»! Как правило, фруктовые и овощные соки мы покупаем в магазинах. В овощных соках промышленного производства содержится колоссальное количество соли, особенно в томатном.

Россияне, как никакой другой народ в мире, потребляют огромный объем соли. (В Европе среднее суточное потребление соли – 6–7 грамм, у нас – 12!!!) В этом смысле у нас извращенный вкус, нормальная еда нам невкусна – недосол! Посмотрите, какие прохладительные напитки раньше заканчиваются во время полета на бортах самолетов различных авиакомпаний: на «AirFrance» оранж (апельсиновый сок), на рейсах американской «Delta» кока-кола, а на рейсах «Аэрофлота», конечно, томатный сок.

За свою любовь к соли россияне расплачиваются невероятным распространением гипертонической болезни и как ее следствие инфарктами, инсультами, сердечной недостаточностью.

Теперь о фруктовых соках. Почему они нам кажутся вкусными? Потому что они содержат колоссальное количество сахара. Фруктовые соки промышленного производства по количеству сахара не уступают пресловутой кока-коле! Свежевыжатые соки – другое дело. Однако не каждый желудок выдержит такое агрессивное по своему кислотному составу питье. Когда мы едим фрукты, то во время пережевывания слюна нейтрализует фруктовые кислоты, потом пережеванные кусочки частями проглатываются. стакан сока обрушивается на пустой желудок сразу.

Овощные свежеприготовленные соки, например капустный или свекольный, тоже не так полезны, как кажется. Преимущества перед потреблением в привычном виде овощей нет никакого, но могут быть некоторые побочные проблемы, например будет страшно пучить.

Некоторые принимают свекольный сок как слабительное, но, прежде чем делать это, надо внимательно разбираться в причине запоров. Если, не выявив причину запора и не изменив систему питания, пытаться разрешить проблемы свекольным соком или слабительными препаратами, то много чего неприятного может потом обнаружиться на колоноскопии...

Вообще, тема соков – это тема правильного рационального питания. Об этом можно говорить часами. Кстати, как-то мне аукнулась моя любовь порассуждать на эту тему. Я обычно обедаю на работе. Однажды приносят какую-то еду, открываю тарелку, а там зеленая фасоль разваренная и кусочек вареной рыбы... Я говорю: «Это что?». А мне в ответ: «Доктор, ну Вы же сами говорите, что фасоль и рыба – это полезно! Ешьте, пожалуйста!».

## **V. Лекарства, которые мы выбираем**

1. Аспирин и панангин
  2. Витамины
  3. Гормонально-заместительная терапия
  4. Иммуномодуляторы
  5. Обезболивающие
  6. Стволовые клетки
- 1. Аспирин и панангин**

Если коротко, то панангин – вранье. Это лекарство действительно содержит полезные микроэлементы, но очень в маленьких количествах. Поэтому как препарат для замещения калия он бесполезен. За справкой могу отослать читателей в Советский Союз к книге «Клиническая фармакология», написанной доктором Метелицей в 70-х годах. Уже тогда отмечалась неэффективность этого препарата как для лечения, так и для профилактики.

Для сердца нужны правильная диета, отсутствие курения, нормальный уровень холестерина и обязательная двигательная активность 40 минут в день. Мужчина должен хотя бы раз в день вспотеть. Вот все, что нужно для сердца. А препараты «для поддержания сердца» бессмысленны, они эксплуатируют нашу веру в волшебную таблетку.



Заметки на полях

...

*Все время вспоминаю писателя Д. К. Джерома, конкретно тот эпизод, в котором человек пришел с жалобой к доктору и тот выписал ему рецепт, который пациент, не глядя, отнес аптекарю. Аптекарь посмотрел и сказал: «Если бы у меня был пансион и гастроном, я бы смог вам помочь, а так нет». Человек взял обратно рецепт и читает: «Ежедневно 400-граммовый стейк, кружку темного пива, 40 минут прогулки на свежем воздухе и не забивать себе голову вещами, в которых ты ровным счетом ничего не понимаешь!». Про стэйк я бы еще поспорил, а так все очень правильно!*

Однако, говоря о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, нельзя не упомянуть аспирин.

Сначала объясню термины: вторичная и первичная профилактика. Вторичная – это когда болезнь сердца уже есть и аспирин принимают для

профилактики повторных приступов и осложнений. Тут взгляды всех докторов совпадают: аспирин в этих случаях необходим, и польза от него перевешивает риск возможных побочных явлений.

А они у аспирина есть. Это риск желудочно-кишечного кровотечения и повышенный риск кровоизлияния в мозг. Также возможна гиперчувствительность к аспирину, которая может проявляться астмой, ринитами, крапивницей. Риск желудочно-кишечного кровотечения особенно велик у людей в возрасте, у тех, кто уже перенес язву или эрозивный гастрит, и у тех, кто параллельно принимает гормоны или обезболивающие. Но когда аспирин необходим для вторичной профилактики, то польза перевешивает минусы.

Это же касается наличия сахарного диабета. Еще в 2002 году врачи договорились считать диабет аналогом ишемической болезни сердца – настолько велика угроза диабета для сердца – и лечится он в плане профилактике поражения сосудов так же (его даже называют «диабетическая болезнь сердца»!). Если больной не может принимать аспирин по вышеизложенным причинам, он должен пробовать другой препарат сходного действия, который блокирует слипание тромбоцитов, – клопидогрель или плавикс. Правда, у них свои побочные явления...

Первичная профилактика – это когда у человека еще нет никаких симптомов болезней сердца. Здесь в последнее время взгляды американцев и европейцев расходятся.

Американские медицинские ассоциации считают, что у лиц старше 50 лет аспирин:

1. Уменьшает риск развития инфаркта.
2. Уменьшает смертность.
3. Уменьшает риск онкологии, особенно рака кишечника (это хорошо доказанный факт, правда принимать аспирин надо годами).

Европейцы считают, что эти положительные факторы не всегда перевешивают риск кровотечения, и поэтому для первичной профилактики аспирин рекомендовать перестали.

Я попытаюсь сформулировать **показания для первичной профилактики** с учетом того фактора, что я все-таки доктор медицины США.

Я рекомендую принимать аспирин людям без признаков сердечных болезней людям, если:

1. Им 50 и более лет.
2. Есть сочетание нескольких факторов риска для ССБ: повышенный холестерин, повышенное давление, повышенный сахар, курение.

3. У них низкий риск желудочного кровотечения (отсутствие язвенной болезни в прошлом).

4. Есть семейная история рака толстого кишечника.

Раньше считалось правильным принимать аспирин в малых дозах: 70–100 мг, теперь доказано, что в плане риска кровотечения маленькие дозы не имеют предпочтения перед дозой 350 мг.

## **2. Витамины**

Витамины – это вещества, жизненно необходимые для нормального человеческого метаболизма. Поскольку витамины, за исключением витамина D, не могут быть синтезированы человеческим организмом самостоятельно, их необходимо употреблять для нормальной жизнедеятельности. Исторически хорошо известны болезни, связанные с дефицитом тех или иных витаминов: пеллагра, цинга, пернициозная анемия, рахит и многие другие. Многие годы наблюдается проявление гиповитаминоза (витаминовой недостаточности), особенно витаминов-антиоксидантов, связывали с ростом количества случаев атеросклероза, развитием многих видов рака и других заболеваний.

Этому есть многие теоретические и экспериментальные доказательства. На их основании стали широко применять синтетические витамины, часто в сочетании с минералами, для профилактики заболеваний.

Но прошло время, проведено еще большее количество исследований на огромном клиническом материале, и мы немножко пересмотрели свой подход к витаминам.

Витамины современной медициной рассматриваются и используются как лекарства. Не «витамины», не биодобавка, а реальное лекарство, которое используется для борьбы с состоянием гиповитаминоза. Других показаний, в том числе и в целях предупреждения болезней, у витаминов нет (см. «Витамины в профилактике болезней», с. 267).

...

*Здоровым людям, которые полноценно питаются обычными продуктами, доступными у нас в России, принимать какие-либо синтетические витамины в целях профилактики не надо!*

Сегодня считается, что при нормальных социальных условиях, в обычной, нормальной (с точки зрения европейца) диете содержится совершенно достаточное количество витаминов для поддержания здоровья, подчеркиваю, **ЗДОРОВОМУ** человеку. Если человек болен: алкоголик,

пациент с какими-то обменными нарушениями, нарушениями всасывания, тогда витамины даются ему в качестве лекарства.

Когда мы говорим о здоровых людях, которые полноценно питаются обычными продуктами, доступными у нас в России, то этим людям принимать какие-либо синтетические витамины в целях профилактики не надо! И не потому, что нам жалко! Были бы они безвредны – да и пейте на здоровье! Я сам еще в глубоком детстве столкнулся с тем, что витаминные драже могут быть небезобидны! Драже были кисло-сладкие, ну я и съел несколько за раз. Боже, как же у меня все зудело, как у меня крутило живот! Сейчас-то я понимаю, что это была аллергия на оболочку драже.

Но если бы проблема заключалась только в аллергии! Посмотрите на таблицу в этой главе. Впечатляет?!

Мы знаем, что дополнительное снабжение витамином А необходимо во многих бедных и неразвитых странах, чтобы предотвратить слепоту. Процессы зрения тесно связаны с ретинолом и витамином А. Существует очень много капель на их основе, таблетированные витамины, содержащие бета-каротен и ретинол. Бета-каротен и ретинол – это различные составные части витамина А.

Долгое время врачи надеялись, что он поможет вылечить катаракты и улучшить зрение. Однако появились работы, показывающие, что витамин А не только не предотвращает развитие катаракты, но и чреват очень серьезными побочными явлениями (имеется в виду синтетический витамин А, но не тот, который поступает с пищей).

Поскольку существуют упомянутые теоретические исследования о возможной связи гиповитаминоза и развития онкологии, идея дополнительного снабжения организма человека витаминами в целях предотвращения рака легла в основу многих клинических испытаний. Больным начали давать различные виды витаминов и смотреть, что происходит в течение ряда лет. В частности, давали составляющее витамина А – бета-каротин.

Когда стали приходиться первые результаты, доктора ужаснулись, и исследование пришлось остановить: через пять лет в группе лиц, которые получали бета-каротин, случаев рака легких стало значительно больше (правда, это касалось только курильщиков, некурящие раком легких почти не болеют). С тех пор мы понимаем, что бета-каротин связан с увеличением смертности от рака легких среди курильщиков. Это доказанный факт. Также хорошо известно тетрагенное (вредное) воздействие витамина А на плод (ребенок рождается с дефектами). У пожилых женщин витамин А усиливает остеопороз...

Неожиданные неблагоприятные результаты многотысячных, правильно проведенных исследований коснулись очень многих синтетических витаминов. В лучшем случае оказывалось, что ожидания, которые на них возлагались в плане профилактики заболеваний, не оправдывались.

Любимый всеми витамин С содержится в больших количествах во фруктах и в овощах. Он необходим для стимуляции иммунной системы, для строительства соединительной ткани, участвует в процессе заживления. Полагается, что витамин С может предотвращать простуду, до сих пор идут исследования на эту тему.

Похожими исследованиями занималась моя бабушка. Ее кандидатская диссертация в послевоенные годы была посвящена витамину С и его воздействию на иммунную систему и при простуде. С тех пор прошло немалое время, но, в принципе, мало что изменилось. Тогда было замечено, что витамин С в обычных дозах не предотвращает болезнь, но в больших дозах может сокращать ее продолжительность. В 50-х годах об этом писала моя бабушка, а сейчас американцы выдают это как нечто новое, подтверждая бабушкины выводы убедительным статистическим материалом. В отношении теории о снижении раковых заболеваний при приеме витамина С доказательная медицина (большие исследования, ретроспективные анализы, недавнее испытание на 15 000 человек) говорит следующее:

1. Никакого эффекта на предупреждение рака витамин С не оказывает.
2. В отношении сердечно-сосудистых заболеваний употребление витамина С тоже ничего позитивного, к сожалению, не дает.

Отдельно стоит поговорить про витамин Е. Медики много говорят про антиоксиданты, в частности про витамин Е, и рекомендуют его для предотвращения рака, сердечно-сосудистых заболеваний, инфекции.

Сначала от этого заблуждения отказались кардиологи. Несколько лет назад появилась «первая ласточка»: в рекомендациях съезда американских кардиологов был обозначен специальный параграф: «Мы больших не рекомендуем витамин Е для предотвращения сердечно-сосудистых заболеваний!». Чуть позже подоспели результаты исследований, которые убедительно показали, что витамин Е в больших дозах увеличивает смертность от всех причин, и в частности от рака и сердечно-сосудистых заболеваний!!! Был рассмотрен уровень заболеваемости людей: кто из обследуемых имел болезни и какие, сколько из них лежало в больницах, сколько умерло или ушло на инвалидность, кто из них принимал витамин Е. Полученные результаты сравнивали с контрольной группой.

