

АЛЕКСАНДР МЯСНИКОВ

КАНДИДАТ МЕДИЦИНСКИХ НАУК,
ДОКТОР МЕДИЦИНЫ США,
ПОТОМСТВЕННЫЙ ВРАЧ

*Всё у нас
будет хорошо!
Ваш Доктор
Мясников*

РУССКАЯ РУЛЕТКА

КАК ВЫЖИТЬ В БОРЬБЕ ЗА СОБСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

- ЧТО МЕШАЕТ НАМ ЖИТЬ
- МЕДИЦИНСКИЕ РАЗВОДКИ
- АНАЛИЗЫ И ИССЛЕДОВАНИЯ. ЧТО? КОМУ? КОГДА?
- САМЫЕ ЧАСТЫЕ БОЛЕЗНИ И НУЖНЫЕ ЛЕКАРСТВА

Александр Леонидович Мясников
Русская рулетка. Как выжить в
борьбе за собственное здоровье
Серия «О самом главном
с доктором Мясниковым»

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=7061041

*Александр Мясников. Русская рулетка. Как выжить в борьбе за
собственное здоровье: Эксмо; Москва; 2014
ISBN 978-5-699-73962-2*

Аннотация

К моменту выхода «Русской рулетки...» раскуплено уже более 250 тыс. экземпляров книг доктора Мясникова. «Как жить дольше 50 лет: честный разговор с врачом о лекарствах и медицине» стала абсолютным бестселлером 2013 года. Книга «О самом главном с доктором Мясниковым», вышедшая следом, также сразу же вошла во все книжные рейтинги. Феноменальный успех объясняется не только непререкаемым авторитетом врачебной династии Мясниковых в России. Д-р Мясников сумел впервые стать переводчиком с медицинского языка на человеческий для многих россиян. Он не запугивает человека, как это зачастую принято в отечественной медицине, а дает объективную, проверенную медицинскую информацию.

При этом он ободряет и вселяет уверенность, что все у нас будет хорошо. «Александр Леонидович Мясников, мой дедушка, единственный из советских и российских ученых получил самую престижную в мире медицинскую премию «Золотой стетоскоп». Я веду телепередачи и пишу популярно-познавательные книги, за которые таких премий не присуждают, но если они помогут вам понять, как избежать болезни и что делать при первом ее проявлении, – для меня это будет лучшей наградой!»

Содержание

Предисловие	6
Глава 1	11
1. Узел в лёгких	13
1. Оценить риски	14
2. Характеристики узла	15
2. Камни желчного пузыря	18
3. Кисты печени	21
4. Кисты почек	24
5. Повышение внутричерепного давления	27
6. Уреаплазма	31
7. Эрозия шейки матки	34
Конец ознакомительного фрагмента.	36

Александр Мясников

Русская рулетка. Как выжить в борьбе за собственное здоровье

Александр Леонидович Мясников – потомственный советско-российский врач, внук и полный тезка доктора, который лечил Сталина. Автор практиковал медицину в США, Африке, Франции, а сейчас он главврач крупнейшей российской больницы.

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

Предисловие

В этой книге мы продолжим обсуждение вопросов о самом главном – нашем здоровье! Как и в первой части, в основу положены вопросы, наиболее часто задаваемые мне во время передач по радио и телевидению. Некоторые темы пересекаются с тем, о чем мы уже говорили, но это неизбежно: мы ведь не набор запчастей – почки, печень, сердце и т.д., а целостный организм. Так что иногда невозможно, говоря об одной проблеме, не упомянуть другую.

Принцип книги остается прежним: дать современный взгляд на обсуждаемые вопросы, основываясь на принципах доказательной медицины. Что это за принципы? Пожалуйста.

Ничего не принимайте на веру. Пусть препарат применяется уже давно, пусть пациенты им довольны, пусть тысячи людей восторгаются модной диетой и все уверены, что выявление рака на ранних стадиях спасает жизнь. Никаких догм! Любое утверждение должно быть доказано! Проводятся многолетние исследования на тысяче пациентов, больных разбивают на группы, кого-то лечат так, кого-то – иначе, кого-то не лечат вовсе. Очень важно, чтобы сравниваемые группы пациентов были правильно подобраны по полу, возрасту, привычкам и образу жизни, необходимы контрольная группа и многое другое. Потом всё сравнивают, высчитыва-

ют статистическую достоверность отмеченных изменений. И вот оказывается, что распространенный иммуностимулятор на самом деле ничего не стимулирует, что обычные витамины могут привести к раку, что ограничение жиров в диетах имеет лишь второстепенное значение, а выявление рака простаты на ранней стадии не только не всегда продлевает жизнь, но и может принести еще больше проблем.

