

О самом главном с доктором Мясниковым

Автор:

[Александр Мясников](#)

О самом главном с доктором Мясниковым

Александр Леонидович Мясников

О самом главном с доктором Мясниковым

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 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.

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 самоабвенно 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 выпрашивать 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 отделиваются 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.

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 перебрались 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 удлинит 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.

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 попади 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 неважно.

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.

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

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: отдирать и больно, и страшно! И все равно менять её надо: инфекция пылает вовсю, а вдруг, не дай Бог, начнется гангрена?

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, строем 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!

Конец ознакомительного фрагмента.

Купить: <https://tellnovel.com/aleksandr-myasnikov/o-samom-glavnom-s-doktorom-myasnikovym>

надано

Прочитайте цю книгу цілком, купивши повну легальну версію: [Купити](#)