



**ДОКТОР  
МЯСНИКОВ\***

# КАК ЛЕЧИТЬСЯ ПРАВИЛЬНО

## КНИГА-ПЕРЕЗАГРУЗКА



**ПРОГРАММА ОЗДОРОВЛЕНИЯ НАЦИИ «ПОРА ЛЕЧИТЬСЯ ПРАВИЛЬНО»**



Знания о диагностике и лечении обновляются в медицине каждые 5 лет. Эти новейшие знания нужны каждому человеку, чтобы вовремя распознать болезнь и лечиться правильно.

- ЕСТЬ ЛИ У ВАС БОЛЕЗНЬ?
- ЕСЛИ ЕСТЬ, ТО ТРЕБУЕТ ЛИ ОНА ЛЕЧЕНИЯ?
- ЕСЛИ ДА, ТО КАК ПОНЯТЬ, ЧТО ОНО ПРАВИЛЬНОЕ И СВОЕВРЕМЕННОЕ?

\*Автор лучших нехудожественных книг в России за 2013–2018 гг.  
по данным главного книжного портала <https://pro-books.ru>

Александр Мясников

**Как лечиться правильно.  
Книга-перезагрузка**

«ЭКСМО»

2018

УДК 613  
ББК 51.204.0

**Мясников А. Л.**

Как лечиться правильно. Книга-перезагрузка / А. Л. Мясников —  
«Эксмо», 2018

ISBN 978-5-04-091578-1

Многое из того, что вы узнаете, читая новую увлекательную книгу доктора Мясникова, покажется парадоксальным. Медицина не стоит на месте, и Вы тоже должны идти в ногу со временем и правильно заботиться о своем организме. Это позволит не допускать грубых ошибок: не покупать ненужные препараты, не делать лишние дорогостоящие обследования, имеющие к тому же неприятные побочные эффекты, и не поддаваться на уловки фармфирм.

Все утверждения в книге доктора Мясникова основаны на строго научных новейших данных и касаются всех важнейших аспектов нашего здоровья. Вы знаете, что давление 120/80 сегодня считается повышенным? (Хотя вчера еще считалось нормой). А что позвоночная грыжа в большинстве случаев не требует операции? (Тем временем хирурги по-прежнему ее предлагают, не сообщая, что боль пройдет и без нее). Что многие формы рака – такое же хроническое заболевание, как, например, диабет или стенокардия? (Но мы по-прежнему боимся). Считаете, что при любом повышении артериального давления нужно принять лекарство для его снижения? Уверены, что холестерин – ненужное в организме вещество, с которым стоит бороться всеми возможными способами?..

УДК 613  
ББК 51.204.0

ISBN 978-5-04-091578-1

© Мясликов А. Л., 2018

© Эксмо, 2018

# Содержание

ЗДОРОВЬЕ: НАУЧНЫЙ ПОДХОД	8
Глава 1	10
Глава 2	13
Глава 3	19
Конец ознакомительного фрагмента.	20

# **А. Л. Мясников**

## **Как лечиться правильно: книга-перезагрузка**

© Питцхелаури И., 2018

© Мясников А. Л., текст, 2018

© ООО «Издательство «Э», 2018

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

\*\*\*



Автор книги Александр Мясников – самый авторитетный и известный в России врач, телеведущий, действующий главврач крупнейшей российской больницы. Огромный врачебный опыт и писательский талант дают ему право вести честный разговор о медицине и лекарствах для сохранения здоровья в России.

Автор лучших нехудожественных книг в России за 2013–2018 гг. по данным главного книжного портала <http://pro-books.ru>

\*\*\*

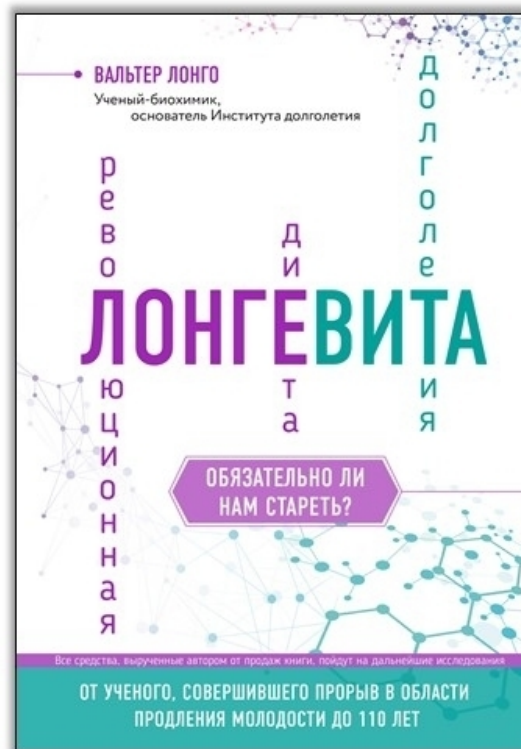
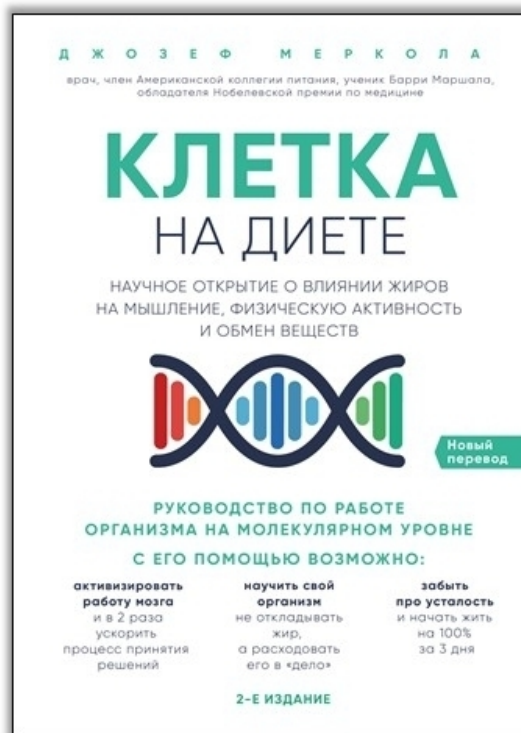
Все книги программы «Пора лечиться правильно» содержат ценную медицинскую информацию, написаны понятно и нестрашно врачами высшей квалификационной категории и основаны на строгих научных данных. С этими книгами вы сможете позаботиться о себе и своих родных самым лучшим образом.