Ни один постулат не высечен на камне! Выводы любых исследований необходимо перепроверять другими, все расхождения должны быть проанализированы и, в свою очередь, стать объектами новых исследований. Любые практические рекомендации должны подвергаться ежегодной критической ревизии. (Поэтому врач не может не читать – он безнадежно отстанет!) Иногда бывает и так: в мире апробируют какой-либо вид лечения, примут его и в России. Потом в результате научных исследований выявляются определенные побочные явления, и от этой методики отказываются. Там уже подоспеют данные новых исследований, и окажется, что упомянутые побочные явления вовсе не от этого лечения – методику можно «реабилитировать» и вернуть в клиническую практику. А у нас в России как ее применяли десятилетиями, так и применяют, не зная обо всех драматических перипетиях, которые она претерпела в западной медицине.

Любые новый препарат и метод диагностики или лечения могут быть рекомендованы только после тщательных и правильно проведенных клинических испытаний. Напри-

мер, больным, согласным участвовать в эксперименте, дают новое лекарство. Но одни принимают настоящий препарат, а другие – точную копию по виду, но «пустышку», причем ни пациент, НИ ВРАЧ не знают, что больной принимает на самом деле (иначе субъективное мнение может исказить результаты). Это знает специалист, ответственный за эксперимент. Своего рода «запечатанный конверт». Приходит время, когда лечащий врач хочет его «вскрыть»: например, больному стало заметно лучше, или, наоборот, самочувствие не улучшается, и доктор хочет прекратить эксперимент. Зачастую оказывается, что в первом случае была «пустышка», а во втором – реальное лекарство!

То же самое происходит с диагностикой: какой-то метод сравнивается с уже проверенным («золотым стандартом»), и оказывается, что один метод очень чувствителен, но низкоспецифичен, т.е. определяет, что не всё в норме, но не может определить что именно. Другой метод определит верную причину, но далеко не во всех случаях, т.е. высокоспецифичен, но низкочувствителен. Например, когда с помощью компьютерной томографии выявляют стенозы (бляшки) в сосудах сердца, они могут в равной степени вероятности выявиться или не выявиться при коронарографии («золотой стандарт» выявления патологии сосудов сердца, когда в сердце вводится специальный зонд). Но вот если компьютерная томография не показала наличия бляшек, их почти наверняка не будет и при коронарографии! То есть наблюда-

ется низкая чувствительность на выявление бляшек и очень высокая – на их отсутствие! (Другими словами, если нашли – это еще бабушка надвое сказала, есть ли, а вот если нет – действительно нет.)

Разницу между нашей российской медицинской практикой и доказательной медициной хорошо иллюстрирует следующая притча.

Заметки на полях

«В Средние века один английский рыцарь всегда проиграет одному шотландскому рыцарю, десять английских рыцарей проиграют десяти шотландским, и даже сотня англичан не одолеет сотню шотландцев. Но тысяча английских рыцарей всегда разгромят даже превосходящий числом отряд шотландцев, потому что здесь уже играют роль не личная храбрость и сила, а правильная организация войск и дисциплина!»

Не думайте, что врачам доказательной медицины чужд житейский здравый смысл или юмор. Ниже приведу «Принципы лечения внутренних болезней», которые открывают самое популярное практическое руководство для врачей-терапевтов в США (Matz R. Principles of medicine, 1977).

- Когда слышишь топот копыт – думай о лошади, а не о зебре! (Вначале надо пытаться объяснить имеющуюся симптоматику наиболее часто встречающимися причинами).
- Если то, что ты делаешь, работает – продолжай это делать.

- Если то, что ты делаешь, не работает – прекрати!
- Если ты не знаешь, что делать – не делай ничего.
- Никогда не позволяй хирургу забрать твоего больного!

(Это правила в терапевтическом руководстве.)

Первые мои книги вызвали определенный интерес, поэтому применяем правило № 2 – пишем дальше! Только еще раз напоминаю: мои книги – это не руководство по самолечению! Я только даю ориентиры, а в каждом конкретном случае должен решать лечащий врач.

Глава 1

«Русская рулетка», или Если у вас обнаружены...