## **ВЫВОДЫ:**

1. Прием витамина Е не дает никак перспектив в плане предотвращения рака. 2. Витамин Е может увеличивать смертность от разнообразных причин: онкология, атеросклероз, почечная недостаточность, диабет, кроме, пожалуй, тромбозов.

А сейчас помогите мне, я редко смотрю телевизор: у нас в стране по-прежнему идет реклама антиоксидантов и витамина Е?

**Витамины группы В**, которые нам жизненно необходимы, находятся в молоке, мясе, яйцах, зеленых овощах, листьях, бананах, орехах, картошке, во всех овощах. Проверка действия витаминов затронула и их. Ученые исходили из того, что теоретически витамины В могут понижать риск развития рака, так как вмешиваются в механизмы синтеза ДНК и восстановления разрушенного ДНК.



*Заметки на полях*

...

*Хорошо сказал один доктор, когда представитель фармацевтической компании доказывал полезность препарата и приводил в пример положительный результат в опытах с мышами. Врач ответил: «Я мышей не лечу!».*

К сожалению, на практике определить такую связь не получается, нет доказательств того, что прием синтезированных витаминов группы В является сколько-нибудь значимым в предупреждении рака. То же оказалось и в отношении сердечно-сосудистых заболеваний: экспериментальные доказательства предположения, что витамины группы В благотворно действуют на сосудистую стенку, не подтвердились.

Из всех витаминов, которые мы сегодня можем рекомендовать, **здоровым людям стоит обращать внимание на фолиевую кислоту и витамин D**. Фолиевая кислота содержится в овощах, особенно зеленых, мясе, зернах, орехах. На нее тоже возлагались большие надежды в области предотвращения рака, гипертонии, болезней сердца, снижения слуха и даже старческого слабоумия.

...

*Во время беременности женщинам рекомендуется принимать фолиевую кислоту: она снижает частоту врожденных дефектов нервной системы у плода.*



Современные данные клинических испытаний настолько противоречивы, что пока врачи воздерживаются от советов принимать фолиевую кислоту для предупреждения перечисленных заболеваний.

Однако фолиевая кислота рекомендуется беременным женщинам, но не для того, чтобы беременная женщина чувствовала себя лучше или для сохранения ее здоровья. Речь идет о здоровье будущего ребенка, о профилактике врожденного дефекта нервной системы плода. Доказано, что такие дефекты бывает значительно реже в случаях приема фолиевой кислоты. Витамин D – единственный из витаминов, который синтезируется организмом человека под воздействием солнечного света. Также витамин D содержится в таких продуктах, как молоко, рыба, яйца. Есть теоретическое обоснование применения этого витамина для профилактики рака и болезней сердца. Но их недостаточно, чтобы рекомендовать его прием конкретно с этой целью.

Тем не менее лицам с повышенным риском остеопороза, а значит, и переломов прием витамина D показан вместе с кальцием. Только нужна мера: в 60-х годах в Америке переборщили с добавлением витамина D в молоко, и в больницы стали поступать дети с очень высоким уровнем кальция в крови и судорогами.

Один из самых распространенных вопросов врачу: какие мультивитамины вы мне посоветуете для поддержания здоровья? Как я устал это слышать! Отвечаю еще раз: никаких! Здоровым людям, которые полноценно питаются, принимать поливитамины для предотвращения каких-либо заболеваний не надо!

Казалось бы, в поливитаминах содержание тех витаминов, которые по отдельности могут вызывать вредные последствия (витамин E, бета-каротин витамина A) находится в значительно меньших дозах, поэтому они будут более безопасны. Однако многие научные работы убедительно доказывают, что у некоторых людей вред может быть вызван даже маленькими дозами витамина A, потому что он является фактором риска для остеопороза – разрежения костей и переломов.

Более того, витамин A может быть тетрагенным (вызывает патологию плода), начиная от дозы всего в несколько единиц в день, поэтому производители сегодня уменьшили содержание витаминов A в мультивитаминах. Не знаю, что принимаете вы, но думаю, у нас по-прежнему продаются поливитамины с большим содержанием витамина A. И все беременные их принимают: как же, организм и ребеночка нужно поддержать!

Грустно все это... **Мультивитамины можно рекомендовать только**

**людям с определенными болезнями и алкоголикам, здоровым они НЕ НУЖНЫ!**

Говоря о витаминах, нельзя не упомянуть про вегетарианцев. В принципе врачи поддерживают вегетарианскую диету. Как-то в Америке один доктор-индус рассказал мне:

«Смотрите, все животные, которые пьют воду губами, травоядные. Хищники воду лакают. Человек – единственное животное, которое пьет губами, но ест мясо. Логично предположить, что Бог задумал нас травоядными, вегетарианцами».

Есть разные виды вегетарианцев: от очень строгих, исключаящих даже мед (ну да: пчела – животное!), до тех, кто позволяет себе принимать молоко и молочные продукты, есть рыбу, некоторые – еще и курицу, только мясо исключается полностью. Этот последний вариант самый оптимальный. Придерживаясь его, люди практически находятся на средиземноморской диете – той самой, которую проповедуют все врачи.

Строгим вегетарианцам необходимо периодически вводить витамин В12, потому что он содержится в большом количестве в мясе и рыбе, т. е. в тех продуктах, которые веганы себе не позволяют.



*Заметки на полях*

...

*Французы помешаны на еде и винах. У меня часто спрашивают: какова она, настоящая французская кухня? Я много лет работал во Франции, до сих пор живу на два дома, сын много лет живет и учится в этой стране. Для себя я давно понял, что такое французская кухня. Это не лягушки, там лягушек особо-то не едят. Это не суперкулинарные изыски, не та же пресловутая фуа-гра. Мне кажется, эти блюда больше ориентированы на туристов.*

*Для меня французская кухня – это самая свежая и минимально обработанная пища. Такого мяса, как во Франции, я не ел нигде раньше! (это я раньше был фанатом мяса, сейчас давно уже понял, что оно источник холестерина, риск рака). Мясо подается свежим, сочным, нежаренным, практически сырым. Французы говорят: говядина подается сырой, а баранина – блеющей.*

**Выводы:** синтетические витамины – это лекарства для лечения клинически значимой витаминной недостаточности. Для предотвращения заболеваний, в целях профилактики они не применяются, потому что

эффект не доказан, а вред возможен.

По всей видимости, существует разница между витаминами в пищевых продуктах и химически созданными. Натуральные продукты содержат волокна, клетчатку и еще какие-то ингредиенты, биологически активные вещества, про которые мы толком пока еще не знаем. Они и обуславливают такую большую разницу эффектов.

### **3. Гормонально-заместительная терапия**

Многие вещи приходят в Россию с запозданием. Иногда стоит этому порадоваться.

С 90-х годов прошлого столетия во всем мире не утихают споры: применять ли гормонально-заместительную терапию (ГЗТ) или нет? Этот вопрос возникал и раньше, но тогда врачей инструктировали так: вы должны предоставить пациенткам всю информацию о «за» и «против», но при этом настоятельно рекомендовать подобную терапию, потому что она улучшает самочувствие женщин в менопаузу, а еще предохраняет от многих болезней.

Потом грянуло беспрецедентное по своей численности и продолжительности исследование «Women's Health Initiative», посвященное проблемам женского здоровья, и тут такое началось!!!

Данные показали убедительное увеличение случаев рака молочной железы и инсультов у женщин, принимающих ГЗТ. Врачи дрогнули: кому охота подвергать своих пациенток риску? Пациентки же, наоборот, категорически отказывались сходить с терапии, потому что начинали сразу чувствовать себя хуже.

Ситуация «повисла», ждали новых исследований, а пока с конца 90-х из экзаменационных вопросов изъяли все, что касалось ГЗТ (когда я подтверждал свой диплом в США, я не встретил и одного). Споры не утихают до сих пор. Американские и европейские медицинские ассоциации пытаются найти точки соприкосновения, ведется интенсивная просветительская работа среди женских объединений.

Теперь перенесем взгляд на наши реалии. Конец 2013 года, Россия. Женщины, что вы об этом знаете? Доктора, что вы советуете своим пациенткам?

Мир перешел от поголовного увлечения ГЗТ к почти полному ее отрицанию, теперь поворачивается опять к ней, а мы все преждевременно стареем, полнеем, верим в фитоэстрогены и мажемся лошадиной мазью (если когда-нибудь какой-нибудь энтузиаст-иностранец почитает эту книгу, то для него специально поясню: мистер, вы правильно прочитали, оставьте

в покое словарь, в России у людей очень популярны мази и шампуни для лошадей, мажем их на себя с удовольствием!).

Так вот, ситуация с ростом заболеваемости раком молочной железы всех волнует больше всего. Когда стали анализировать проведенное исследование, которое легло в основу всех обсуждаемых сомнений, стало очевидно, что не совсем правильно экстраполировать данные на всю популяцию.

В исследование входили в основном женщины от 60 лет, а ведь подавляющее число пациенток испытывают симптомы менопаузы и начинают ГЗТ в 45–50 лет. Не всегда учитывались такие сопутствующие факторы, как курение. Когда посчитали отдельно по возрастам, оказалось, что общая смертность в группе женщин до 60 лет на 30 % меньше у тех, кто ГЗТ все-таки принимал.

Поэтому с анализом всех существующих современных данных **официальная позиция медиков такова.**

1. Если существуют симптомы, связанные с менопаузой – приливы, раздражительность, плохой сон и плохое самочувствие, – возможно применение ГЗТ женщинами 45–59 лет.

2. При этом общая продолжительность ГЗТ не должна превышать пять лет.

3. ГЗТ не должна применяться в целях предотвращения заболеваний, таких как остеопороз, болезни сердца, диабет и т. д.

4. Эстрогены должны применяться в возможно минимальных дозах.

Итак, вы взвесили все риски, у вас нет противопоказаний, и решено начать ГЗТ (см. «За и против ГЗТ», «Противопоказания к ГЗТ», с. 269).

Довольно много женщин к этому возрасту переносят операцию по удалению матки. Таким пациенткам возможен прием только эстрогена. В остальных случаях ситуация немного другая. Эстроген вызывает разрастание внутренних слоев матки, и при определенных обстоятельствах это может вести к раку. Поэтому, чтобы сбалансировать это негативное действие, вместе с эстрогеном необходимо принимать и другой гормон – прогестерон, который как раз и предохранит матку. Прогестерон, в свою очередь, неблагоприятно воздействует на сосуды сердца.

...

*Если беспокоят приливы, раздражительность, плохой сон и плохое самочувствие, связанные с менопаузой, возможно применение ГЗТ женщинами 45–59 лет.*

Старая история: постоянное балансирование между положительным и

побочными действиями. Главное – четко их знать!

ГЗТ можно принимать в виде таблеток, инъекций, мазей, внутривлагалищных форм. В Европе, в том числе и России, очень популярен тиболон – стероидный препарат, предшественник как женских, так и мужских половых гормонов. У него так же есть свои «за» и «против». В США последние 20 лет его не пускают на рынок из-за угрозы тромбозов, которая перевешивает, по мнению американцев, его весьма скромный лечебный эффект.

В нашей стране так же широко распространены фитоэстрогены – препараты на растительной основе, в основном сои. Женщины пьют их с удовольствием, а как же – растительное, натуральное! Врачи с не меньшим удовольствием их рекомендуют: вреда никакого, а вдруг помогут?

На самом деле исследовании показали, что их действие не превышает действия плацебо («пустышка»). Хотя поживем – увидим, ведь в этом разделе медицины рекомендации меняются часто!

#### **4. Иммуномодуляторы**

Любимая национальная забава нашего населения – это укрепление иммунитета. Было бы логично ожидать, что человек, решивший повысить иммунитет, начнет вести здоровый образ жизни: откажется от курения, ограничит алкоголь, ежедневно станет получать физическую нагрузку, закаляться, перейдет на здоровую пищу. Но – нет, это для нас тяжело, ведь надо делать каждый день! А колбасы хочется, и курить тоже хочется. Максимум, на что можно решиться, это бросить курить, и то с понедельника после обеда. Но приходит понедельник, заканчивается обед, а новая жизнь так и не начинается. Для этого у нас нет ни силы воли, ни желания, ни терпения.