Здоровья вам и приятного чтения!

*Главный редактор книг программы оздоровления нации «Пора лечиться правильно» кандидат биологических наук  
Ваша Ольга Шестова*



## ЗДОРОВЬЕ: НАУЧНЫЙ ПОДХОД



**Парадокс растений. Скрытые опасности «здоровой» пищи: как продукты питания убивают нас, лишая здоровья, молодости и красоты.**



В этой книге кардиолог и кардиохирург Стивен Гандри предлагает вам ряд исследований, доказывающих, что некоторые растения просто НЕ ХОТЯТ, чтобы их ели. Более того, они продумали механизм защиты, благодаря которому в организм «хищника» впрыскивается парализующий яд. Узнайте, как помидоры, тыква и тысячи других растений неизбежно губят ваш иммунитет.

**Клетка «на диете». Научное открытие о влиянии жиров на мышление, физическую активность и обмен веществ.**

В своей книге Джозеф Меркола расскажет, как работает тело человека на молекулярном уровне, и поможет понять, какое же питание способно спасти нас от самых страшных заболеваний, сохранить молодость и красоту, активизировать работу мозга и жить счастливо без особых ограничений. Узнайте уникальную методику перехода на новый уровень жизни – жизни, полной энергии, здоровья и красоты.

**Эффект теломер: революционный подход к более молодой, здоровой и долгой жизни**

Почему некоторые люди в 60 лет выглядят и чувствуют себя как в 40, а другие в 40 лет выглядят как 60-летние старики? Как правильный образ жизни помогает улучшить здоровье? Книга доктора Элизабет Блэкберн и психолога Элиссы Эпель поможет вам разобраться, как функционирует человеческий организм на клеточном уровне – и раскроет все секреты биологического индикатора – теломеразы.

**Лонгевита. Революционная диета долголетия**

«Пытаться вылечить болезнь без нужных знаний – это то же самое, что чинить автомобиль, понятия не имея, как он работает», – утверждает доктор Вальтер Лонго. В своей книге он собрал результаты последних сенсационных открытий и создал руководство по пользованию собственным телом. Узнайте, как функционирует наш организм и как улучшить его работу с помощью питания.

## Глава 1

### Здоровый – это тот, кто считает себя здоровым

«Я знаю, что я ничего не знаю!» С детства я слышал и сам повторял эти слова Сократа, не особенно в них вдумываясь. А вот прочувствовал смысл только сейчас, оглядываясь на свой 40-летний врачебный опыт.

Молодым врачом я с энтузиазмом брался лечить любые недомогания, безапелляционно ставил диагнозы, с непониманием и некоторой снисходительностью читал статьи уважаемых академиков, искавших ответы на вопрос: «Что же такое болезнь как состояние?». «Какие-то древние рассуждения, – думал я. – И так же все ясно!»

Текли годы, десятилетия, мелькали города, страны, вереница клиник и госпиталей, а я как был молодым и подвижным, так и оставался (как мне, по крайней мере, казалось!). Спорт, походы, путешествия и сегодня – значительная часть моей жизни. Со временем выявлялись какие-то отклонения в анализах, стала развиваться гипертония, но я принимал таблетки и особо на эту тему не заморачивался. До поры...

У меня в айфоне есть закладка «Здоровье». Там надо заполнить медкарту, перечислить свои болезни и факторы риска. Я стал честно заполнять. Перечислил и гипертонию, и высокий холестерин, подагру и хронический бронхит... На шестой или седьмой строчке напрягся: получается, у меня набор всех самых распространённых болезней – от пародонтита до простатита! Да тут надо в реанимации лежать, а не по тайге и по сопкам за медведем ходить или по рингу скакать! Именно это явное несоответствие медкарты и образа жизни впервые и заставило задуматься. Я же не один такой! Что-то тут не так!..