Сегодня стали доступными многие диагностические методы: ультразвук, томография, эндоскопия и прочие. И подтверждается циничное выражение врачей: «Был бы человек, а болезнь найдется!». Действительно, пришел человек к врачу с одним, например, после УЗИ выходит бледный: и в почке камень, и в печени киста, и полип в желчном пузыре! А ведь не болит ничего, ходил и не знал, а теперь-то что делать? Это, кстати, одна из проблем всеобщей диспансеризации – случайные находки, с которыми неясно, что потом делать.

Именно поэтому на Западе перечень параметров, которые должны проверяться при диспансеризации, ограничен и строго регламентируется. Прицельно ищут то, что при исправлении предотвратит болезнь, например, полип толстой кишки или начальное повышение сахара. А что толку всем делать УЗИ печени или почек, если реальную проблему находят у одного из тысячи, а у 50% остальных обнаружатся изменения, которые не имеют ясной клинической значимости.

Как старая история про чемодан без ручки: и нести неудобно, и бросить жалко! Без внимания уже не оставишь,

каскад дальнейших исследований может привести только к расходам и, главное, поселит вечную тревогу у пациента: «Так что же у меня такое?». Недаром врачи бьют тревогу: необоснованные исследования нарастают как снежный ком и при последнем анализе в США составили аж 30% от общего количества! И вот начинается: «У меня случайно обнаружили...».

1. Узел в лёгких

Это частая ситуация именно в нашей стране, потому как флюорография и рентгенография органов грудной клетки в России проводятся при диспансеризации, а в Америке – нет. Оно и понятно: мы ищем не рак легкого, а туберкулез, который у нас составляет 68 случаев на 100 000 населения, а у них – всего 4! И вот туберкулез не нашли, а обнаружили единичный узел в легком. Ситуация встречается в 6% случаев! Что делать? Это может быть безобидное образование, а может – и периферический рак легкого!

В первую очередь не нужно паниковать. Если вы не курите, то шанс онкологии легких минимальный: в 90% случаев рак легкого – это болезнь курильщиков! Если курите, то дальнейшая тактика зависит от дополнительных факторов риска, размеров узла и его характеристик. Даже в случаях высокого риска статистически доказано, что почти 90% узлов имеют доброкачественный характер. Но с раком легкого шутки плохи: это ведущая причина смерти от онкологических заболеваний как у мужчин, так и у женщин! Женщины страдают раком груди значительно чаще, но его сегодня довольно успешно лечат. С раком легкого всё сложнее... Например, одна из его разновидностей, мелкоклеточный рак, на момент выявления оперативному лечению уже не подлежит – только химио- и лучевая терапия. Итак, алгоритм дей-

ствий при случайно выявленном узле в лёгких следующий (см. Приложение).

1. Оценить риски

Это курение, курение, и еще раз курение! Нет безопасной формы курения! Доказано, что и сигареты, и сигары, и трубки, и даже жевательный табак вызывают не только рак легких, но и онкологию полости рта (тоже не сахар). У некурящих выясняют насчет факта вторичного курения: курят ли супруг или коллеги. Такое вторичное, или пассивное, курение является официально признанным канцерогенным фактором.

- Стаж курения. Особенно опасно, если он составляет более 15 лет, причем чем большее количество сигарет вы выкуриваете, тем больше риски. Если вы бросили курить, риск заболеть остается еще долгие годы и окончательно нивелируется лет через 10-15! И все равно риск в два раза выше, чем у тех, кто никогда не курил!
- Возраст. С годами шанс заболевания становится выше, у курильщика опасная черта проходит по 35 годам!
- Факторы окружающей среды и профессиональной деятельности.

Профессиональный контакт с углем, асбестом, радоном, облучение (помните о вреде частых компьютерных томографий; все эти «доктор, у меня спина болит, давайте просве-

тим, что у меня там» – могут плохо кончиться). Небезопасны печное отопление, мангалы: для поваров восточной кухни это профвредность...

- Наследственность. Ни один вид онкологии не является исключением: вирусы, никотин, другие канцерогены у кого-то вызывают болезнь, а у кого-то нет, очень важна генетическая предрасположенность!

- Наличие характерной симптоматики: кашель, одышка, снижение массы тела. На ранних стадиях ожидать развернутой симптоматики не приходится, но настороженность должна быть.

2. Характеристики узла

В первую очередь это размер: больше или меньше 8 мм. Далее у рентгенологов есть свои критерии, как они выглядят, нам же важен 3-й критерий: растет ли узел?

Результат: если риск маленький, например пациент – 30-летний человек, который никогда не курил, и размер узла меньше 8 мм, то повторяют компьютерную томографию, не рентгенографию! Тут уж нечего облучение считать: когда надо, тогда надо – через год, а потом еще раз через год. Узел не вырос – и забыли!