Зато есть легкий путь: купить таблетку, выпить ее и ждать, когда у тебя поднимется иммунитет. Это настолько легко, что не воспользоваться этим производители просто не могут, и засыпают нас препаратами под названием «иммуностимуляторы». В России их представлено более 400 видов, а за рубежом – ни одного! Там нет такого понятия, потому что иммунитет – это не какое-то больное деревцо, которое можно привязать к столбу и оно станет расти лучше.

**Реальных заболеваний иммунитета довольно мало.** Это в первую очередь заражение вирусом иммунодефицита человека, т. е. ВИЧ, и развитие синдрома иммунодефицита (врожденное состояние, когда у детей не хватает антител, и дети часто умирают в раннем возрасте от повторных инфекций). Эти болезни на слуху, и известно, что с ними делать. Это

настоящие заболевания иммунитета, требующие специфических методов лечения.

Иммунитет человека может страдать и при других заболеваниях. Снижение иммунитета может наблюдаться при почечной недостаточности, диабете и других тяжелых хронических болезнях. Временно снижается иммунитет при беременности, а также у больных, которым сделали пересадку органов и они принимают специальные таблетки для предотвращения их отторжения (работают они как раз через подавления иммунитета). Иммунитет может снижаться с возрастом, у пожилых людей.

С этими ситуациями все понятно. Но, когда человек говорит: «Я простудился, мне надо купить что-нибудь для иммунитета, а то я чихаю, кашляю», – это уже совершенно неправильно. Может быть разное функциональное состояние иммунитета. Действительно, при постоянных стрессах, усталости вроде и болеешь чаще.

Давайте разберемся. Во-первых, что значит чаще? По данным ВОЗ, например, ребенку заболеть до 10 раз в год простудой вполне нормально и не является чем-то из ряда вон выходящим. Разговоры о том, что человек заболел, потому что не выспался, устал и у него упал иммунитет, – это бытовые кухонные разговоры. Только специальный анализ с очень жесткими параметрами может рассказать о состоянии иммунитета. В нем учитывается количество антител, лимфоцитов и еще около 30 значений, которые могут свидетельствовать об уровне иммунитета.

Если ко мне приходит пациент с простудой и просит проверить у него иммунитет, то я этого делать не буду из-за полной бессмысленности. Конечно, если человек будет настаивать, то я возьму кровь, но если только он готов за анализы заплатить, потому что это очень дорого и никакая страховка это не покрывает. В результате за свои собственные деньги пациент убедится, что с иммунитетом у него все нормально.

...

*В России представлено более 400 видов иммуностимуляторов, а за рубежом – ни одного! Там нет такого понятия, потому что иммунитет – это не какое-то больное деревцо, которое можно привязать к столбу, и оно станет расти лучше.*

Написал сейчас и подумал: а ведь это лучше, чем сидеть на кухне и друг другу рассказывать горестные истории про плохой иммунитет. Но все равно это не основание платить хорошие деньги за лекарства, которые называются иммуномодуляторами. Ничего, кроме обмана, умышленного или неумышленного, они собой пока не представляют. А то и хуже: один

иммуномодулятор, который в Европе применялся с другой целью, был изъят, потому что вызывал осложнения на глаза. У нас в России он попрежнему продается под названием амексин.

Все иммуномодуляторы – это бессмысленная трата денег, и они продвигаются с этой целью – заработать на населении только в России. Например, всем известный вомбензин. Кому его только не выписывают терапевты, урологи и гинекологи. При этом говорят: работает же, работает!

Что значит работает? Это субъективное мнение. Может вам показалось, что препарат работает? Разве была контрольная группа, были определены параметры, исключалась ли статистическая ошибка? Нет. Просто три автораамериканца назвали вомбензин по первым буквам своих имен, потом пытались это «лекарство» пропихнуть на американский рынок, но там было четко доказано, что этот препарат абсолютно бессмысленный. За рубежом он, в итоге, хождения не имеет, зато процветает в России и Мексике, причем стоит он у нас под 100\$ упаковка.

Единственный и лучший иммуностимулятор: **ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ!** Хватит жить верой в волшебную таблетку, которая избавит без хлопот от всех проблем! Я знаю такую только одну такую, и называется она цианистый калий! Во всех остальных случаях над своим здоровьем надо работать! Подумайте сами: сколько на земле богачей и диктаторов с неограниченной властью, если бы подобное вещество существовало, они все жили бы за 100 лет!!! (Насильственная смерть не рассматривается...)

## **5. Обезболивающие**

У любого из нас периодически болит голова, ломит суставы, да мало ли где может возникнуть источник боли. Ее не хочется терпеть, и совершенно правильно. Только какую цену мы платим за избавление от боли? Проблемы с приобретением обезболивающих средств в нашей стране не стоит, их ассортимент огромен, и рецепта при продаже никто не требует. Практически у каждого взрослого человека бывают при себе в сумке или ящике стола один или даже несколько избавляющих от боли препаратов.

Во всем мире под обезболивающими подразумевают группу так называемых нестероидных противовоспалительных препаратов. Это всем известные вольтарен, индометацин, ипобруфен и многие другие. Практически все препараты этой большой группы представлены в наших аптеках. Но мы «впереди планеты всей» в плохом смысле этого выражения!

...

*Еще больше 30 лет назад применение анальгина не рекомендовалось*

*из-за выраженных последствий в виде проблем с кровью (агранулоцитоз!) и почками.*

В России в ассортимент обезболивающих входят препараты типа старого анальгина и его производных, где он является основным компонентом. Эти препараты применяются только в странах бывшего СССР и в некоторых совсем слаборазвитых (в единичных странах Европы: Германия – анальгин не полностью запрещен, но продается только по рецепту, и, кроме бывших наших соотечественников, его никому уже не назначают).

В годы моей работы в Африке во времена Советского Союза местные врачи говорили: «Что вы нам отправляете запасы анальгина, во всем мире его давно уже запретили!». То был конец 80-х годов, сейчас у нас 2013 год, а в аптеках по-прежнему продаются анальгин и препараты, его содержащие... Вы можете возразить, что во всем мире еще широко применяются наркотические обезболивающие препараты, изза которых очень многие люди становятся зависимыми от наркотиков. А у нас в стране жестко контролируется распространение этих препаратов.

Да, это верно, но объем потребления нестероидных противовоспалительных препаратов в России настолько огромен, что это уже тоже практически стало проблемой. Эти активные и мощные лекарства вызывают надежный обезболивающий эффект, широко применяются, что и хорошо, так как терпеть боль неправильно. Но их нужно применять осознанно.

Мы настолько бываем рады избавиться от боли, что уже не хотим думать о возможных побочных эффектах таблетки (см. «Побочные эффекты обезболивающих препаратов», с. 265). Да и что мы о них знаем? Наверное, вы слышали, что обезболивающие плохо влияют на желудок и могут вызывать эрозии и язвы. При этом механизм отрицательного эффекта заключается не в местном раздражающем воздействии, а в блокировании биологически активных веществ – простагландинов. Поэтому нежелательные последствия могут возникать при любом пути введения препарата – таблетка, мазь, инъекция... Грамотный врач обязательно назначит вместе с обезболивающими препарат, защищающий слизистую желудка.

**Но наибольшая опасность при применении противовоспалительных нестероидных препаратов угрожает не желудку, а сердцу!** Они могут вызывать изменения вплоть до развития инфаркта или гипертонического криза... А больным с сердечной недостаточностью прямо противопоказан прием подобных препаратов –



они ее резко усиливают!

Некоторые новые обезболивающие из этой группы были отозваны с рынка США именно из-за их неблагоприятного воздействия на сердце. А ведь на стадии клинических испытаний эти препараты были весьма многообещающими!

**Другой орган – мишень побочного действия обезболивающих – почки.** Классические последствия – нефриты и почечная недостаточность. Иногда врач не может докопаться до причины имеющегося у пациента нефрита. При расспросе выясняется, что у человека часто болит голова и он принимает колоссальные дозы обезболивающих, не считая это чем-то необычным. Причина изменений в почках налицо!

Вы не поверите, но иногда общее количество обезболивающих таблеток в месяц у некоторых пациентов измеряется килограммами! Какие почки выдержат такую нагрузку?!

**Печень еще один орган, очень чувствительный к обезболивающим.** Повышаются ферменты, развиваются лекарственные гепатиты, все может кончиться острой печеночной недостаточностью. Уверяю вас, что это не страшилки, а ежедневная клиническая практика.

Особенно чувствительны к обезболивающим люди старше 65 лет. То, что выдерживает молодой организм, у пожилого человека вызывает большие проблемы. А из-за того, что одни и те же обезболивающие продаются под разными названиями, часто возникает ситуация, когда пожилые люди не помнят, что именно им выписывал доктор и что они уже принимают.

Некоторые бабушки умудряются принимать до трех различных противовоспалительных нестероидных препаратов одновременно, считая, что пьют разные лекарства. Конечно, бабушка не врач, чтобы помнить и понимать все назначения, она не выкидывает старые лекарства, пьет их все, как говорят, «до кучи». Таких потом привозят с желудочно-кишечным кровотечением в результате бесконтрольного приема обезболивающих!

Часто кровотечение бывает настолько интенсивным, что его нельзя остановить эндоскопически, без серьезной операции. А если приходится брать такого больного на стол по-срочному, без подготовки, то смертность может достигать 30 %! Поэтому всем нам надо быть по-настоящему бдительными.

...

*Настоятельно рекомендую проверять аптечки своих пожилых родственников и контролировать, что и в каких количествах они*

принимают.

Если все так плохо с побочными эффектами, то как же быть с болью? Например, как оставить без обезболивающих препаратов пожилую женщину с артрозом и сильными болями в коленях? Ведь у нее уже слабая сердечная мышца или больной желудок... У таких больных препаратом выбора является парацетамол в адекватной дозе.

Конечно, противоболевой эффект будет выражен более слабо, но все сравнительно, да и спектр побочных явлений значительно меньше. Но увлекаться тоже не стоит, не забывайте о негативном влиянии больших доз парацетамола на печень.

На самом деле, ни в одной стране мира не происходит такого безобразия с рекламой лекарственных препаратов, как в нашей. Можно назвать хотя бы тот факт, когда фармацевтические компании через рекламу «подсаживают» человека на обезболивающие препараты?!

Не верите? Смотрите сами: берется безобидный препарат, который широко применяется, кому-то помогает, комуто нет, но, по большому счету, является совершенно безвредным. В него добавляется нестероидный противовоспалительный компонент, и в продаже появляется то же лекарство, но уже с приставкой «+». Что там написано на пачке внизу мелкими буквами, мало кто читает. «Плюсик» для неспециалиста воспринимается как некое улучшение старой версии. Он думает, что это тот же «хондра...» только более высокого уровня. **На самом деле «+» обозначает наличие обезболивающего.** И теперь препарат работает! Еще бы он не работал с такой присадкой!



Заметки на полях

...

Помните любимые многими в детстве «Приключения капитана Врунгеля»?

В эпизоде, когда Врунгеля и его команду захватили итальянские фашисты, капитан пообещал за свою свободу научить их выращивать макароны. Посадил в землю макаронину, и она действительно через пару дней взошла. Команду отпустили, но когда Врунгеля его помощник стал расспрашивать, как тому удалось это чудо, тот объяснил, что воткнул макаронинку в землю вместе с зернышком овса, которое случайно завалилось в кармане. «А с овсом и окурочок прорастет!»

Так и в нашей ситуации: в паре с обезболивающим любой препарат

принесет облегчение! Человека подсаживают на противовоспалительный препарат, причем он не догадывается, что употребляет. Если пациент при этом еще принимает другие обезболивающие, пусть даже по назначению врача, в его организм попадает двойная доза!

Недавно я видел по телевидению рекламу препарата от болей в горле. Безобидные рассасывающиеся таблетки, напоминают конфетки, их многие пьют. А теперь появилась «стрепта... – плюс». И туда теперь тоже входит обезболивающее. Выводы делайте сами.

Если человек принимает тот или иной препарат, он имеет право знать, какие могут возникнуть побочные явления. И не надо ссылаться на то, что там внизу все указано мелкими буквами. Это довод юристов. Интересно, если рекламщиков привести в городскую больницу и показать истекающих кровью бабушек, как бы они потом жили? Только вот боюсь, что нормально будут жить...

Поэтому вы должны внимательно смотреть, что покупаете в аптеке и принимаете, рассчитывать только на свою бдительность, а если сомневаетесь, то обращайтесь с конкретными вопросами к врачу! Это как раз тот случай, когда «спасение утопающих – дело рук самих утопающих»!

## **6. Стволовые клетки**

Сейчас модно рассуждать на тему стволовых клеток. Когда меня спрашивают, что я об этом думаю, то я отвечаю вопросом на вопрос: «Где? В России или в мире?».