Вот врачи говорят: сахар крови до 5,6 – норма, 5,7–6,9 – преддиабет, 7,0 и выше – диабет! Так? – Так! Только ещё не так давно диагноз «сахарный диабет» ставили при сахаре крови от 8 (ну, чуть меньше). То, что мы сегодня активно лечим, вчера считалось нормой. Это же относится и к цифрам артериального давления, и к холестерину. Конец 2017 года вообще преподнес нам оглушительный сюрприз. Американская сердечная ассоциация и Американская коллегия кардиологов официально изменили нормы артериального давления и показания к его лечению. Теперь норма – НИЖЕ 120/80; цифры 120/80–129/80 – это повышенное давление, или предгипертония; 130/80–130/89 – первая степень гипертонии, а 140/90 и выше – вторая степень заболевания! Одним росчерком пера «законодатели медицинской моды» увеличили популяцию больных гипертонической болезнью с 33 до 50 % населения в одних только США.

Более того, согласно новым официальным рекомендациям, лечение лекарствами надо начинать при 140/90, а если пациент курит, избыточного веса, с высоким холестерином и сахаром, то и при 130/80 мм рт. ст.! При 150/90 рекомендуется усиливать терапию присоединением второго препарата. В результате только в Америке дополнительно ещё 31 миллиону человек нужно начать принимать гипотензивные препараты, а те 30 миллионов, которые уже на лекарствах, должны резко усилить терапию! Да, конечно, факторы риска, статистика, профилактика, но как же, наверное, радуются фармакологические компании! Совершенно «бескорыстно» радуются грядущему оздоровлению нации...

**Согласно официальным рекомендациям,  
лечение лекарствами надо начинать  
при повышении артериального давления до 140/90.**

Из-за повсеместного несправедливого назначения всяких там УЗИ, МРТ, компьютерных томографий резко возросло количество находок «неясной клинической значимости». Камень

в желчном пузыре – это болезнь? Если да, то болен этой болезнью каждый десятый. Если нет, то откуда осложнения в виде холециститов, панкреатитов, онкологии жёлчного пузыря?.. А узел щитовидной железы – болезнь? Если да, то ей страдает практически каждый второй! Если же нет – что такое узловой зоб или рак щитовидки?.. Грыжа позвоночника – оооо, вот тут и вопроса быть не может, конечно, это болезнь! Желательно вообще избавиться от нее операционным путём! Только почему грыжа есть у трети людей, протекает безо всяких болей и – что это там пишут?! – в большинстве случаев рассасывается сама в течение 3–4 месяцев?

Граница между здоровьем и нездоровьем иногда бывает очень размыта. При этом ориентироваться на самочувствие можно далеко не всегда, ведь самочувствие – очень и очень субъективный и ненадежный показатель! Казалось бы, сама изначальная суть медицины – избавить пациента от беспокоящих симптомов. Заболел живот или отнялась рука – пошел человек к шаману, знахарю, лекарю. Ничего не болит и не беспокоит – чего ходить? Никогда медицина бесплатной не была: шаману – зайца или другую дичь, знахарю – монету, лекарю – ассигнацию. Отсюда и пошло: есть боль, значит, больной. Все хорошо – ну, не надо и Бога гневить! Мы прекрасно знаем, насколько ошибочен такой подход! Один человек десятилетиями мучается от приступов тошноты и боли в желудке, но при этом доктора ничего не находят и жизнь протекает, в общем, нормально. Другой – молодой здоровый «лось», никогда ничем не болел и – на тебе! – ночью неожиданно умер! Только, как правило, слово «неожиданно» сюда не подходит, очень мало таких катастроф, которые развиваются на пустом месте.

Ну да, на то и существует диспансеризация, чтобы выявить «слабые места» в здоровье человека, предложить меры индивидуальной профилактики или назначить лечение, если оно уже требуется. Только ведь «гладко было на бумаге» – как тонко просеивать будем? Миллионы человек пропускать через мелкое сито подробных исследований? – Так сразу обрушим нашу медицину, она захлебнется в вале ложноположительных результатов, каскаде уточняющих исследований; тысячекратно увеличим количество людей, относящихся к категории больных; в итоге – разорим здравоохранение на ненужном, а то и просто вредном лечении (мы все это можем наблюдать сегодня). Возьмем сито с крупными ячейками – и сотни тысяч «здоровых» будут радоваться нормальному уровню холестерина, сахара, давления, а потом в свой недобрый час умирать от разрыва затаившейся врожденной аневризмы артерии в мозгу, опухоли надпочечника или внезапной тромбоэмболии. Далее мы еще вернемся к проблемам скрининга, рассмотрим, что должно настораживать и требовать прицельного исследования вне рамок рутинной диспансеризации, а что, наоборот, в вашем конкретном случае будет излишним или даже просто вредным.

...Мы не так много от этой жизни хотим. Я помню, как в детстве мы друг у друга спрашивали: а что бы ты попросил, если бы у тебя была волшебная палочка?! Многие отвечали: силу как у слона, способность летать, мешок денег (как у Али-Бабы), машину (в моем детстве это была неосуществимая мечта!)... А я всегда говорил: «Мир во всём мире!» Все смеялись, думали, я шучу. А я не шутил, так как еще маленьким понимал, что индивидуальное счастье невозможно во время всеобщей беды! И сегодня, когда в сердце своем мы обращаемся к Богу (а такие моменты есть у каждого – и у верующего, и у неверующего), то просим в первую очередь здоровья себе и своим близким. Ну и «чтобы не было войны». Мы хотим:

- > долго жить;
- > хорошо себя при этом чувствовать;
- > оставаться активными и дееспособными;
- > не болеть.

Это как минимум. Желательно еще не сутулиться, чтобы не было живота, морщин, целлюлита и прыщей!