Другая история, если риск средний: человек моложе 35 лет, с не очень большим стажем курения, при этом узел также менее 8 мм. Здесь наблюдение более плотное: через 3,

6, 9, 12 и 24 месяца. Если узел у такого пациента больше 8 мм, то поступают по-другому: проводят позитронно-эмиссионную томографию (очень высокотехнологичный метод, мало где доступный) и пункционную биопсию.

Если риск высокий (пациент старше 35 лет и курильщик со стажем) и узел большой, больного отправляют на операцию, во время которой биопсия показывает, что к чему.

Но это случайно найденные узлы. Что же насчет направленного скрининга на раннее выявление рака легких? Многолетний анализ всех данных обусловил единодушное мнение всех медицинских сообществ пульмонологов и онкологов: обычная рентгенография (которую у нас по-простому называют рентгеном) для этого не подходит. Исследование выбора: компьютерная томография с низкой лучевой нагрузкой, но не всем. Статистика показывает, что польза такого подхода перевешивает возможный вред (а он есть: то же облучение, случайные находки, которые влекут каскад ненужных исследований, а то и операций) только у курильщиков со стажем. Сейчас, правда, на подходе и другие методы скрининга: исследования мокроты и даже анализ крови – опять-таки с «лучшими» результатами у курильщиков. Медицинские сообщества резонно замечают: «Мы тратим колоссальные усилия и ресурсы, чтобы предотвратить печальный исход, вы же можете сделать это сами, бросив курить, еще и в плюсе останетесь!»

Заметки на полях

Недавно в Израиле я посетил клинику, а заодно решился наконец на расширенное обследование: анализы делаю регулярно, но наличие факторов риска для развития болезни сердца как-то тревожило. А тут возможность провести «бескровную» коронарографию: посмотреть состояние сосудов сердца на мощном компьютерном томографе по специальной методике. Сделал. Через некоторое время доктор зовет меня в кабинет и говорит: «Сильно беспокоиться не надо, но проблемы есть... – показывает на экран: вот ваша правая коронарная артерия – все чисто, вот огибающая – тоже чисто, а вот тут»... – разворачивает изображение, и я вижу, что основная артерия, питающая сердце, почти полностью забита. «Да, вот здесь проблемы», – говорит доктор и продолжает что-то объяснять. А я, в ступоре от такой новости, продолжаю смотреть на экран, перебирая в голове, где и когда мне делать операцию на сердце. И вдруг замечаю, что вверху на снимке стоит ДРУГАЯ ФАМИЛИЯ! Я постучал по плечу доктора, который продолжал что-то ворковать, и сказал:

– Эй, доктор, я ведь не Шульц.

– Да? – удивился доктор, – А кто же?

– Я Мясников!

– А... Ну и слава Богу! – отреагировал он. – Вот ваши снимки, у вас все хорошо!

2. Камни желчного пузыря

При нынешней доступности УЗИ камни желчного пузыря как случайная находка встречаются очень часто. Несколько лет назад обследовали все взрослое население одного небольшого итальянского городка и выявили бессимптомные камни почти у каждого десятого! И что прикажете делать? Оперировать всех подряд? В России подход до сих пор именно такой – будто мы самые богатые!

В странах, которые тратят на свое здравоохранение в ТРИ раза больше, чем мы, поступают иначе. Там случайно выявленные камни не удаляют профилактически, а делают это только если развивается симптоматика, например желчная колика. Резоны? Шанс, что такой камень тебя потревожит, довольно мал: менее 10%. Тогда зачем оперировать девять человек зря, чтобы предотвратить желчную колику у одного? Это не только дорого, но операция есть операция и может быть чревата хирургическими осложнениями, хотя сегодня их процент очень мал, но всё равно больше нуля.

Перспективнее проводить профилактику камнеобразования. Для этого надо знать факторы риска, которые к нему приводят. Это:

- возраст и пол. С возрастом шанс увеличивается, особенно у женщин;
- беременность;

- ожирение, например, если в американских лицензионных экзаменах вопрос начинается так: «40-летняя полная женщина, перенесшая три беременности...», – дальше можно не читать и сразу искать в ответах вариант с камнями желчного пузыря;

- наследственность – куда без неё;
- женские половые гормоны – эстрогены, в том числе и те, что содержатся в противозачаточных таблетках;

- некоторые антибиотики, например любимый во всех больницах цефтриаксон – роцефин (настолько популярен и в американских госпиталях, что его там прозвали «витамин R»!);

- диабет, цирроз;

- эпизоды голодания и быстрой потери веса.