В России и в мире ситуации в этой области совершенно разные. В мире идут интенсивные исследования и эксперименты, а в России ими уже лечат!!! Но погодите радоваться! Конечно, за стволовыми клетками будущее. Я убежден, что когда-нибудь не будет лекарств, их заменит лечение стволовыми клетками. Другой вопрос – когда это произойдет.

От повторного открытия стволовых клеток до начала клинических испытаний прошло почти 30 лет. Я думаю, что до внедрения в клиническую практику проверенных методов лечения стволовыми клетками пройдет, по меньшей мере, столько же времени.

...

*Давайте сразу расставим точки над «i»: ни в России, ни в мире не существует лицензий на лечение стволовыми клетками. Все лечебные учреждения, которые предоставляет подобные услуги, действуют нелегально.*

Доказанного лечения стволовыми клетками нет вообще. В мире идут

только эксперименты, в некоторых случаях – доклинические испытания, за некоторыми исключениями, о которых я скажу несколько позже.

То, что людям вводят в частных клиниках за космические деньги, к тому же не является теми стволовыми клетками, которые могут превращаться в любую ткань.

Выделение стволовых клеток – сложная процедура, требующая очень дорогостоящего оборудования. Те же вытяжки из эмбрионов, что предлагают подпольно, стволовыми клетками в большинстве случаев не считаются. Это «не понятно что» вводится нелегально, и, с точки зрения западной медицины, это преступление. Сейчас существует только лицензия на хранение стволовых клеток, на забор крови и клеток, допустим, из пуповины. Их можно хранить, но ими НЕЛЬЗЯ ЛЕЧИТЬ. Я клиницист, поэтому говорю с точки зрения врача общей практики, причем «испорченного» американским отношением к лечению стволовыми клетками. Если бы я был заподозрен в США в нелегальном использовании стволовых клеток, то лишился бы американской лицензии.

Стволовые клетки, которые, как медицина ожидает, могут превращаться в любую ткань, – это клетки, взятые у эмбрионов до 12 дней развития. Обычно этим материалом служат эмбрионы, оставшиеся после искусственного оплодотворения. Во время этой процедуры всегда остается несколько эмбрионов, какие-то клетки имплантируют в матку, и они вырастают в дальнейшем в плод, а какие-то просто выбрасываются, вернее, идут на исследовательские цели.

Сейчас появились работы, в которых говорится, что можно брать околоплодные воды, амниотическую жидкость, якобы в них тоже много эмбриональных стволовых клеток. Все, что после 12 дней берут у эмбриона, уже не является пластическими клетками, которые могут превращаться в любую ткань. Они могут превращаться только в определенный тип ткани или несколько определенных типов ткани. Допустим, в мышцу, но никак не в нервную ткань, не в печень, не в поджелудочную. Эта клетка – только в мышцу. А эта – только в ткань печени. Потому что у более «старших» клеток уже совсем другая пластичность.

Стволовые клетки могут быть взяты непосредственно у самого пациента, например из костного мозга. Классическое применение лечения стволовыми клетками – пересадка костного мозга, которая производится уже 20 лет. Другой пример – клеточная терапия ожогов – тоже, грубо говоря, лечение стволовыми клетками. Но только эмбриональные стволовые клетки, способны превращаться в ЛЮБУЮ ткань.

...

*Стволовые клетки, которые, как медицина ожидает, могут превращаться в любую ткань, – это клетки, взятые у эмбрионов до 12 дней развития.*

Очень сильно изменился прогноз на применение стволовых клеток в том году, когда вездесущие японцы сделали открытие, которое приведет мир к перевороту в восстановительной регенерационной медицине. В чем это открытие заключается?

В эмбриональных клетках, способных превращаться в любую клеточку нашего организма, был найден ген, который через несколько недель развития исчезает и никогда больше не появляется. При пересадке этого гена ко взрослым клеткам оказалось, что у них восстановилась способность к преобразению в любую ткань! Их как бы перепрограммировали, и клетки стали такими же, как двухнедельные стволовые клетки.

Открываются фантастические перспективы. Собственные клетки не подвергают организм риску переноса болезней, несовместимости и т. д. Проблема в том, что эксперимент пока сам находится в зародыше, требуется сложная генетическая модификация клеток, огромный объем генетической работы. Но начало положено, не даром эти японские ученые получили за свою работу в прошлом году Нобелевскую премию!

Пока в мире продолжают различные доклинические исследования и испытания. Разрешенного лечения эмбриональными клетками нет в принципе.

Первое применение стволовых клеток в лечебных целях на человеке было произведено в 2012 году. Были проведены клинические испытания эмбриональных стволовых клеток у больных с тяжелым, без вариантов печальным исходом, заболеванием глаз. В случаях необратимой дегенерации сетчатки эмбриональные клетки вводились прямо в глаз пациентов. Четкого положительного эффекта обнаружено не было, но и тех побочных эффектов, которых врачи опасались, не было тоже...

А побочных эффектов может быть много, очень много! Хорошо бы об этом задумывались те, кто за дикие деньги – 10 000—15 000\$ – вводит себе инъекции якобы стволовых клеток, рассчитывая омолодиться. Спасает их только то, что на самом деле они получают совсем не те клетки, про которые я говорю. Идет борьба организма с внедренными инородными клетками, и они погибают, не нанося вреда. В противном случае жертв красоты могла бы ждать участь мышей, с которыми проводили опыты.

А у подопытных мышей очень часто возникали злокачественные

опухоли. Многие работы доказывают, что раковые опухоли – груди, кишечника и другие – по сути своей стволовые клетки. Если взять клетки опухоли кишечника и имплантировать их мыши, у той разовьется опухоль кишечника. Если взять стволовые клетки у этой теперь больной мыши и ввести здоровой особи, то у нее будет точно такая же опухоль, она как бы воспроизведет эту опухоль.

Псевдо-доктора, берущиеся за подобные процедуры, вообще мало знают про стволовые клетки. Допустим, одно из официально разрешенных оснований для применения препарата на основе стволовых клеток – это подавление иммунного ответа у детей, которым нужна пересадка костного мозга. Когда мы пересаживаем больному с лейкемией костный мозг, организм ребенка отторгает чужеродное тело. А этот препарат из определенных стволовых клеток подавляет и меняет иммунитет таким образом, что эти клетки приживаются лучше. Спросите, знают ли об этом направлении те, кто предлагает вам чудо-инъекции?!

...

*Пока в мире продолжаются различные доклинические исследования и испытания. Разрешенного лечения эмбриональными клетками нет в принципе.*

Даже в развитых странах пытаются применять стволовые клетки, но речь при этом не идет о лечении. Проводятся только доклинические испытания подобных препаратов.

Например, в кардиологии в Германии вам могут предложить участвовать в эксперименте, когда во время операции на сердце вам будут вводить стволовые клетки интракоронально, т. е. внутрь сосудов сердца. Многие по наивности думают, что при этом стволовые клетки пойдут в миокард, размножатся и закроют дефект. На самом деле – ничего подобного. Да, все заживает лучше, потому что стволовые клетки выделяют цитокины – такие биологические вещества, которые моделируют ответ миокарда на воспаление, на повреждение, на ишемию, а совсем не потому, что они тупо заполняют дефект, как цементом.



Заметки на полях

...

*Очень далеки мы до понимания всех механизмов действия стволовых клеток. Лет восемь назад я участвовал во Франции в конгрессе по*

стволовым клеткам. Обсуждали опыты на мышах, рассуждали про возможности клеток и т. д. Вдруг встает человек из Украины. Почему именно из Украины? Потому что во времена Советского Союза базы с клеточными технологиями находились там, и после Великого Распада они, конечно, там и остались. Сегодня весь клеточный материал идет из Украины и оттуда распространяется по миру.

Так вот он встает и говорит, мол, вы тут рассуждаете, а мы провели работы по лечению стволовыми клетками 130 больных с циррозом печени.

Зал сначала не понял, а потом начался такой свист! Ученые смотрели на доктора из Украины, как на доктора Йозефа Менгеле, преступного фашистского палача. В их глазах этот человек – преступник. Потому что он вводил людям непроверенный препарат!

Я видел одну израильскую работу, в которой эмбриональные клетки вводили в череп ребенку с дегенеративным заболеванием мозга. Наверное, это чудесники из Украины добрались до Израиля. Через несколько месяцев у малыша развилась злокачественная опухоль мозга. Этот случай описан и опубликован.

Псевдо-доктора, которые заявляют, что они вводили стволовые клетки людям и наблюдали хорошие результаты, в лучшем случае не понимают, о чем идет речь. Выходцы из бывших республик СССР открыли клиники лечения эмбриональными стволовыми клетками в тех странах, где законодательство просто дремлет: в Доминиканской Республике, Барбадосе и т. д. Пытаются делать там какие-то вещи, но в глазах научно-врачебной общественности это кажется диким. За стволовыми клетками будущее, у нас серьезные исследователи, которые этим серьезно занимаются. Но то, что сейчас предлагают подпольно вводить людям, это незаконно и безответственно. Эти «специалисты» сами не знают, что вам вводят, не отвечают за результат, и ваше счастье, что это просто не работает и вы выбросили деньги на ветер. Слава Богу, что-то, что вам вводят, не действует.

Идет дикое и безумное «разводилово» людей. Хорошо, что пока «разводят» только богатых. Не каждый позволит себе минимум 10 000\$ неизвестно на что. Все это нелегально и бесполезно на сегодняшний день.

Закончу фразой, которую мне как-то сказал один из украинских исследователей клеточных технологий: «Я нигде не встречал столько жуликов, как при работе со стволовыми клетками!». Если кто обиделся, то что с него взять – сейчас этот украинский исследователь сам сидит в тюрьме в Венгрии за нелегальное применение стволовых клеток у

человека...

## **Послесловие**

Эта книга посвящена наиболее частым вопросам, которые мне задают во время моих передач на радио и телевидении. Конечно, тем поднимается значительно больше, причем самых разных.

Я вообще раньше не представлял, какая каша в головах людей творится в области их представлений о медицине! Народные поверья смешаны с обрывками информации из журналов и телепередач; полное отрицание лекарств уживается с приемом горстей таблеток по любому поводу, а недоверие к врачам – с устойчивой привычкой полежать в стационаре «пообследоваться и подлечиться».

Я понимаю, что люди в этом не виноваты, что такая ситуация сложилась в результате отсутствия какой-либо работы по правильному информированию населения – того, что когда-то называлось «санпросветработой».

Здоровье – такая тема, которую нельзя замолчать или недоговорить. В медицине не бывает пустоты. Если мы, врачи, не можем помочь больному по своему незнанию или просто по факту несовершенства медицины, человек пойдет к знахарке или обратится к альтернативным методам, ведь он не хочет, а часто и не может ждать! Если врачи не хотят или не могут правильно, а главное, ДОСТУПНО объяснить положение вещей, то сразу находятся те, кто и хотят, и могут, и активно заполняют головы людей околomedическим мусором!

Тем очевиднее слабость, неорганизованность и бедность нашей медицины И вот мы лечимся от диабета приседаниями, верим в «кремлевские» таблетки, иридодиагностику и очищение крови, а реклама лекарств (эх, если бы лекарств!) и медицинских услуг окончательно запутывает людей, которые теряют в этом мутном потоке и деньги, и здоровье!

Еще раз повторю: эта книга не руководство по самолечению! Эта книга – попытка дать вам информацию, как обстоит дело за рубежом, где проповедуется принцип «доказательной» медицины. Ничто в этой книге не основано только на моем личном опыте.

А личный опыт показывает мне: сколько бы лет ты ни отдал медицине, скольких бы больных ни вылечил, это ничтожно мало для выводов, от которых зависит здоровье и жизнь людей!

Медицина давно перестала быть делом узкой касты; появилась возможность перепроверить многие постулаты, которые стояли незыблемо



веками и десятилетиями.

Современная медицина – это не та наука, которую мы знали в 70—80-е годы прошлого века. Каждое лекарство, каждый метод диагностики, каждый лечебный подход проверяются и перепроверяются в многотысячных и многолетних исследованиях. Это и есть «доказательная медицина». А у нас в России сегодня положение медицины по сравнению с мировым уровнем, как если бы мы сравнили махновское «гуляй-поле» с лондонским «сити»!

Понятно, что в одной книге всю медицину не объять. В нее вошло даже не самое главное: материал столь обширен, что я посмотрел в потолок и начал просто наугад, с чего-то надо же было! Будем считать эту книгу первой частью некой серии.