Итак, первые три постулата понятны. Четвертый, как мы видим, значительно более размыт и не всегда соотнобразуется с нашими представлениями о болезни.

Как же понять, болен человек или здоров? Исходя из своего немалого врачебного опыта я пришел к выводу, что в подавляющем большинстве случаев:

- > больной – тот, кто считает себя больным;
- > здоровый – тот, кто считает себя здоровым!

При этом:

- > тот, кто считает себя здоровым, не всегда здоров;
- > тот, кто считает себя больным, далеко не всегда болен!

**Равно как и:**

- > плохое самочувствие – не всегда признак болезни;
- > отсутствие симптомов не означает отсутствия болезни.

Как видите, никакого откровения, все банально... Пролистывая книгу, можно скользнуть глазами и не обратить даже внимания. Всего шесть строчек – а мне понадобилось 40 лет, чтобы научиться мыслить с этих позиций!

**У трети людей позвоночная грыжа протекает  
без боли и в большинстве случаев рассасывается  
сама в течение 3–4 месяцев.**

Но не только мыслить и работать, постулат «Здоров тот, кто считает себя здоровым!» я сделал девизом всей своей жизни! Да, есть множество факторов риска (холестерин повышен, сахар, мочевая кислота, давление), плюс наследственность отягощенная – ну и что? Что же теперь, рыдать и обзаводиться больничным халатом с тапочками?! Мне часто пишут: «Доктор, у меня гипертония, значит, в баню нельзя?!», «А в спортзал мне ходить с болью в спине можно?», «У меня миомы, мне ведь на юг нельзя?!». Сразу вспоминается анекдот про двух грузин:

- Ты чего не пьешь?!
- Мне доктор запретил!
- Эээ, мой мне тоже запретил, я ему денег дал – разрешил!

За жизнь накапливается много болячек, с ними надо уметь уживаться и сосуществовать. Вернее, отношения должны быть, как у собаки и ее хозяина: сказано – иди в угол и лежи там, значит, пошла и легла. Болячки свое еще возьмут, ни один от этого не ушел, но пока пусть лежат тихонечко в углу, а мне и в Сибирь на лошадях надо, и в Америку на доклад лететь, и спарринг-партнер новый, шустрый такой – пора поднажать на физподготовку... Так и живем!

## Глава 2

### Когда обвиняемые переживают судей...

*«О, сколько их упало в эту бездну,  
Разверзтую вдали!»*

*М. Цветаева*

Я искренне считаю, что лучше профессии врача ничего нет! Причем всю жизнь так считал. В любой стране, при любой власти, при любом общественном строе и обстоятельствах врач – самая нужная и уважаемая работа. Давайте будем прагматиками и добавим: врач и повар умрут с голоду последними. (Бессмертное: «Когда врач сыт – больному легче».) Живое дело, где необходимо логическое мышление, умение находить общий язык с любым человеком, самодисциплина, где работа может доставлять невероятные эмоции! Необходимость постоянно читать и самосовершенствоваться в профессии не дает опуститься в рутину жизни, а чувство востребованности окрыляет! Не смотрите на замотанных участковых врачей в несвежих халатах, с пустыми тоскливыми глазами, вечными диагнозами «ВСД» (вегето-сосудистая дистония) и «остеохондроз» (несуществующие диагнозы. – *Прим. ред.*) и неизменными назначениями антибиотиков и БАДов. Они не всегда были такими, они просто не смогли сопротивляться системе, в которой их лучшие качества не были востребованы и не оплачивались. Опустить руки легко, проблема в том, что после этого человек будет уже навсегда ни к чему не годен...

Студентом я никак не мог понять, зачем нам столько различных химий?! Органическая, неорганическая, физическая, биологическая, аналитическая... Что там было еще? Это уже потом, много лет спустя, в Америке, при сдаче экзаменов на подтверждение врачебного диплома, я понял, что все правильно, что без твердого знания базы хорошим врачом не стать! Даже не так – не просто «хорошим врачом» (обширно-расплывчатое понятие), а «высококвалифицированным профессионалом». Да есть разница, есть...

Зато сразу влюбился в «Пропедевтику внутренних болезней». Иначе и быть не могло: учебник с таким названием («Пропедевтика» – введение) был написан моим дедом. Сколько же поколений советских врачей выросло на этой книге! И не только советских: дедова «Пропедевтика...» была переведена на 17 языков мира. Выслушивание шумов и хрипов, выстукивание, правильная пальпация (ощупывание), умение обращать внимание на малозаметные непостоянные признаки – самая увлекательная пора введения в настоящую медицину!

До сих пор горжусь своим умением в 90 % случаев ставить правильный диагноз только при осмотре и расспросе, безо всяких дополнительных анализов и исследований! И как же мне это пригодилось в долгой врачебной практике: в Африке, где просто не было никакого оборудования; в Америке и России, когда зачастую совсем нет времени на исследования, а решения надо принимать прямо здесь и сейчас!

В то время профилактическое направление в медицине только зарождалось. Нет, в плане предотвращения инфекционных болезней все было четко – сейчас бы так! Войны, эпидемии, сыпной тиф – учителя суровые! (Мой прадед, земской врач, умер в 1921 году от сыпного тифа, когда боролся с этой эпидемией.) Сегодня мы расслабились, не хотим осознать, не верим, что инфекции как-то незаметно опять становятся угрозой № 1 для человечества, от прививок отмахиваемся. А тогда, в мои студенческие годы, все было в памяти свежо, пенициллин относительно недавно ввели в клиническую практику... Но вот то, что сердечно-сосудистые болезни и онкология приобретают характер эпидемии, только-только стали осознавать.