Многие спрашивают: а можно ли эти камни растворить? В принципе можно, но принимать препарат надо много месяцев, и эффект весьма слабый. Да и зачем? А вот защитные факторы, предупреждающие образование камней, есть: диета, богатая растительным маслом, белками растительного происхождения, аскорбиновой кислотой, а также кофе (да-да, опять кофе, хорош не только для печени, но и для предупреждения камней!).

Из лекарств – так называемые статины, которые применяют для снижения холестерина. Вообще мы до сих пор толком до конца не знаем, как они действуют: камням вот препятствуют, остеопороз (ослабление структуры кости) уменьша-

ют, даже старческое слабоумие предупреждают! (Но с ними и диабет чаще, и катаракта, а без них «сердечнику» тоже никак – польза перевешивает все «но»!)

Еще кое-что из российской действительности – любимое утверждение врачей УЗИ: вижу у вас хлопья или даже перья! Ну добро бы видел и молчал: ни о чем это не говорит с практической точки зрения, так ведь еще и лечить это начинают, БАДы всякие...

3. Кисты печени

Другая случайная находка при проведении УЗИ – киста печени. Ее можно найти у 1% людей. Термин «киста» обозначает полость, которая обычно состоит из стенок и содержимого. Подобная находка у человека, не имеющего никаких жалоб, как правило, не влечет никаких действий. Однако некоторые неприятные болезни также могут иметь похожую картину. Это и онкологические процессы, и инфекции (паразиты), и некоторые наследственные заболевания (поликистоз почек часто сопровождается поликистозом печени).

Хорошая новость: сегодняшняя аппаратура позволяет достаточно надежно отличать доброкачественные кисты от других заболеваний. Для сложных случаев есть компьютерная томография и как последний довод – пункция. Может ли «простая» киста (это официальное название доброкачественных кист, конечно же, перевод с английского) вызывать какие-либо симптомы? Если киста большая, то может появиться боль в животе, тошнота, чувство переполненности и т.п. Но еще раз: симптоматическими бывают лишь небольшие кисты, не более 4 сантиметров. А самая большая выявленная киста вмещала 17 литров жидкости! Вообще не представляю, как эта женщина еще ходила?

Кстати, кисты печени чаще встречаются у женщин. Мелкие кисты (<4 см) своим хозяевам обычно никаких

неудобств не доставляют и дальнейшего наблюдения не требуют. Если пациент с маленькой кистой все же испытывает периодически тошноту, изжогу, отрыжку, боли в животе, следует искать другую причину этих симптомов, например гастрит или желчную колику. Кисты большего размера наблюдают раз в полгода на протяжении двух лет – если они не растут, дальнейшее наблюдение не требуется. Если есть рост и появляются симптомы, беспокоящие больного, то пункция или лапароскопическая операция (без большого разреза) ведет к надежному излечению.

Киста печени встречается у 1% пациентов и, если жалоб нет, как правило, не требует никаких врачебных действий.

Эхинококковая инфекция также может приводить к образованию кист в печени. Это паразитарное заболевание, которое передается человеку через собак, коз, овец, верблюдов, лошадей и проч. При этом кисты могут образовываться не только в печени, но и в других органах, например в легких. Обычно инфекция много лет существует бессимптомно, и киста начинает проявлять себя по мере роста. Как правило, распознать эхинококковую кисту и отличить ее от «простой» при УЗИ не представляет затруднений, к тому же анализ крови на наличие этой инфекции поможет установить окончательный диагноз. Лечение подобных кист зависит от их структуры и размера: от простого наблюдения за ними или приема противопаразитарных лекарств до пункции и хи-

рургии.

Существуют некоторые виды онкологии печени, которые тоже могут иметь форму кисты, однако УЗИ прекрасно отличает их от простых кист. Для онкологии печени более характерны плотные образования со своими специфическими характеристиками. Однако и плотные образования в печени, найденные при случайном УЗИ, в подавляющем большинстве случаев имеют доброкачественный характер. Например, гемангиомы – разрастание сосудов в виде клубка, встречаются довольно часто, особенно у женщин. Вероятно, играет роль чувствительность этих образований к женским половым гормонам – эстрогенам.