В следующих книгах мы продолжим рассматривать самые различные медицинские проблемы с позиций «доказательной» медицины. Понятно, что медицинская наука пока невесильна, но мы имеем право знать современное ее состояние. Ведь как в исследованиях маркируют заключения: А – есть неоспоримые доказательства; В – есть веские и многочисленные доказательства; С – убедительных доказательств нет, но и опровержений нет; D – данные свидетельствуют против.

Сегодня в нашей медицине методы диагностики и лечения в основном относятся к категории «С» и «D», и наше общее дело – переломить эту ситуацию. А пока – давайте будем в наших представлениях о здоровье придерживаться рационального мышления, умерим свою излишнюю доверчивость и излишнюю недоверчивость к медицине. И если эта книжка поможет вам в этом – я буду очень рад!

**Моя жизнь в медицине и медицина в моей жизни**

## **Истории пациентов и врачей**

\* \* \*

Если после общения с врачом больному не стало легче, это плохой врач. Иногда я задаюсь вопросом: медицина – это искусство или наука? Мы очень любим лечить душу, русские любят разговаривать. И это правильно. Но при этом мы не относимся к больному, как к равному, больше это похоже на отношение к детям. Мы часто считаем пациента неспособным понять нюансы диагностики и лечения, например далеко не всегда говорим истинный диагноз, искажаем прогноз.

Меня всегда поражало, что в Америке больному сразу говорят, что у

него рак, онкология. Подробно объясняют этапы лечения, прогноз и сроки оставшейся жизни, если это запущенный случай. Мы это делать, как правило, боимся. Я и сам не знаю, правильно это или нет. С одной стороны, как сказать человеку, что прогноз плохой? Пусть уж проживет в неведении сколько Бог даст. С другой стороны, человек имеет право знать правду, чтобы как-то рассчитывать свое оставшееся время, свою жизнь.

2013

\* \* \*

Мне кажется, что, постоянно выдвигая тезис, что медицина – это искусство, мы пытаемся маскировать свой низкий уровень профессиональных знаний. Когда я говорю про «низкие профессиональные знания» (врачи, не обижайтесь!), я имею в виду не конкретных людей, а положение с медицинским образованием в нашей стране в целом.

Врачи не виноваты, что у нас такое образование. Они имеют то образование, которое им дали. И те настоящие профессионалы, которые добились признания в своей области, не заслуга системы медицинского образования, а их личное достижение! Они сами читают, наверстывают, работают над собой, интересуются, учат иностранный язык, чтобы быть в курсе происходящего в медицинском мире.

Таких врачей становится все больше. Я говорю это не с целью сгладить обиды и избежать обратных нападков коллег. Я вижу это на примере врачей своей больницы, по уровню тех специалистов, с которыми сталкиваюсь по работе в Москве и не только в Москве. Например, в моей любимой Сибири я встречал немало врачей европейского уровня.

С чем я согласен, так это с тем, что врач должен быть человеком с большим сердцем, профессионалом с нашим традиционным состраданием к больному.

Расскажу о реанимации, где действительно вытаскивают больных с того света, и даже тех, у кого, казалось бы, нет никаких шансов, когда лечат на грани реального и нереального. У меня в больнице есть заведующая – удивительная женщина – Наталия Александровна Шилова. Она сутками не выходит из больницы. Еще до моего прихода с ней случилась одна история, над которой все посмеиваются, а она, на самом деле, очень показательная.

Наталия Александровна не хотела оставлять переполненную реанимацию и пробыла на дежурстве несколько дней.

Ее буквально выталкивали: иди, поспи, так нельзя! Наконец она уходит, но через полчаса возвращается обратно, неся на руках человека!

Вышла на троллейбусную остановку и там увидела человека,

раненного ножом. Она сняла косынку, перетянула ему бедренную артерию и на своих плечах принесла его в реанимацию обратно. Она не прошла мимо. Я горжусь этой великой женщиной! Когда видишь таких людей в нашей профессии, то понимаешь, что не все потеряно.

Когда я работал в Америке, у меня всегда было ощущение, что я тружусь на фабрике по производству консервов. Там не хватает жертвенности. Если вы этой историей с раненым, уверен, восхитились, про ту же ситуацию американец скажет: «А зачем она сидела четыре дня на работе, больше было бы толку, если бы она отдохнула» или «Чего она его потащила? Вызвала бы "Скорую" и его доставили бы раньше...».

А я рад, что у нас можно еще много привести примеров такого самоотверженного отношения к больным. Пока у нас есть такие врачи, не все потеряно.

\* \* \*

Когда я был молодым аспирантом в кардиоцентре, у меня была пациентка с не очень распространенным заболеванием сердца – кардиомиопатией. Причем если обычно это заболевание сопровождается резким расширением полостей сердца и катастрофичным снижением насосной функции сердца (ведь сердце – это насос, не так ли?), то здесь был другой вариант. Полости были маленькие, суженные, а сердечная мышца утолщена настолько, что не могла полностью расслабиться, это и препятствовало прохождению крови. Тоже известный вариант. Однако в этом случае многое не укладывалось в классическую картину болезни, лечение не помогало, да и диагноз оставался неясен. Больная уже долго мыкалась по разным больницам и известным клиникам. Мы, пытаюсь разобраться, тоже были в тупике: кардиограмма, ультразвук сердца, другие исследования только еще больше запутывали: результаты были ни на что не похожи!

И вот как-то в беседе больная сказала, что у нее вроде увеличился язык и стал даже мешать, она его прикусывала. Я пошутил, что у меня тоже большой язык, и даже показал, как достаю им до подбородка (ну молодой был, что взять). Но, видимо, информация в голове отложилась, потому что я думал-думал и пошел все-таки советоваться со своей руководительницей, замечательным врачом Анастасией Александровной Некрасовой.

А она и говорит: вообще-то это симптом первичного амилоидоза. Вторичный амилоидоз – это отложение желеобразного вещества в почках, печени, селезенке и других органах как осложнение долго текущей инфекции, например туберкулеза, потому он так и называется, так как

вторичен к какому-то другому процессу. Ничего подобного у нашей больной не было.

А вот первичный амилоидоз очень редкое заболевание неизвестной этиологии (причины), которое поражает почти исключительно сердце. Никто из врачей, кого я знаю за всю мою жизнь, никогда такую болезнь не видел, что говорить обо мне – молодом аспиранте. Я уговорил больную на биопсию языка, и мы нашли включения амилоида!!!

Мы долго и с переменным успехом лечили эту больную специфическими препаратами, представили ее на клиническом разборе. Я даже опубликовал статью, где описал этот редчайший случай прижизненной диагностики первичного амилоидоза сердца! Меня все поздравляли, я пытался всем объяснить, что ключ дала мой руководитель, которая, кстати, отнекивалась от этого, стараясь выставить меня в лучшем свете. Но все продолжали приписывать успех мне, хотя я-то знаю, что этот редкий диагноз сразу поставила замечательный доктор Анастасия Александровна Некрасова!

1982

### **Почему я ушел из «Кремлевки»?**

Когда меня спрашивают: «Почему ты ушел из «Кремлевки»?», я всегда улыбаюсь, потому что сразу вспоминаю Конан Дойля и его «Белый отряд». Там стрелка, бывшего монаха, спросили: «Джон, почему ты ушел из монастыря?». Джон почесал затылок и ответил: «Вообще-то причин было семь. Первая заключалась в том, что меня оттуда выкинули». Собеседник захохотал и воскликнул: «К черту остальные шесть!».

Так и у меня: не было никаких особых проблем, за год мне удалось организовать финансирование, были определенные планы, но в этой структуре – свои правила. И одно из требований – получить так называемый допуск; кто работал на режимных предприятиях, тот понимает, о чем идет речь. Это влечет определенные сложности при выезде за рубеж, во всяком случае, надо ставить в известность, заранее согласовывать выезд и проч.

У меня же во Франции учился сын, тогда еще школьник, и я летал к нему каждую неделю. Какое тут заранее, когда он там в интернате один. Иногда либо я, либо жена срочно срывались и летели. Год я сопротивлялся законному в общем-то требованию о допуске (хотя ну какие там тайны? Врачебную тайну мы и так соблюдать обязаны, а остальное было от меня очень далеко!). Надо сказать, там и так долго терпели, и в итоге мне пришлось уйти.

2010

## Америка, Америка...

В Америке не любят врачей и юристов. Ходит много анекдотов на эту тему. Например, такой: «Папа, смотри, следы на асфальте, как сильно тормозил кто-то. Интересно, кто же это переходил дорогу? Может скунс? Или врач?». Отец отвечает: «Конечно, скунс! Если бы врач, кто бы стал тормозить?!». Врачи, правда, утверждают, что в этом анекдоте шла речь о юристах.

Нелюбовь населения к людям этих профессий понятна: обращаться к тем и другим – разорение! Страховки есть далеко не у всех. Врачи же имеют особенно веские основания не любить юристов. Я не говорю про настоящие врачебные ошибки, вольные или невольные, в этих случаях никому мало не покажется, и часто врача судят по статье «непредумышленное убийство». Речь немного о другом.

Западная медицина – медицина стандартов и алгоритмов. Стандарт – это «защита от дурака», в нашем случае – от дурака в белом халате, чтобы не навредил. Но алгоритмы и стандарты – это не что-то застывшее или высеченное в камне. Постоянно идут исследования, и новые данные вносят определенные изменения, в курсе которых должен быть врач. Каждому лицензированному врачу приходят письма о всех изменениях в рекомендациях: внимание, внимание, внимание!!!

Врач понимает, что, если он будет действовать по-старому, его просто засудят. За рубежом юристы очень плотно следят за врачами. Даже в газетах можно встретить объявления типа: «Побывали у врача? Обратитесь к нам!». Подход юристов: «Вы мне ничего не платите, просто приносите вашу историю болезни. Если я найду там какое-то отклонение от стандартов, мы подаем на больницу, на доктора в суд, а дальше мы поделим отсуженное пополам. Если я ничего не отсужу, значит, останетесь при своих, никакого риска!». И я никогда не слышал об исках меньше 100 000\$. Выше – сколько угодно!

Представляете, вот вы приносите юристу свою историю болезни, а вам в ответ говорят, что можно получить 50 000\$. Почему бы и нет?

И дальше начинается такое! С одной стороны, доктор, который спас тебе жизнь. Выписался из больницы, а тут объявление от юриста... Думаете: «Конечно, мне помогли, но бабок-то хочется!!! Ну а врач и так богатый!». Идете в госпиталь, стоите в очереди в канцелярию за своей историей болезни. Мимо идет твой доктор и спрашивает: «О, Джо, как дела?». Вы ему: «Доктор, спасибо. Все великолепно». Повернулся, помахал

рукой. А вы получили историю болезни и к юристу. И начинается!

«Вот, доктор, вы назначили гепарин, он разжижает кровь. А вы обратили внимание, что у больного низкий гемоглобин?!

«Да какой же он низкий, норма!»

«Нет, вот по данным союза таких-то врачей эти цифры могут уже рассматриваться как снижение». «Хорошо, ну а гепарин-то тут при чем?!» «А вдруг развилось бы кровотечение, вот и анализ кала на скрытую кровь показал положительный результат». «Так боли же в сердце, гепарин был по жизненным показаниям! А за потенциальным кровотечением мы следили!» «Нет, вот по мнению наших экспертов...» и т. д Вот так! Причем ситуация легко могла бы быть обратной: «Вы не дали гепарин человеку с нестабильной стенокардией, с болями в сердце? Почему? Гемоглобин низкий? Анализ стула положительный?! Вы недооценили угрозу основной болезни и из-за переоценки угрозы осложнений оставили пациента без помощи! Ах, вы думаете по-другому? Это вас не освобождает от ответственности. Вот вам иск на 3 млн \$, и пускай ваша страховая компания выплачивает».

Выплачивает не врач, у него нет 3 млн долларов, на этот случай у каждого доктора есть страховка от медицинских ошибок. Если в норме ежегодный взнос не очень большой для врача, где-то несколько тысяч долларов, то после судебных исков к нему взнос может уже составить, допустим, 100 000–150 000\$. Но если у врача, например, вся зарплата в 90 000 \$ в год, то из специальности ему придется просто уходить. Без страховки работать он не сможет, но если у него постоянные суды, то страховка становится больше не по карману. Здесь все как с автомобильными авариями. Ездишь без аварий – это одна сумма страховки, а если машина второй, третий раз ремонтируется на большие суммы, тебя будут страховать только за колоссальные деньги или не будут страховать вообще.