**Один и тот же человек в 1980 году считался бы полностью здоровым, в 1995 – относящимся к группе риска, а в 2015 – больным!**

Однако «главные обвиняемые» были уже определены: ожирение, высокий холестерин, сахар, гипертония, курение! Вот уже 40 лет на моих глазах «идет суд» над ними, умерло не одно поколение «судей», а практически ничего не изменилось. Давайте посмотрим.

Вот ожирение. Мы из житейского опыта знали, что тучные люди часто имеют плохое самочувствие и чаще болеют. Уже появились работы, указывающие на связь именно «центрального» ожирения (пресловутый животик!) и частотой инфарктов миокарда. Я помню, как меня рассмешило приспособление для измерения жировой складки в области живота. Что-то среднее между щипчиками и циркулем, надо захватить кожно-жировую складку чуть ниже пупка – в норме она должна быть сантиметр, не больше! Это было нереально, у тощего в то время меня она составляла сантиметра три! Я не знаю, используется ли это измерение жировой складки сейчас, но вот примитивное измерение объема талии обычным портновским сантиметром и сегодня – важнейшая диагностическая процедура! Отклонение от нормы (в большую сторону, конечно!) является полноценным членом «смертельного квартета» – так называют метаболический синдром, подчеркивая нешуточную угрозу здоровью человека, если «в одном флаконе» сочетаются увеличение объема талии, артериальная гипертония, нарушения холестерина обмена и повышенный уровень сахара.

С годами параметры нормы объема талии все ужесточались. Изначально, на заре превентивной кардиологии, допустимой считалась талия в 106 см у мужчин и 90 – у женщин. Потом подумали, посчитали и ужали норму до 102 см у мужчин и 88 – у женщин. Сегодня приемлемым вариантом считается талия 94 см у мужчин и 80 – у женщин. Но это при условии, что человек не азиат, – там пределом талии у мужчин является 90 см... Я все понимаю. Эпидемиологические исследования, статистика, метаанализ – но где они таких мужчин и женщин видят после 50 лет?! Ну, может, один (одна) на 30 человек! Я уже упоминал про постепенное ужесточение норм сахара, холестерина, артериального давления. Один и тот же человек в 1980 году считался бы полностью здоровым, в 1995 – относящимся к группе риска, а в 2015 – больным!

Вообще, интересно: риски различных болезней возрастают при увеличении массы тела, холестерина, артериального давления, сахара – да это уже ребенок знает! Но! Они также увеличиваются при сниженной массе тела, чересчур низком холестерине, давлении и сахаре! Мы говорим: индекс массы тела ниже 18 – опасно! (Напомню, индекс массы тела рассчитывается по формуле: вес в килограммах делится на рост в квадрате (рост в метрах!). Норма – в интервале между 18 и 25.) При «нижнем» давлении менее 75 мм рт. ст. риски сердечно-сосудистых заболеваний увеличиваются! Очень низкий холестерин у пожилых – плохой признак! Низкий сахар вообще вызывает симптомы куда более опасные, чем повышенный!

Итак, ситуация, как в известном в советское время фильме: «Белые пришли – бьют! Красные пришли – бьют! Куда бедному крестьянину податься?!» Верхние параметры нормы постоянно снижают, прижимая нас вплотную к грани, где могут начаться уже другие проблемы. Я не против статистики, не против норм, но когда тебе ставят заведомо малореальные границы, то человек может изначально просто махнуть рукой и сказать: «А ну вас! Пусть будет идеальная цель, но с людьми надо помягче, что ж нас всех в больных записывать!»

***Заметки на полях***

Все слышали о «драконовских законах». На самом деле не «драконовских», а «драконтовских». Был такой правитель Афин – Драконт. Установил он за любое преступление единственное наказание – смертную казнь! За мелкое воровство, убийство, прелюбодеяние, драку и проч. И преступность в Афинах резко подскочила! Люди решили: «Семь бед – один

ответ». И если за все теперь смертная казнь, то зачем мелочиться, «копейки по карманам тырить», проще труп обчистить!

А тут еще та же медицинская статистика стала подводить: врачи столкнулись с тем, что они называли «парадоксом ожирения». Да, люди с ожирением болеют чаще, но, уже заболев, они в этом состоянии зачастую живут дольше, чем болеющие той же болезнью худые «нормальные». Вот и ищут теперь ученые таинственные биологически активные вещества, гипотетически содержащиеся в жировой ткани. Другая ситуация – у части людей масса тела резко повышена, а они и не болеют, и живут долго! А бывает и так, что худые (но «с животиком» – важная деталь!) попадают в другую, негативную статистику. Извернулись: первых, с нормальными несмотря на ожирение уровнем холестерина и сахара, считают «метаболически здоровыми»; вторых, с измененными параметрами обмена при нормальной массе тела, стали называть имеющими «метаболическое ожирение». Сейчас, правда, некоторые особо принципиальные врачи подвергают сомнению правомерность этих терминов.