Тот же подход, как и в случаях с кистами: маленькие, размером более 4 сантиметров тревог не вызывают и лечатся, только если они быстро растут. Одно «но»: УЗИ не очень надежно определяет именно гемангиому, поэтому подход такой: если у пациента уже было (есть) заболевание печени или образование большое, его характер уточняется на компьютерной томографии. Если никакихстораживающих признаков нет и размер небольшой, достаточно повторить УЗИ пару раз с интервалом в несколько месяцев и при отсутствии тенденции к росту перестать беспокоиться!

4. Кисты почек

Как и в случае с кистой печени, при случайном обнаружении кисты почки необходимо определить степень и сходство с проблемным образованием. Обычно случайно выявляются невинные кисты, также называемые «простыми». Их может быть несколько, иногда выявляются с двух сторон и, в противоположность ситуации с кистами печени, чаще встречаются у мужчин (вероятность образования увеличивается с возрастом).

«Простые» кисты, даже множественные, выглядят совсем по-другому, нежели в случае наследственного поликистоза почек. Когда у пациента обнаруживают какое-либо образование, его в первую очередь беспокоит одно: а не рак ли это? Хочу успокоить: если доктор сказал «киста», значит, киста. УЗИ надежно определяет разницу. Есть четкая система признаков, по которой на УЗИ или компьютерной томографии определяется степень «благонадежности» кисты и алгоритм действий при малейшем подозрении.

Иногда и «простые» кисты могут вызвать осложнения: инфицироваться или кровоточить, но это редко увидишь даже в специализированных клиниках. Обычно за «простыми» небольшими кистами даже не следят. Хуже, если обнаружено плотное (а не полое, как в случае с кистой) образование, пусть и небольшого размера. Здесь уже шанс столкнуться с

раком почки достаточно высок, особенно если человек курит, имеет избыточный вес или диабет. Как правило, подобные опухоли себя долго не проявляют и на момент обнаружения могут представлять угрозу. Поэтому, если у человека осложненная наследственность (как у меня, например) или сочетание факторов риска, надо проявлять определенную настороженность и вести здоровый образ жизни.

Чтобы последний абзац не оставил осадка, следует упомянуть, что алкоголь имеет защитное действие от рака почки. Однако это не причина спасаться водкой. Про рак почки «бабушка надвое сказала», а вот остальные виды онкозаболеваний в 5% случаев провоцируются именно алкоголем!

Заметки на полях

История из жизни городской больницы: с тяжелой автотравмой больной поступает без сознания в реанимацию, и у него обнаруживают почечную недостаточность. На это может быть много причин, а тут при УЗИ обнаружен поликистоз почек. Все сложилось: наследственный поликистоз в таком возрасте с уже с выраженными нарушениями функции почек, к врачам не обращался, а тут с травмой попал в больницу. От тяжелых травм больной все-таки умирает, а вот на вскрытии врачей ожидает очень неприятный сюрприз: то, что на УЗИ принимали за огромные кисты, оказалось увеличенными почками.

У больного камнями, которые неизвестно сколько пролежали в почке, закупорило мочеточники,

причем (казуистика!) с обеих сторон! Отток мочи нарушился, и почки стали раздуваться мочой с развитием острой почечной недостаточности! Вот так неправильно интерпретированная картина УЗИ привела к ошибочной тактике лечения. Конечно, травмы этого пациента были несовместимы с жизнью, но в ином случае такого больного можно было бы спасти...

Про случайно обнаруженный при УЗИ камень почки мы уже разговаривали в книге «О самом главном с доктором Мясниковым». Может он проявиться болью и другими проблемами? Может! Может пролежать всю жизнь «немым» и ничем себя не проявить? Может! Оперативное вмешательство на почке совсем не пустяк, поэтому решение принимается взвешенно. Если вы живете в городе, где доступна квалифицированная медицинская помощь, то и не надо ничего пока делать: сложится так, что разовьётся приступ, – тогда и удалят. Только не забудьте предупредить врачей, что вы «носитель» камня.

5. Повышение внутричерепного давления

Любой врач-реаниматолог при словах «повышение внутричерепного давления» (ВЧД; см. также с. 250) сразу настоится, ведь это грозный симптом, чреватый катастрофой. За этим может стоять внутричерепное кровоотечение, опухоль мозга, аневризма, инсульт, травма и много других нехороших вещей! Таких больных интенсивно лечат, причем в условиях реанимации. У некоторых больных бывает повышение ВЧД без видимых причин – идиопатическое, так называемый псевдотумор церебри. Но и в этом случае такое состояние может привести к потере зрения и требует интенсивного, хоть и амбулаторного, наблюдения и адекватной терапии.