Половина врачей-иностранцев (французы, немцы, американцы), приезжающие работать в Россию или третьи страны, попадают к нам именно из-за проблем со страховкой. А вы раньше не задумывались, почему они сюда приехали? Да, у нас девушки самые красивые, и пельмени есть опять же, но тем не менее они приехали в Россию из-за того, что у себя дома страховку платить не могут, а здесь можно работать и так. Не буду обвинять всех скопом, они могут быть вполне хорошие врачи, «попасть под юриста» может каждый. Но тем не менее.... Тем не менее система работает так, как я рассказал.

## Другой мир – другие правила

\* \* \* ...Три года я проработал во Франции врачом российского посольства. Если в Африке я лечил местное население, то во Франции – уже наших граждан, с привычным российским менталитетом по нашим российским правилам. В то же время работа имела несколько специфический характер. Как вы себе представляете работу врача при посольстве? У него в распоряжении есть медпункт с определенным набором лекарств. Однако в более серьезных случаях, когда надо сделать рентген, анализ крови, необходим стационар, нужно обращаться к местным докторам. Если человек попадает в больницу, то ты каждый день ходишь и смотришь, что с ним происходит.

К этому кругу обязанностей добавлялась помощь моим бывшим пациентам из кардиоцентра, которые приезжали и просили организовать им консультацию у французских специалистов. Поэтому мне в годы работы во Франции приходилось общаться с большим кругом именно французских врачей. Это был мой первый опыт общения с западной медициной. Я наблюдал за тем, как они лечат, и понимал, что выглядит это немного странно с точки зрения российского доктора.

Однажды мне из кардиоцентра прислали пациента, ему планировали сделать операцию на сердце. Больной приехал в понедельник утром, и я сразу отвез его в госпиталь. Госпиталь, по нашим понятиям, выглядел определенно средненько: как-то грязновато, стенки обшарпаны, аппаратура не ахти. Приходит местный доктор и говорит: «Приехали? Ну хорошо, готовьтесь». И собирается уходить. Я ее останавливаю, спрашиваю, почему она не поинтересовалась у пациента характером болей, сколько таблеток он принимает и т. д. Она мне в ответ: «А зачем это? Я завтра сделаю коронарографию и все увижу, а следом прооперирую».

Я оставил пациента и думал, что заберу его через месяц, примеряясь к обычным нашим графикам. В воскресенье раздается звонок от пациента: «Доктор, я бы хотел с вами встретиться. Я подойду. Нет, меня уже выписали». Я был шокирован! Операция на сердце – и дома уже через пять дней! В те времена у нас с такими операциями лежали в больнице по 40–45 дней!

А в какие-то моменты французы, наоборот, никуда не торопятся. Помню, у пациента был приступ острого живота. Причем не просто острого живота, а буквально каменного, весь в поту, по всем признакам у него было прободение язвы. Больного надо было срочно в больницу на операцию. Даже некогда было вызывать «Скорую», я его кинул в машину, и

через несколько минут мы были в больнице.

Мне говорят – ждите. Чего ждите? Плохо ему! Мы ждали почти час, в то время когда счет шел на секунды. Кончилось тем, что я схватил человека в халате, идущего по хирургическому отделению, и буквально силой подтащил к больному, мол, смотри сюда! Положил его руку на живот страдальца, и тут он: «О-ля-ля! Скорее в операционную!».

Кстати, вспоминаю на эту тему еще одну историю, только уже американскую: человек пролежал в приемном покое семь часов, ожидая приема. Его привезли с сильными болями в груди. Через семь часов человек понял, что, раз он до сих пор не умер, значит, все хорошо. Почувствовал, что хочет есть, встал и ушел домой.

1993

\* \* \*

Французская кухня – это минимальное количество специй, не заглушающее вкус. Все свежее, причем именно сегодняшней свежести. Меня как-то поразила фраза из одного французского фильма. Семья – отец, дочь и мачеха. Дочь приехала в гости к отцу, заглянула к ним в холодильник и говорит мачехе: «Что, отца вчерашними яйцами травишь?».

По субботам автостоянки превращаются в рынки. Ходишь по ним, и хочется плакать. Там ходят в основном туристы, снимают на камеру и изнемогают от этого изобилия и свежести. Ты нигде больше не встретишь ни такой клубники, ни таких ракушек, ни таких авокадо. Все живое, все ползает. Угри расползаются.

Однажды я купил лангустинов. Они розовые. И я почему-то, наверное, по ассоциации с нашими раками, решил, что они уже отварные, раз такого цвета. Принес домой, думал, что сейчас разогрею. Бросил в горячую воду, вынул через 2 минуты, а она вывернулась из рук, забилась. Она была живая!!! Я испугался, бросил ее, с тех пор не могу их есть.

2013

\* \* \*

Однажды один из наших очень известных олигархов попросил меня полететь в Германию посмотреть знакомого пациента. Предложил свой самолет, а в итоге и сам полетел со мной. Мы пообщались с пациентом и поехали обратно в аэропорт. По пути олигарх заявил, что надо обязательно заехать в ресторанчик, ведь побывать в Германии и не отведать сосисок – невероятный грех.

Здесь надо упомянуть, что мой спутник – человек с очень широкой



душой и восточным колоритом (но только очень ошибутся те, кто недооценит его ум и мертвую хватку!).

Итак, мы свернули на берег Рейна, где под деревьями были раскинута столики. И здесь лицом к лицу столкнулись с европейской действительностью: с 15.00 до 19.30 подавляющее большинство ресторанов или вообще закрыты, или работают в режиме буфета. Так и здесь: пока мой спутник ходил мыть руки, официант успел поведать, что может предложить только пиво, а сосиски, как и прочие гастрономические удовольствия, – только вечером!

Делать нечего: заказываю пиво и начинаю объяснять вернувшемуся спутнику про европейские реалии, которые лишают нас сосисок. «Александр, ты не умеешь разговаривать с людьми!» – сказал олигарх и махнул рукой официанту: «Сосидж хочу, ферштейн?». И сует ему бумажку в 500 евро!!! Мне аж плохо стало, а официант резво развернулся на каблуках и через 10 минут появился с тарелкой «сосидж» – сосисок.

«Вот урод ты все-таки» – добродушно проворчал ему мой спутник – «Что это – тонкие и красные...» Дает официанту еще 500 евро (о, как меня душила жаба на это смотреть!!!) и говорит: «Ладно, эти оставь, но чтобы сейчас принес белые и вот такой толщины!». Официант опять метнулся и вскоре все, что просили, дымилось на столе. Конец этой истории тоже замечательный. Мы встаем уходить, а немец к нам с бумажкой. «Это что?» – спрашивает мой спутник. «Как что?» – отвечает немец – «счет!»

2004

### **Семейные истории**

\* \* \*

Наверное, у любого из нас есть такие детские воспоминания, которые почему-то отпечатываются в памяти, как будто освещенные какой-то вспышкой. Есть такие и у меня. Обычно они не предназначены для посторонних ушей, но пока я писал для вас эту книгу, то успел к вам привыкнуть, поэтому хочу поделиться одним из них.

Я десятилетний мальчик. Дедушка-академик решил устроить званый ужин, я уж не помню, по какому поводу. У него была большая квартира на Новослободской – там на доме сейчас мемориальная доска. Позвал братьев-академиков и других равных ему людей. Надо сказать, что квартира у дедушки была богатая и красивая, с картинами, антикварной мебелью. Он вообще был знатоком живописи и известным коллекционером.

Накрыт стол, хрусталь, столовое серебро... А вместе с дедушкой проживал его младший сын, мой дядя. Он очень любил всякие там ножи, кортики, разные военные аксессуары, послевоенное детство оставило след. Ведь это сейчас – «эхо войны», а тогда это были просто «бытовые» предметы...

Его комната была смежной со столовой, их разделяла большая стеклянная двухстворчатая дверь. И вот дядя решил сделать из меня часового, доверить пост: поставил меня около этой двери, нарядил в тельняшку, опоясал офицерским ремнем, повесил кортик.

Дома у нас долго лежала учебная граната-лимонка – такая, с рифленой поверхностью. Дал мне дядя в руку эту гранату и сказал: «Ты часовый. Вот ты охраняешь эту дверь. Если эта дверь открывается, ты бросаешь туда гранату. Только смотри, чтобы у двери стекла не разбить».

Я до сих пор помню, как я стоял и думал: «Интересно, если я брошу гранату, о каких стеклах вообще может идти речь?!». Я-то ведь не знал, что она учебная. Маленький еще был. Какая может быть еще граната, если не настоящая?

И вот я стоял до тех пор, пока дедушка вдруг не решил показать своим гостям внука. Открыл он двери и... Нет, вы же понимаете – у меня приказ!!! Дедушку, конечно, жалко, но ПРИКАЗ!!! И на праздничный стол полетела граната. Можете себе представить эффект!!! За 20 послевоенных лет люди еще не успели забыть, что такое лимонка!

Сколько лет прошло, но почему-то именно этот эпизод память решила бережно сохранить...

1963

\* \* \*

Моя мама второй раз вышла замуж в 50 лет. После этого счастливо прожила в браке еще 20 лет. Потом муж умер. Он был очень интересный человек с необычной судьбой. Выходец из дворянской семьи, будучи подростком, присоединился к Добровольческой армии, затем бегство из Крыма вместе с белыми, был эвакуирован в Югославию, где многие российские государственные институты были сохранены тамошним правительством и существовали еще несколько лет. Там был такой островок эмиграции: армия, кадетские корпуса, учебные заведения.

Так вот, Иван Васильевич (под таким именем я его знал) стал офицером и активно боролся против советской власти в белогвардейской организации и дослужился до начальника контрразведки Народно-Трудового Союза. Работал в Париже, после оккупации Франции начал

сотрудничать с абвером, хотя пример многих русских дворян, которые шли под расстрел, но не соглашались воевать на стороне немцев, жег ему душу (читайте его автобиографическую повесть «В омуте истины»).

В начале войны Иван Васильевич был заброшен в Россию, но сдался в контрразведку и продолжал работу, уже служа СССР. После долгих жизненных перипетий в 1948 году вернулся обратно в Россию и работал в Союзе писателей. Знал очень много языков, был членом Союза писателей и жил еще очень долго. Он всегда мне говорил: «Знаешь, у меня был сын, но я, к сожалению, расстался с его матерью. Она сказала, что он умер в младенчестве, и никого у меня больше и не было. Сестра у меня уехала перед самой войной в Америку, и я очень давно всех потерял».

Потом, когда я работал в Америке, Иван Васильевич попросил попытаться найти его родную сестру. Я дал объявление в русскоязычную газету, совершенно, впрочем, не надеясь на успех. При возвращении на родину Ивану Васильевичу сменили имя, фамилию, отчество. Ему дали полную легенду, под которой он, собственно, сейчас похоронен. В газете я указал его подлинное имя, которое он мне раскрыл уже в возрасте за 90 лет, и его московский телефон.

И вот представляете: спустя столько лет раздается в московской квартире звонок, и называют Ивана Васильевича подлинным именем: «Володя, это твоя сестра, как же так, я ведь тебе уже 50 лет за упокой свечки ставлю, а ты живой!!!».

Она начинает собираться в Москву к брату, которому уже за 90 лет. Сестра приезжает, они садятся за стол. Она рассказывает, что сын у него не умер в младенчестве, как уверяла его бывшая жена, когда он связался с контрразведкой, а что в подростковом возрасте сын был расстрелян немцами во Франции за участие в Соппротивлении, показала фотографии... И вот через 15 минут разговора Иван Васильевич, а на самом деле Владимир Дмитриевич, замолкает, закрывает глаза и умирает за столом. 50 лет жил, ничего не зная о семье, дождался, увидел на несколько минут и ушел... Думаю, ушел спокойным.

Человек, который столько прожил, столько испытал, он и смерть долго держал на расстоянии, пока не решил: вот теперь – пора... Он очень переживал последние перемены, крушение Империи, потому что много делал для ее восстановления. Он всегда верил и говорил: «Это все временно. Государство мы загубить не можем. Оно все равно поднимется. Это неизбежно». Так и будет!

1998

**Приложения**

## Приложение 1 Список лекарств с недоказанной эффективностью

В море лекарств, которыми нас лечат, очень трудно разобраться даже врачу. Что же говорить о человеке, которому врач советует одно лекарство, телевизор – другое, а соседка – третье. В некоторых странах лекарства маркируют по уровню доказанности их эффективности: А – высокий уровень; В – обычный и так далее по убывающей. У нас пока этого нет. Поэтому я привожу очень короткий, далеко не полный список лекарств, эффективность которых в полной степени не подтверждена правильно проведенными клиническими испытаниями. Некоторые из них я уже упоминал в этой книге, поэтому не стал повторять, некоторые не столь распространены, и я не стал утяжелять ими список.