Но есть факты, которые остаются неизменными, причем как в плане понятий, так, к сожалению, и в реальной жизни. Полнота – несомненный фактор риска для возникновения диабета, инфарктов, инсультов и онкологии. Да и некрасиво! Тем не менее, каждый третий житель планеты имеет избыточную массу тела! И таких становится все больше и больше. Дело не только в генетике или инфекциях (да, есть и такая теория!). Тут определяющая вина пищевой индустрии и технологии выращивания и производства продуктов питания. Только потребление сахара за последние 20 лет увеличилось вдвое! А потребление фруктозы в США за 10 лет выросло на астрономические 2100 %! Мы мало что можем этому противопоставить, но что-то можем.

Для начала приобретите мою книжку «Пищеводитель», там масса полезной информации по питанию – и давайте в меру своих возможностей следить за фигурой! Трудно рассчитать индекс массы тела? Понимаю, только 1,65 метра в квадрат возвести – уже проблема! Так вспомните старый добрый (а главное, безотказный) способ оценки своего веса: примерная норма – рост в сантиметрах минус 100. Все, что выше, – недопустимо. Вот круг и замкнулся: во времена моей юности про эти сантиметры, про вред для здоровья вычисленных лишних килограммов писал еще журнал «Работница».

**Формула расчета индекса массы тела:  
вес в килограммах делится на рост (в метрах)  
в квадрате. Норма – от 18 до 25.**

Холестерин – вообще полудетективная история, растянувшаяся чуть ли не на столетие! Начал ее наш столбовой дворянин и впоследствии советский академик Н. Н. Аничков. Он впервые указал на связь повышенного холестерина и атеросклероза сосудов. Но еще очень долгое время повышение холестерина считали симптомом заболевания щитовидной железы. Холестерин все больше привлекал внимание исследователей, хотя еще мой дед – академик относился к этому фактору риска, ну, без абсолюта, скажем. Приводил в пример алеутов и японцев, которые питаются почти исключительно жирной рыбой, а инфарктам и инсультам практически не подвержены! (О том, что жиры бывают разные и действуют на сосудистую стенку подчас диаметрально противоположно, тогда еще мало знали.) В патогенезе атеросклероза он большую роль отводил стрессам. Кстати, и сам умер в схожих обстоятельствах: знаток и коллекционер живописи, он обнаружил подделку, раскричался на продавца и получил обширный инфаркт! Я работал в институте, носящем имя моего деда, где в то время также превалировала теория стресса. Как-то на клиническом разборе я всё упирал на повышенный холестерин. Заведующая хмыкнула, а потом неожиданно спросила:

– Скажи мне, для чего организму нужен холестерин, раз он такой вредный?!



И я встал в тупик! Это сейчас кажется невероятным, чтобы выпускник медвуза не знал таких элементарных вещей! Хотя... Проведите эксперимент: при посещении врача спросите его: «А для чего, собственно, человеку нужен холестерин?!» Посмотрим, что он ответит... На самом деле холестерин – это вещество, из которого вырабатываются все наши стероидные гормоны, включая и гормоны стресса (дедушка!), и половые.

Роль повышенного холестерина в развитии атеросклероза рассматривалась как несомненная, но не определяющая, пока не был открыт и выпущен первый препарат из группы статинов для снижения холестерина. Да-да, невероятно популярные лекарства у врачей всего мира! Сегодня и в России трудно найти человека, который бы не слышал о статинах. Меня «терзают смутные сомнения» в случайности совпадения по времени внедрения статинов и бума холестериновой теории атеросклероза...

Весь мир сел на бесхолестериновую диету, но продолжал толстеть и болеть. Статины стали самыми часто выписываемыми препаратами в мире! Как и аспирин, их почти всерьез предлагали добавлять в питьевую воду! Лекарство хорошее, спору нет, почитайте мою книжку «Ржавчина». Но та же статистика, которая и вывела препарат для понижения холестерина в лидеры продаж, стала показывать странные вещи. Например, если давать статины всем, у кого повышен уровень холестерина, то на один предотвращенный инфаркт приходится 1000 человек, которые будут принимать препарат без всякой для себя пользы всю жизнь! Что у большинства среднестатистический прирост продолжительности жизни исчисляется не в годах, а в месяцах, и что расходы населения и страховых компаний на приобретение статинов ужасающие!

И вот с 2016 года стандарты назначения статинов изменились. Их больше не должны назначать просто по факту наличия у человека повышенного холестерина! Теперь их дают только при наличии сопутствующего сочетания других факторов риска (повышенные артериальное давление и уровень сахара, курение), либо людям с установленным атеросклерозом, перенесшим инфаркт или инсульт... Вам 45 лет, вы – женщина, не курите, с нормальным давлением и сахаром? И у вас общий холестерин 7? Статины вам не показаны, идите следите за весом и занимайтесь физкультурой!.. Вы – мужчина того же возраста, курите уже 20 лет, у вас «животик» и уровень сахара подскакивает? Еще и таблетки от гипертонии принимаете? А холестерин 6,5? Пора начинать принимать статины!.. Вам 38, не курите, но перенесли уже инфаркт, а холестерин 5,6? Показан приём статинов!