Так что же тогда имеют в виду те доктора, которые на основании набора весьма неспецифических симптомов направо и налево ставят диагноз повышенного ВЧД? Головная боль, головокружения, тошнота, повышенная утомляемость, «синяки» под глазами, метеочувствительность, снижение сексуального влечения – вот неполный перечень этого набора, а у кого такого не бывает? Неудивительно, что такой диагноз поставлен половине нашего населения! В качестве подтверждения приводятся данные УЗИ или даже компьютерной томографии, как же тут не поверить? Лечение предлагается та-

кого же качества: «иголки», прижигания полынными сигарами, пиявки, травы, валериана, боярышник...

Доктора, имейте совесть, книжки умные почитайте, что ли! Вы же не только «разводите» людей на ненужные процедуры и вселяете в них тревогу по поводу несуществующей болезни – вы обрекаете на инвалидность тех, у кого действительно есть идиопатическое повышение ВЧД!

Головная боль и правда может быть ведущим симптомом. Обычно это интенсивная, «обездвиживающая» боль, часто ее описывают как «самая сильная в моей жизни!». И сопровождается она нарушениями зрения: двоением в глазах, выпадением полей зрения, потерей зрения, светобоязнью и т.д. Подтверждается диагноз исследованием глазного дна (отек диска оптического нерва!), проведением люмбальной пункции (иглу порядочного размера вводят в области поясницы в позвоночник и меряют давление, с которым вытекает спинномозговая жидкость). При этом на компьютерной томографии или МРТ не должно быть выявлено никаких иных причин для имеющегося повышения ВЧД (иначе это уже не псевдотумор cerebralis, а вторичное повышение, при котором необходимо срочное хирургическое лечение!).

Таким больным необходимо ежемесячное наблюдение врача с обязательным исследованием глазного дна (его даже фотографируют каждый раз, чтобы не пропустить прогрессирования), потому что основная опасность этого заболевания – потеря зрения! Лечение проводят специальными

мочегонными средствами и гормонами, при отсутствии эффекта больным начинают заниматься нейрохирурги. Такие больные должны избегать некоторых лекарств, которые, в свою очередь, могут усугублять ситуацию: тетрациклин, доксициклин, витамин А, гормон роста.

Теперь представим, что среди десятков тысяч неправомочных диагнозов повышенного ВЧД попадается человек, у которого оно действительно повышено. Его также будут лечить пиявками и валерианой?! (Кстати, любителям валерианы – это небезопасная трава для печени, классическая причина токсического гепатита!)

В доказательной медицине существует четкая система критериев для постановки диагноза. Низкий уровень грамотности и ответственности тех наших врачей, которые «лепят» потенциально грозный диагноз всем подряд, ничего, кроме недоумения, не вызывает... Да еще посмотрите, как они всё это подают и рекламируют! «Размешивают» свое словоблудие медицинскими терминами, надерганными из глав про действительное повышение ВЧД, обещают подтвердить свои выводы на УЗИ и томографии. Ни то ни другое при идиопатическом заболевании не имеет решающего значения. И в конце: «Приходите в нашу клинику, наши врачи, кандидаты и доктора наук, избавят вас от болезни» и т.д.

Всё это – к теме личного лицензирования врачей, всеобщей переаттестации на основании общемировых подходов, выхода из системы, где каждый врач может делать, что хочет,

где даже новые методические рекомендации продолжают отличаться от мировой практики, где поход пациента к врачу является воистину «русской рулеткой»! Доколе?!

6. Уреаплазма

Знакомое всем слово: «уреаплазма»! Сколько скандалов, семейных драм и разводов на «совести» этого самого маленького на свете микроорганизма! На самом деле, микроорганизм здесь ни при чем, здесь все то же наше отставание от мировой медицины и нежелание образовываться и что-то менять! А в случае с уреаплазмой это еще помножено на огромный бизнес лечения мнимых ЗППП – заболеваний, передающихся половым путем. Все дело в том, что уреаплазма является частью нормальной влагиалищной флоры! Больше 60% всех взрослых сексуально активных мужчин и женщин являются носителями уреа плазмы. И носительство уреаплазмы в мире не лечат, это не болезнь!

А у нас начинаются спекуляции: ведь уреаплазма может вызывать воспаления малого таза и уретры? Может! А заболевания плода? Может! Тогда что же вы хотите? Лечить, лечить и лечить! И себя, и партнера, который (которая) эту гадость откуда-то занес (занесла)! Только вот выше упомянутые воспаления могут быть списаны на уреаплазму лишь в единичных случаях, и то по принципу исключения, когда других «кандидатов» нет. Почувствуйте разницу: сотни и сотни тысяч людей горстями принимают антибиотики и никому в мире неизвестные иммуностимуляторы, подозревают своих близких в измене из-за нескольких десятков описан-

ных неясных случаев! Вообще, нет симптомов – не нужно лечение; если симптомы есть – не отвлекайтесь на уреоплазму: там, скорее всего, другая причина.

Больше 60% населения – носители уреоплазмы. И эту инфекцию во всем мире не лечат, это не болезнь. А вот кандидоз – болезнь, но она не передается половым путем.

Всё то же можно сказать и о кандидозе – «молочнице». Это заболевание встречается и у девственниц, это не ЗППП! Около 6% девочек в возрасте до 12 лет и до 20% взрослых женщин являются носителями кандиды. Откуда? Вероятно, они попадают во влагалище из анального прохода, который располагается рядом: при исследовании микроорганизмы из влагалища и желудочно-кишечного тракта оказались идентичны. Конечно, секс может провоцировать развитие кандидоза, но в основном это прием антибиотиков, повышенный уровень эстрогенов, прием противозачаточных препаратов, беременность, наличие диабета.

Следует упомянуть и причину бактериального вагиноза – бактерию с красивым названием гардинелла. Я неоднократно видел, как ее расценивали как бактерию, передающуюся половым путем, и лечили не только женщину, но и полового партнера.

Что надо знать про гардинеллез? Если у женщины нет никаких симптомов заболевания, ее не надо лечить (почти у половины женщин симптомы проходят сами).

Гарденилле́з, хоть и не встречается у девственниц, не считается болезнью, передающейся половым путем. Секс, возможно, провоцирует симптомы, но четких доказательств этому нет. Лечение полового партнера проводить не надо.

7. Эрозия шейки матки

Мы уже касались вскользь этой темы в первой части книги. Но, поскольку я борюсь против мнимых диагнозов практически в одиночку, повторение будет уместным. **НЕТ ТАКОЙ БОЛЕЗНИ!** Не поймет вас западный гинеколог, если вы придете к нему на консультацию и спросите: «Вот у меня в России обнаружили эрозию шейки матки, и что теперь с этим делать?».

Это физиологическое состояние, когда клетки эпителия, выстилающие канал шейки матки, выходят из просвета канала и покрывают небольшой участок снаружи на шейке. Отсюда правильное название этого физиологического феномена: эктопия (расположение не на своем месте), а не эрозия (изъязвление) шейки матки. Этот эпителий из шейки по структуре другой (цилиндрический) и действительно выглядит ярким пятном, которое ошибочно принимают за язвочку.

Особенно часто этот феномен встречается у подростков, у беременных и после родов. Крайне редко он может вызывать неприятные симптомы: эпителий из просвета канала очень нежный и снаружи может быть ранимым. В этих единичных случаях применяют один из методов удаления этой эктопии: криохирургию, лазер, радиочастоты, но не каждый западный гинеколог это видел. В общем, на этом всё. В том мире.

В нашем... Ну что в нашем, вы отлично знаете! Десят-

ки клиник предлагают обнаружить и вылечить эрозию, врачи говорят о необходимости предотвратить рак. Это очевидная глупость: эктопия («эрозия») никакой не предрак и вообще не болезнь! Ссылаются на зарубежную литературу о методах лечения эрозии – и опять подмена понятий. Действительно, как мы упоминали, в единичных случаях желательно эктопию («эрозию») удалить, но это в единичных случаях! У нас предлагают это делать всем подряд и настаивают на обязательном лечении, запугивая бедных женщин серьезными последствиями!

При этом частные гинекологи выступают единым фронтом: Болезнь! Предрак! Инфекция! Бесплодие! Лечить! Обязательно!

Кандидаты наук, с дипломами – как тут не поверить! Поэтому, когда я говорю о действительном положении вещей с позиций американского доктора, женщины на меня смотрят с большим недоверием. Конечно, такой кусок медицинского бизнеса, такой выгодный миф просто так никто не сдаст: перестанем лечить эрозию и уреaplазму – как на хлеб с маслом и икрой заработать? (Опять вопрос о необходимости личного лицензирования и честной и жесткой переаттестации врачей, желательно тех, кто сохранил совесть.) Позову на помощь Википедию – там есть адекватная информация про эрозию. Хватит быть жертвами очередной «русской рулетки!».

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.