Самое интересное, что многие из этих лекарств входят в список жизненно важных препаратов. Это значит, что миллионы и миллиарды денег из тех и так небольших средств, отпускаемых на медицину, тратятся зря. Но государственная машина довольно неповоротливая, пока там до них дойдет... А вот мы можем сами взвесить и решить: на что нам деньги тратить, а на что не стоит.

Неврология	
Актовегин	Антигипоксанта (действие не доказано)
Афобазол	Анксиолитик (действие не доказано)
Винпоцетин (Телектол)	Мозговой метаболит (действие не доказано)

Глитатилин	Ноотропный (действие не доказано)
Инстенон	Улучшатель мозгового кровообращения (действие не доказано)
Кавинтон	Улучшатель мозгового кровообращения (действие не доказано)
Кортексин	Ноотропный препарат (действие не доказано)
Карнитетин	Метаболик (действие не доказано)
Ноотропил (луцетам)	Ноотропный преп (действие не доказано)
Нейрокс	Антиоксидант (действие не доказано)
Пантогам, Пантокальцин	Ноотропный преп (действие не доказано)
Мемоплант	Улучшает мозговое и периф кровообращение (действие не доказано)
Сермион	Улучшает мозговое кровообращение (действие не доказано)
Церебролизин	Ноотропный препарат (действие не доказано)
Церепро (церетон)	Ноотропный препарат (действие не доказано)
Циннаризин	Улучшатель мозгового кровообращения (действие не доказано)
Энцефабол	Ноотропный препарат (действие не доказано)
Мексиприм	Антиоксидант (действие не доказано)
Мильгамма (витагамма)	Неропротектор (действие не доказано)
Мексидол	Антигипоксант, антиоксидант (действие не доказано)
Церебронорм	Улучшитель мозга (действие не доказано)
<b>Пульмонология</b>	
Арманорм	Дыхательный аналептик (действие не доказано)
Амизон	Противовирусный, иммуномодулятор (действие не доказано)

Амиксин	Противовирусный (действие не доказано)
Амбробене (лазолван)	Муколитик (действие не доказано)
Бронхо-мунал	Иммуностимулятор (действие не доказано)
Анаферон	Активирующий противовирусный иммунитет (действие не доказано)
Арбидол	Противовирусный перапарат (действие не доказано)
Арпелю	Противогриппозный (действие не доказано)
Афлубин	Противовирусная гомеопатия (действие не доказано)
Аэрус	Ингибитор протеолиза с противовирусным действием (действие не доказано)
Бифидумбактерин форте	Регулянт кишечной флоры (действие не доказано)
Бронхикум	(Действие не доказано)
Бронхолитин	Отхаркивающее (действие не доказано)
Виферон	Иммуномодулятор (действие не доказано)
Изопринозин	Иммуномодулятор (действие не доказано)
Деринат	Иммуномодулятор (действие не доказано)
Иммунал (иммунекс)	Иммуностимулятор (действие не доказано)
Имудон	Иммуностимулятор местный (действие не доказано)
Ингавирин	Противовирусный препарат (действие не доказано)
Ликопид	Иммуностимулятор (действие не доказано)
Кагоцел	Иммуномодулятор (действие не доказано)
Оцилококцидум	Противовирусный, противогриппозный (действие не доказано)
Полиоксидоний	Иммуностимулянт (действие не доказано)
Полудан	Иммуностимулянт, индуктор интерферона (действие не доказано)

Пробифор	Стимулянт кишечной флоры (действие не доказано)
Ридостин	Иммуностимулянт (действие не доказано)
Циклоферон	Иммуномодулятор, индуктор синтеза интерферона (действие не доказано)
<b>Гастроэнтерология</b>	
Апротекс	Гемостатический препарат, ингибитор протейназы (действие не доказано)
Линекс	Регулянт, улучшитель кишечной флоры (действие не доказано)
Бифидумбактерин	Регулянт кишечной флоры (действие не доказано)
Вобэнзим	Иммуномодулятор с противовоспалительным действием (действие не доказано)
Галстена	Гомеопатия для лечения желчного пузыря, печени, ПЖ (действие не доказано)
Иммунофан	Иммуностимулянт (действие не доказано)
Метилурацил	Стимулятор обменных процессов и лейкопоэза (действие не доказано)
Пробифор	Нормализант кишечной флоры (действие не доказано)
Элькар	Улучшитель метаболизма (действие не доказано)
Лактофильтрум	Улучшитель кишечной флоры (действие не доказано)
Ацилак (аципол)	Улучшатели и регуляторы кишечной флоры (действие не доказано)
Флонивин БС	Препарат для дисбактериоза (действие не доказано)
Тримедат	Регулянт моторной функции ЖКТ (действие не доказано)
<b>Гепатопротекторы</b>	
Гепабене	Гепатопротектор (действие не доказано)

Сибектан	Фитопрепарат, гепатопротектор (действие не доказано)
Гептрал (гептор)	Гепатопротектор, антидепрессант (действие не доказано)
Глутаргин	Гипоаммониемический препарат (действие не доказано)
Дипана	Гепатопротектор растительного происхождения (действие не доказано)
Лив 52	Гепатопротектор (действие не доказано)
Ливолайф форте (ливолин форте)	Гепатопротектор (действие не доказано)
Метионин (эслидин)	Гепатопротектор (действие не доказано)
Максар	Гепатопротектор растительного происхождения (действие не доказано)
Резалют про	Гепатопротектор (действие не доказано)
Прогепар	Гепатопротектор (действие не доказано)
Ропрен	Гепатопротектор (действие не доказано)
Фосфоглив (фосфоглив форте)	Гепатопротектор (действие не доказано)
Фосфонциале	Гепатопротектор (действие не доказано)
Эссенциале (эссенциале форте)	Гепатопротектор (действие не доказано)
Дипана	Гепатопротектор (действие не доказано)
Эрбисол	Иммуномодулятор (действие не доказано)
Полифепан	Энтеросорбент (действие не доказано)
Тиотриазолин	Антиоксидант (действие не доказано)
Лазннек	Гепатопротектор, иммуномодулятор (действие не доказано)
<b>Сосудистые препараты</b>	
Весел дуэ ф	Антитромботик, ангипротектор (действие не доказано)
Троксерутин	Улучшатель венозного тонуса, ангиопротектор (действие не доказано)



Антистакс	Улучшатель венозного кровообращения (действие не доказано)
Венолайф	Ангиопротектор, антитромботик (действие не доказано)
Венорутон	Венотоник (действие не доказано)
Троксевазин	Ангиопротектор, венотоник (действие не доказано)
Эндотелон	Венотоник (действие не доказано)
Аденоцин	Кардиотоник (действие не доказано)
Вазомаг	Метаболик (действие не доказано)
Милдронат (вазомаг)	Метаболик (действие не доказано)
Коэнзим Q10 (валеокор)	(Действие не доказано)
Инозие ф	Метаболик (действие не доказано)
Карнитен	Метаболик (действие не доказано)
Неотон	Метаболик (действие не доказано)
Рибоксин	Метаболик, антигипоксанта (действие не доказано)
Тромбовазим	Ферментный препарат, фибринолитик (действие не доказано)
Предуктал МВ (депрепорм МВ)	Метаболик (действие не доказано)
Кардинат	Метаболик (действие не доказано)
Кудесан	Нормализант метаболизма миокарда (действие не доказано)
Магнерот	Препарат магния (действие не доказано)

## Приложение 2 Диагностические таблицы

ОПАСНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ БОЛЯХ В СПИНЕ (см. также с. 31–35)

ОНЕМЕНИЕ ПРОМЕЖНОСТИ
ПРОБЛЕМЫ С КИШЕЧНИКОМ И МОЧЕИСПУСКАНИЕМ
СЛАБОСТЬ ОБЕИХ НОГ
ПОТЕРЯ ВЕСА
БОЛЬ НОЧЬЮ
ОНКОЛОГИЯ В АНАМНЕЗЕ

ПРИЧИНЫ АРТРИТА (см. также с. 35–44)

ОСТЕОАРТРИТ
РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ
ВИРУСЫ
ИНФЕКЦИИ
ГЕПАТИТ
ПСОРИАЗ
БОЛЕЗНИ КИШЕЧНИКА
ПОДАГРА

ПРИЧИНЫ ПОДАГРЫ (см. также с. 35–44)

ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС
ГИПЕРТОНИЯ
АЛКОГОЛЬ
ПЕРЕЕДАНИЕ
ГОЛОДАНИЕ
ИЗБЫТОЧНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ МЯСА
СЛАДКИЕ ГАЗИРОВАННЫЕ НАПИТКИ
ЛЕКАРСТВА (МОЧЕГОННЫЕ, АСПИРИН)
ТРАВМЫ

СОСТОЯНИЯ, СОПУТСТВУЮЩИЕ ПОЛИКИСТОЗУ ЯИЧНИКОВ  
(см. также с. 44–50)

БЕСПЛОДИЕ
ДИАБЕТ
ПОВЫШЕНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА
ПОВЫШЕНИЕ КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ
РИСК ОНКОЛОГИИ
ТРОМБОЭМБОЛИЯ
ДЕПРЕССИЯ
«ЖИРОВАЯ» ПЕЧЕНЬ
АПНОЭ СНА

СИМПТОМЫ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ (см. также с. 44–50)

НАРУШЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ
ПОЯВЛЕНИЕ ВОЛОС НА ЛИЦЕ
УГРИ
ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС ПО МУЖСКОМУ ТИПУ
ОЖИРЕНИЕ
ПОВЫШЕНИЕ САХАРА В КРОВИ

КОГДА ГОЛОВНАЯ БОЛЬ ОПАСНА (см. также с. 50–56)

ВНЕЗАПНОЕ УСИЛЕНИЕ И УЧАЩЕНИЕ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ
ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ УХУДШЕНИЕ (НЕСМОТЯ НА АДЕКВАТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ)
НАЛИЧИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ
УСИЛЕНИЕ БОЛИ ПРИ КАШЛЕ И ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗКАХ
ПЕРВОЕ ПОЯВЛЕНИЕ БОЛИ ПОСЛЕ 50 ЛЕТ

КОГДА ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОПАСНЫМ (см. также с. 56–58)

ТЕМПЕРАТУРА ВЫШЕ 38 °С
ДВОЕНИЕ В ГЛАЗАХ
ПРОБЛЕМЫ С РЕЧЬЮ ИЛИ СО СЛУХОМ
ОНЕМЕНИЕ КОНЕЧНОСТЕЙ
БОЛЬ В ГРУДИ
НЕПРЕРЫВНАЯ РВОТА
ЭПИЗОДЫ ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ

ТРЕВОЖНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ЯЗВЕ (см. также с. 61–66)

ПОТЕРЯ ВЕСА (НЕУМЫШЛЕННАЯ)
АНЕМИЯ (ОСОБЕННО У МУЖЧИН)
ПОСТОЯННАЯ РВОТА
БОЛЕЗНЕННОЕ, ВООБЩЕ ЗАТРУДНЕННОЕ ГЛОТАНИЕ
ЖЕЛТУХА
УВЕЛИЧЕННЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ

ЧТО МЫ НЕ ЗНАЕМ ПРО ЯЗВУ ЖЕЛУДКА (см. также с. 61–66)

МОЛОКО – ЭФФЕКТ НЕ ДОКАЗАН
КОФЕ ВЫЗЫВАЕТ ИЗЖОГУ, НО НЕ ЯЗВУ
ЧАСТЫЙ ПРИЕМ ПИЩИ ЛИШЬ УВЕЛИЧИВАЕТ СЕКРЕТНОСТЬ
РАСТИТЕЛЬНОЕ МАСЛО – ЭФФЕКТ НЕ ДОКАЗАН

ЯЗВА ЖЕЛУДКА. ФАКТОРЫ РИСКА (см. также с. 61–66)

ГЕЛИКОБАКТЕРИОЗ
ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ
КУРЕНИЕ
НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ
ВОЗРАСТ

СХЕМА ЗДОРОВОЙ ДИЕТЫ (см. также с. 66–81)

ОВОЩИ ДО 500 ГРАММОВ В ДЕНЬ, ОСОБЕННО ЗЕЛЕННЫЕ (НЕ ЗАБЫВАЙТЕ ПРО ЧЕСНОК, ХОТЯ БЫ ДОЛЬКУ В ДЕНЬ!)
ФРУКТЫ – ДО 500 ГРАММОВ В ДЕНЬ С УПОРОМ НА ЯБЛОКИ, СЛИВЫ, ГРУШИ
ОВСЯНКА
ПРОДУКТЫ ИЗ ЦЕЛЬНЫХ ЗЕРЕН
РЫБА, ДАЖЕ ЖИРНЫЕ СОРТА
ОБЕЗЖИРЕННЫЕ МОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ
КУРИЦА ИЛИ ИНДЕЙКА
ОЛИВКОВОЕ МАСЛО
НЕМНОГО ОРЕХОВ
И (О РАДОСТЬ!) КВАДРАТИК ЧЕРНОГО ШОКОЛАДА В ДЕНЬ И НЕМНОГО СУХОГО КРАСНОГО ВИНА ТЕМ, КТО НЕ РЕШИЛСЯ ПОЛНОСТЬЮ ОТКАЗАТЬСЯ ОТ АЛКОГОЛЯ