Точно такая же современная логика в назначении профилактического приема аспирина. Многие годы его с энтузиазмом назначали всем людям средних лет для профилактики ишемической болезни сердца – и те его с удовольствием пили (есть какая-то повсеместная народная любовь и доверие к этому лекарству!). Эхо этой «моды» докатилась и до нас. Везде реклама всевозможных вариантов аспирина, и один из самых частых вопросов ко мне: «Доктор, какой мне аспирин принимать?». Потом столкнулись с неприемлемо высокой частотой язвенных кровотечений, а то и вовсе кровоизлияний в мозг при недифференцированном назначении аспирина.

### ***Заметки на полях***

Я сам еще молодым врачом нарвался на тяжелое желудочное кровотечение у пациента, которому сам же дал аспирин – ну, так, на всякий случай, «для разжижения крови». Причем это было в Африке, и пациент этот был моим другом и соратником по группе геологов, в которой я тогда работал врачом. Сколько было самогона выпито вместе под песни «Прощай геолог, крепись геолог» и «Над границей тучи ходят хмуро», а тут такое! Еле удалось остановить!

Теперь прием аспирина без уже имеющейся болезни сердца и сосудов показан только тем людям, у которых есть сочетание нескольких факторов риска. (См. мою книгу «Ржавчина» о сердечно-сосудистых заболеваниях. Названа так по крылатому выражению «Атеросклероз – ржавчина жизни».)

Одна из самых современных теорий развития атеросклероза сегодня – инфекционная. Да, да!!! Некие микроорганизмы, близкие родственники небезызвестной (увы!) бактерии, которая вызывает хламидиоз, попадают в наши бронхи с воздухом, передаваясь от человека к человеку. Армия иммунных сил, защищающих стерильную среду бронхов (хотя последние исследования показывают, что не такую уж и стерильную!), вступает с ними в борьбу; макрофаги – клетки крови – заглатывают эти мельчайшие микроорганизмы. С другими бы дело на этом и кончилось – их макрофаг просто переварил бы! А хламидии внутри этих боевых макрофагов прекрасно приживаются и вместе с током крови разносятся по сосудам. Там выжившие хламидии высвобождаются и провоцируют местное воспаление сосудистой стенки, на которой уже потом оседает тот самый «вредный» холестерин. Сейчас в этой теории настолько уверены, что даже пытаются больных со стенокардией лечить антибиотиками (с переменным, правда, успехом).

А ведь я помню, как еще в конце 70-х эта теория уже высказывалась нашим советским, кстати, ученым, но отброшена как невероятная. Так вот, мне, молодому ординатору Института кардиологии, принесли письмо, на которое я должен был ответить. Работа с письмами трудящихся тогда строго регламентировалась. На письма, рацпредложения, всевозможные предположения, пусть и бредовые, положено было отвечать в 10-дневный срок. Писали обычно на имя Е. И. Чазова или И. К. Шхвацабая (наши директора в то время), но отдел писем сортировал почту и раздавал ее для ответа обычным ординаторам соответствующих теме отделений под подпись – попробуй не ответь в срок! В том письме некто, имени которого не помню, откуда-то, кажется, из Перми, как раз и излагал версию об инфекционно-воспалительной теории атеросклероза. И я с апломбом невежды снисходительно объяснял неадекватному (как мне казалось) ученому, что никаких предпосылок для этой теории нет, что давно известно – «Земля стоит на трех китах и накрыта хрустальной полусферой, на которой Господь Бог прикрепил и по ночам зажигает звезды...» Вот так эта идея тогда и не получила признания, а у того ученого, вероятно, опустили руки после ответа из Москвы, от головного научного учреждения, последней инстанции в условиях СССР. А мы тогда с друзьями-интернами и аспирантами посмеялись и забыли о чуде... У молодости масса преимуществ, но апломб, граничащий с тупостью, неспособность идти на компромисс, самоуверенность часто сводят все эти преимущества на нет!

**Прием аспирина без имеющейся болезни сердца  
и сосудов показан только людям с сочетанием  
нескольких факторов риска.**

Если ординатуру и частично аспирантуру я проходил в отделении ишемической болезни сердца (стенокардия, инфаркты), то позже работал в отделении артериальной гипертонии. Вот про тот период могу точно сказать, «колебался с линией партии». А «линия» эта в отношении гипертонии выписывала такие загогулины! Начать с того, что отделений артериальной гипертонии было два. Одно называлось отделение гипертонической болезни, другое – отделение симптоматической гипертонии. «Гипертоническая болезнь» – этот термин нигде в мире так и не признали. На Западе, если находили болезнь (почек, надпочечников или еще чего-то), то ставили диагноз симптоматической гипертонии (то же, собственно, делали и мы), а если никакой патологии не обнаруживали, то состояние называли «эссенциальная гипертония», то есть невыясненной причины. Мы считали нашу гипертоническую болезнь и их эссенциальную

гипертонию синонимами, тем более, современный термин западной медицины поменялся на очень близкую по смыслу «первичную гипертонию». Но разница все же была. Мы много лет придерживались постулата «все болезни от нервов», считали, что гипертоническая болезнь – это своего рода невроз. А за рубежом искали первопричину в нарушении регуляции кровяного давления почками и были настолько в этом уверены, что артериальная гипертония на Западе находилась и находится в ведении не кардиологов, как у нас, а нефрологов – специалистов по болезням почек.

### ***Заметки на полях***

Вообще почки – крайне интересный и крайне сложный орган! Ну, первое – какова их функция? Правильно, выводить мочу и шлаки из организма. А еще? А еще сложнейший эндокринный аппарат почек регулирует все фазы кровяного давления, а еще вырабатывает гормон, который стимулирует выработку новой крови в костном мозге, а еще в почке, как и в коже, вырабатывается витамин D. Не зря Господь создал почки парным органом!

На сегодняшний день считается наиболее вероятной теория о том, что повышение артериального давления обусловлено генетическим дефектом почечной мембраны, когда она становится менее проницаема для тех объемов крови, которые ей приходится фильтровать (а они огромны, десятки ведер в сутки!). Вот почка и начинает сама нуждаться в повышенном артериальном давлении, чтобы успешно выполнять свою функцию по фильтрации. А уж на все эти процессы регуляции артериального давления далее влияют стрессы (гормоны стресса), соль, отек стенок сосудов и проч., и проч., и проч.

Я не буду повторять главу «Артериальная гипертония» из предыдущих книг, там были подробно описаны вопросы диагностики и лечения. Просто констатирую вывод, к которому я пришел, 40 лет наблюдая за перипетиями медицинской науки в диагностике и лечении гипертонии: мы до сих пор не умеем вовремя диагностировать и лечить артериальную гипертонию. Вернее, не хотим уметь! Ведь все предельно ясно: написаны тома рекомендаций по выявлению факторов риска (даже низкий вес при рождении учитывается!), ежегодно переиздаются алгоритмы лечения артериальной гипертонии на разных её этапах – нам хоть кол на голове теши! Где-то ведь находят сохранившиеся из каменного века папазол и дибазол, колют гипотензивные препараты курсами (это недопустимо!), сбивают давление быстродействующими препаратами типа Коринфара. Ведь еще был СССР, когда наш Институт кардиологии писал о недопустимости такого подхода, что такое

**резкое снижение давления резко увеличивает риск инсультов и инфарктов, растет смертность.**

Если выбирать между Коринфаром или Капотеном под язык и ничегонеделанием, то ничего не делать – лучше! М-да... Раскройте сегодня российские рекомендации для врачей скорой помощи – да-да, Коринфар под язык! А уж о том, что гипотензивные препараты лучше принимать на ночь, что при выраженном стабильном подъеме давления надо почти сразу давать комбинированную терапию, а вот пограничную гипертонию лечить медикаментозно не нужно – знанием таких «мелочей» никто и не заморачивается! В итоге по количеству гипертонических кризов и инсультов мы впереди планеты всей! За много лет работы за рубежом я видел гипертонические кризы считанные разы, а в своей московской больнице – ежедневно! Почему? Мы, врачи, не умеем правильно лечить, а вы, пациенты, даже то неполноценное лечение умудряетесь принимать неправильно. Как надо? Подробно – читайте в моей книге «Ржавчина».

## Глава 3

### **«Никогда не списывайте плохое самочувствие своего пациента на его возраст и на погоду!»**

*«Всеу свое время, и время всякой вещи под небом»*  
**Библия**

Я бы очень хотел, чтобы фраза, вынесенная в заголовок, принадлежала мне! Но нет, ее сказал другой, очень умный доктор. Но весь мой врачебный опыт свидетельствует: сказанное – ни добавить, ни убавить! Впрочем, добавить всё-таки можно – «на погоду... и на пол».

Молодым ординатором отделения ишемической болезни сердца я удивлялся, почему у нас в этом отделении нет женских коек. «А женщины стенокардией почти не болеют!» – отвечали мне. И как резко изменилась ситуация сегодня! Тот факт, что женщина или мужчина определенной болезнью болеют реже или чаще, не должен тормозить диагностический поиск. Хотя, несомненно, учитывать фактор пола надо.

Классический пример: железодефицитная анемия. У женщин, с их ежемесячными кровопотерями, причина умеренно сниженного гемоглобина ясна, особых обследований не требуется. Назначил прием препаратов железа – вот и все заботы. Но к мужчинам даже с самой небольшой степенью железодефицитной анемии необходимо относиться крайне внимательно и обязательно назначать гастро- и колоноскопию. Если у женщины причиной избыточной кровопотери, как правило, являются гинекологические проблемы (миома матки или гормональный сбой), то у мужчины это, скорее всего, патология желудочно-кишечного тракта, вплоть до онкологии! Но врачу расслабляться никак нельзя: как только позволишь стереотипу «замылить» тебе глаза, так тут же нарвешься на опухоль кишечника у женщины! Не проверил все до конца, «повелся» на обычность малокровия у женщин, долго лечил железом и упустил время!

Другой пример – мужчина с каким-то катышком около соска груди. «Наверное, лимфоузел, что там еще может быть». Так вот, вполне может быть рак молочной железы! Ну и что, что самой молочной железы у мужчин как бы нет! Во-первых, есть, только совсем не развитая. Так, рудимент... А во-вторых, рак груди встречается в 1 % всех случаев как раз у мужчин! И расклад «99 против одного» не должен помешать врачу поставить правильный диагноз.

Иногда частота «распределения» болезни между мужчинами и женщинами меняется в зависимости от возраста. Например, бронхиальная астма в детстве встречается чаще у мальчиков, а после в возрасте 40 лет – у женщин.

Разница половых гормонов может обуславливать превалирование той или иной болезни в зависимости от пола. Многие виды, например, опухолей (в том числе и доброкачественных) являются гормональнозависимыми.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

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