ЛЕКАРСТВА, КОТОРЫЕ МОГУТ СПРОВОЦИРОВАТЬ СУДОРОГИ  
(см. также с. 61–88)

ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ
АНТИБИОТИКИ
АНТИДЕПРЕССАНТЫ
БРОНХОЛИТИКИ
АНТИГИСТАМИННЫЕ
ПОНИЖАЮЩИЕ ДАВЛЕНИЕ
АНЕСТЕТИКИ

ПРИЧИНЫ СУДОРОГ (см. также с. 61–88)

ЭПИЛЕПСИЯ
ТРАВМЫ ГОЛОВЫ
ОПУХОЛЬ МОЗГА
ИШЕМИЯ МОЗГА
НИЗКИЙ УРОВЕНЬ САХАРА
НИЗКИЙ НАТРИЙ (МОЧЕГОННЫЕ)
СНИЖЕНИЕ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
АЛКОГОЛЬ
ЛЕКАРСТВА

АСТМА: ФАКТОРЫ РИСКА (см. также с. 106–112)

ПОЛ
НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ
АЛЛЕРГИЯ
ОЖИРЕНИЕ
КУРЕНИЕ
РАННЯЯ МЕНСТРУАЦИЯ
ПРИЕМ АНТИБИОТИКОВ В ДЕТСТВЕ
ЧАСТЫЕ РИНИТЫ И ОРЗ

ЕСЛИ ВЫ РЕАЛЬНО ХОТИТЕ ЗАЩИТИТЬ ВАШУ ПЕЧЕНЬ (см. также с. 126–136)

НЕ УПОТРЕБЛЯЙТЕ АЛКОГОЛЬ
СОБЛЮДАЙТЕ ДИЕТУ
С БОЛЬШОЙ ОСТОРОЖНОСТЬЮ ПРИНИМАЙТЕ ЛЕКАРСТВА, МНОГИЕ ИЗ НИХ МОГУТ НАНЕСТИ ПЕЧЕНИ ВРЕД, ОНИ ГЕПАТОКСИЧНЫ (К ТАКИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ И ЛЮБИМЫЕ МНОГИМИ ПАРАЦЕТАМОЛ И ПАНАДОЛ)
ПРЕДОТВРАЩАЙТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ, И ОНА САМА БУДЕТ ПЕРИОДИЧЕСКИ ОБНОВЛЯТЬСЯ

ЧЕМ МОЖЕТ ОБЕРНУТЬСЯ «ЧИСТКА» ПЕЧЕНИ (см. также с. 126–136)

ОСТРАЯ ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
ВЕНО-ОККЛЮЗИВНАЯ БОЛЕЗНЬ
ЦИРРОЗ
ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ
ЖИРОВАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ПЕЧЕНИ

ОЦЕНКА РИСКА ОСТРОГО ИНСУЛЬТА В ТЕЧЕНИЕ ДВУХ СУТОК ПОСЛЕ ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКИ (ТИА) (см. также с. 136–142)

ВОЗРАСТ > 60 ЛЕТ
АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ > 140/90
СЛАБОСТЬ РУКИ ИЛИ НОГИ С ОДНОЙ СТОРОНЫ ИЛИ НАРУШЕНИЕ РЕЧИ ВО ВРЕМЯ ТИА
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СИМПТОМОВ ТИА > 10 МИН, ОСОБЕННО ЕСЛИ > 60 МИН
НАЛИЧИЕ ДИАБЕТА

КАМНИ В ПОЧКАХ: ФАКТОРЫ РИСКА (см. также с. 148–154)

НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ
СОПУТСТВУЮЩИЕ БОЛЕЗНИ: ДИАБЕТ, ПОДАГРА, ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРАЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ
ДИЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

ДИЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ДЛЯ КАМНЕЙ В ПОЧКАХ  
(см. также с. 148–154)

НИЗКИЙ ОБЪЕМ ПОТРЕБЛЯЕМОЙ ЖИДКОСТИ
ВЫСОКОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ СОЛИ
ПОТРЕБЛЕНИЕ МЯСА И ДРУГИХ ПРОТЕИНОВ ЖИВОТНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ
ВЫСОКОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ САХАРОЗЫ И ФРУКТОЗЫ
НИЗКОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ КАЛЬЦИЯ С ДИЕТОЙ
НИЗКОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ КАЛИЯ
ИЗБЫТОЧНЫЕ ДОЗЫ ВИТАМИНА С

### РИСКА ДЛЯ РАКА ГРУДИ (см. также с. 182–192)

НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ
ВЛИЯНИЕ ЭСТРОГЕНОВ
КУРЕНИЕ И АЛКОГОЛЬ
ОЖИРЕНИЕ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГРУДИ
МАЛОПОДВИЖНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ
РАБОТА В НОЧНОЕ ВРЕМЯ
РОСТ ВЫШЕ 175 см
УПОТРЕБЛЕНИЕ ЖИВОТНЫХ ЖИРОВ
РЕНТГЕНОВСКИЕ ЛУЧИ

### ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА И РАК ШЕЙКИ МАТКИ (см. также с. 182–192)

РАК ШЕЙКИ МАТКИ В 100% СЛУЧАЕВ ВЫЗЫВАЕТСЯ ВИРУСОМ
80% ЖЕНЩИН ПОДВЕРГАЮТСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ВИРУСА
У 20% ВИРУС ОСТАЕТСЯ В КРОВИ ПОЖИЗНЕННО
ПЕРЕДАЕТСЯ ТАКЖЕ ПРИ КОНТАКТЕ С КОЖЕЙ
КУРЕНИЕ УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В 4 РАЗА

### МИФЫ ОБ ЭРОЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ



(см. также с. 182–192)

ЭРОЗИЯ МАТКИ ВЫЗЫВАЕТСЯ ИНФЕКЦИЕЙ
ЭРОЗИЯ МАТКИ ПЕРЕРАСТЕТ В РАКОВУЮ ОПУХОЛЬ
НУЖНО ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЕЛАТЬ ПРИЖИГАНИЕ
МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К БЕСПЛОДИЮ

**ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ**  
(см. также с. 217–223)

ЯЗВЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ
ИНФАРКТ, ИНСУЛЬТ
ГИПЕРТОНИЯ И СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
ПОВРЕЖДЕНИЕ ПЕЧЕНИ
УГНЕТАЮТ КРОВЕТВОРЕНИЕ
ОСОБЕННО ОПАСНЫ ДЛЯ ЛИЦ СТАРШЕ 65 ЛЕТ

### **Приложение 3 Принципы лечения**

**ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРИТА**  
(см. также с. 35–43)

СНИЖЕНИЕ ЛИШНЕГО ВЕСА
ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ
ПРИЕМ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИХ
ИНЪЕКЦИИ ГОРМОНОВ
ИНЪЕКЦИИ ГИАЛУРОНАТА
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ

**ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ**  
(см. также с. 145–148)

<b>МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ:</b> ✓ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ:</b> ✓ МАЛОИНВАЗИВНАЯ ОПЕРАЦИЯ ✓ ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ✓ ФОКУСИРОВАННОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ «ВЫПАРИВАНИЕ» ✓ УДАЛЕНИЕ МАТКИ
<b>ГЛАВНОЕ:</b> ЕСЛИ НЕТ СИМПТОМОВ, ЛЕЧЕНИЕ НЕ ПОКАЗАНО

**КАЛЕНДАРЬ ПРИВИВОК ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ**  
(см. также с. 176–181)

ГРИПП	ЕЖЕГОДНО
СТОЛЬБНЯК/ДИФТЕРИЯ	РАЗ В 10 ЛЕТ
ГЕРПЕС	ОДНОКРАТНО ПОСЛЕ 60 ЛЕТ
ПНЕВМОКОКК	1-2 ДОЗЫ
ГЕПАТИТ В, А	2 ДОЗЫ
КОРЬ/КРАСНУХА/ПАРОТИТ	1-2 ДОЗЫ
МЕНИНГОКОКК	1-2 ДОЗЫ

**КАК СНИЗИТЬ РИСК РАКА ГРУДИ**  
(см. также с. 182–192)

ПЕРВЫЕ РОДЫ ДО 30 ЛЕТ
КОРМИТЬ РЕБЕНКА ГРУДЬЮ БОЛЬШЕ 6 МЕСЯЦЕВ
НЕ КУРИТЬ
ОГРАНИЧИТЬ АЛКОГОЛЬ
ПОДДЕРЖИВАТЬ НОРМАЛЬНЫЙ ВЕС
ОГРАНИЧИТЬ ПРИЕМ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ
ОГРАНИЧИТЬ РАБОТУ НОЧЬЮ
ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА
ИЗБЕГАТЬ РАДИАЦИИ

## КОГДА ПРИНИМАТЬ АСПИРИН (см. также с. 199–201)

<b>ВОЗРАСТ 50 И БОЛЕЕ ЛЕТ</b>
<b>ЕСТЬ СОЧЕТАНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ДЛЯ ССБ: ПОВЫШЕННЫЙ ХОЛЕСТЕРИН, ПОВЫШЕННОЕ ДАВЛЕНИЕ, ПОВЫШЕННЫЙ САХАР, КУРЕНИЕ</b>
<b>НИЗКИЙ РИСК ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ (ОТСУТСТВИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ПРОШЛОМ)</b>
<b>СЕМЕЙНАЯ ИСТОРИЯ РАКА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА</b>

## ВИТАМИНЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ БОЛЕЗНЕЙ (см. также с. 201–210)

<p><b>ВИТАМИН А</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нет эффекта в предотвращении сердечных болезней и катаракт</li> <li>2. Увеличивает риск онкологии у курильщиков</li> <li>3. Увеличивает риск переломов у пожилых женщин</li> <li>4. Тератогенное действие</li> </ol>	<p><b>ВИТАМИН Е</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Не уменьшает риск онкологии и ССБ, катаракт и инфекций</li> <li>2. Увеличивает смертность</li> </ol>
<p><b>ВИТАМИН В</b> не уменьшает риск онкологии или сердечных болезней</p>	<p><b>ФОЛИЕВАЯ КИСЛОТА</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Беременным для предотвращения дефекта плода</li> <li>2. Не предотвращает рак, ССБ, гипертонию или потерю слуха</li> </ol>
<p><b>ВИТАМИН С</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Не уменьшает риск онкологии, сердечных болезней и катаракт</li> <li>2. Не уменьшает риск простудных заболеваний но:</li> <li>3. Может сокращать острый период болезни</li> </ol>	<p><b>ВИТАМИН D</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Профилактика остеопороза – 600–800 единиц в день + кальций</li> <li>2. Убедительных данных за предотвращения рака, инфекции нет</li> </ol>
<p><b>ПОЛИВИТАМИНЫ – эффект не доказан</b></p>	

## «ЗА» И «ПРОТИВ» ГОРМОНАЛЬНО-ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ (ГЗТ) (см. также с. 211–214)

«ЗА»	«ПРОТИВ»
УЛУЧШЕНИЕ САМОЧУВСТВИЯ, УМЕНЬШЕНИЕ ПРИЛИВОВ, УПРУГАЯ КОЖА	УВЕЛИЧЕНИЕ РИСКА ИНСУЛЬТОВ
УМЕНЬШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	УВЕЛИЧЕНИЕ РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИИ
УМЕНЬШЕНИЕ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ	УВЕЛИЧЕНИЕ РИСКА ХОЛЕЦИСТИТА
ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОПОРОЗА, МЕНЬШЕ ПЕРЕЛОМОВ	РИСК РАЗВИТИЯ АСТМЫ
СНИЖЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАБЕТА	УВЕЛИЧЕНИЕ РИСКА РАКА ГРУДИ
СНИЖЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА	

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ГЗТ ЯВЛЯЮТСЯ  
(см. также с. 211–214)

БЕРЕМЕННОСТЬ
БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ
НЕДАВНИЙ ТРОМБОЗ
СЕМЕЙНАЯ ИСТОРИЯ РАКА ГРУДИ
МИОМА МАТКИ
КАМНИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ
МИГРЕНЬ
СУДОРОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА