

УДК 616
ББК 53
М99

Мясников, Александр Леонидович.

М99 **Никто, кроме нас : помощь настоящего врача для тех, кто старается жить / Александр Мясников. — Москва : Эксмо, 2021. — 304 с.**

ISBN 978-5-04-118652-4

Каждый день на человека обрушиваются потоки новой информации. Как надо лечиться, как следить за здоровьем, что можно и чего нельзя — люди теряются и не понимают, к кому и к чему прислушаться. Новая книга доктора Мясникова — это правильные ответы и ваше спокойствие раз и навсегда! Когда и кому нужно прививаться? Кому и зачем нужна диспансеризация? Какие продукты и как нужно употреблять? Какие лекарства подходят для профилактики здоровья? Всегда ли нужно соглашаться на операции? Понятные и четкие ответы — вот что нужно человеку. Они находятся в этой книге.

УДК 616
ББК 53

ISBN 978-5-04-118652-4

© Мясников А.Л., текст, 2019
© Оформление. ООО «Издательство
«Эксмо», 2021

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
-----------------------	---

Часть I. ПРЕВЕНТИВНАЯ МЕДИЦИНА

ГЛАВА 1. Диспансеризация	6
ГЛАВА 2. Вопросы вакцинации	38
ГЛАВА 3. Химиопрофилактика: предотвращение болезней при помощи лекарств, витаминов, минералов, БАДов.	102
ГЛАВА 4. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек	147
ГЛАВА 5. Всегда ли надо соглашаться на оперативные вмешательства, которые нам предлагают	149

Часть II. ЗАПИСКИ ВРАЧА-ПУТЕШЕСТВЕННИКА

ГЛАВА 1. Тибет. Чудеса глазами врача.	164
ГЛАВА 2. Китай. Нетрадиционная традиционная медицина.	187

ЧАСТЬ III. СОВЕТЫ ПО СОБЛЮДЕНИЮ ЗОЖ, ИЗДАННЫЕ РАНЕЕ, НО НЕ ПОТЕРЯВШИЕ СВОЕЙ АКТУАЛЬНОСТИ И СЕГОДНЯ

ГЛАВА 1. Движение — это жизнь	198
ГЛАВА 2. Мы — то, что мы едим.	213
ГЛАВА 3. Вредные привычки	226
ГЛАВА 4. Сколько все-таки воды пить?	255
ГЛАВА 5. Кофе и чай	259
ГЛАВА 6. Поваренная соль	266
ГЛАВА 7. Особенности питания во время беременности и кормления грудью.	269
Приложение	276
Медицинский мини-справочник	285
Ответы на вопросы	292
Предметный указатель.	294
Используемые источники информации	298

ПРЕДИСЛОВИЕ

Время течет с поразительной скоростью. День, ночь, вот уже осень, не за горами и Новый год, а ведь вроде только-только елку разбирали! Вот и я оглянулся и понял, что в этом году еще ничего не написал! А ведь очень много есть чего сказать. А то иногда кажется, что у нас медицина застыла в прошлом веке, и мы все спорим: вакцинироваться нам или нет, как часто ходить на диспансеризацию, когда лечить гипертонию и помогают ли гепатопротекторы и иммуностимуляторы... Это, знаете, как: вот откинул штору на даче — а на окне забытая банка из-под варенья, и в ней осы. Полусонные, обожравшиеся, еле ползают по дну и стенкам, едва шевелят своими лапками и усиками... Давайте такое положение вещей менять!

Эта книга посвящена **превентивной медицине** — науке предотвращения болезней. В нее входят четыре основных понятия:

- скрининг болезней, или диспансеризация;
- вопросы вакцинации;
- «химиопрофилактика» — предупредительный прием лекарств при наличии всевозможных факторов риска;
- соблюдение правильного образа жизни.

Во второй части я начну цикл рассказов о медицине некоторых стран попеременно с моими путевыми впечатлениями, а уж поехал — видит Бог — я немало.

Часть I

ПРЕВЕНТИВНАЯ МЕДИЦИНА

Глава 1. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

*«Поди туда – не знаю куда,
найди то – не знаю что!»**

«Когда пациент обращается за медицинской помощью к врачу, тот делает все, что в его силах, чтобы помочь. При этом он не отвечает за возможное несовершенство медицинских познаний как таковых. Совсем другое дело, когда врач предлагает пациенту скрининг (диспансеризацию). Он должен быть твердо убежден в том, что такой скрининг (диспансеризация) изменит в лучшую сторону естественное течение болезни у большей части людей, согласившихся с ним»¹.

В этой главе речь пойдет о самой дискутабельной сегодня в мире медицинской теме – диспансеризации, или скрининге. Много за, но много и против! Я неоднократно пытался освещать эту тему в предыдущих книгах, но поскольку я – единственный, кто это делает, то считаю должным продолжить. Усомниться в необходимости диспансеризации сродни святотатству и оскорблению Символов! Тогда почему же в мире все чаще говорят, что диспансеризация может принести не только пользу, но и вред? Прежде чем развить эту тему, давайте договоримся о понятиях. Скрининг, или диспансеризация, – обследование **ЗДОРОВЫХ** людей с целью выявления у них разнообразных факторов риска развития тех или иных болезней. Скрининг относится к первич-

* Перефраз. Толстой А.Н., Поди туда, не знаю куда, принеси то, не знаю что. М.: Речь, 2015.

ной профилактике болезней. Повторяю: здоровых на первый взгляд людей. Около 40% нашего населения уже имеют те или иные хронические заболевания (артериальную гипертонию, преддиабет, ожирение, остеопороз и т. д.). Там мы отслеживаем уже не предположительные риски, а вполне конкретные осложнения конкретной имеющейся болезни. Это вопросы так называемой вторичной и третичной профилактики (об этом позже).

Основной постулат этой главы: диспансеризация (скрининг) несомненно нужна! Вот другое дело – когда, кому, в каком объеме и как часто. И как только я заикаюсь на эту тему, то сразу слышу гвалт возмущения: «Вы что?! Обследовать всех, и как можно чаще! Вот у меня мама (дочь/отец/тетя) пошла, и у нее/него обнаружили вовремя, а так бы давно уже умерла!», «Нам и так урезают объем обследования, Вы идете на поводу у Минздрава, как Вы можете, а мы Вам верили!» И прочее, и прочее, и прочее... Как бы вам объяснить-то? Да, обнаружили, да, предотвратили! Но обнаружили и предотвратили СЛУЧАЙНО! Вашему родственнику повезло, а сотням тысяч других – нет! Бывают счастливые внезапные (случайные) находки, которые реально спасают жизнь... В 1% случаев. В 99% – это находки «неясной клинической значимости», они лишь раскручивают маховик дальнейших ненужных исследований, приводят к диагностическим ошибкам и как следствие – к неправильному или вообще ненужному лечению. Теперь об этом 1% счастливых для пациента случаев. Эти находки не должны быть результатом случайных действий врача. Они должны выявляться ЦЕЛЕ-НАПРАВЛЕННО. Почитайте мою книгу «Вектор страха» про онкологию: вы увидите, что для каждой онкологии существуют свои факторы риска – вот по их наличию у пациента и надо осуществлять поиск (скрининг). Пока же ситуация напоминает обезьяну с гранатой: и та, если кинет гранату в толпу, имеет шанс поразить врага, только очень маленький. В 99% страдают невинные люди.

Сегодня в США по официальной статистике каждое четвертое исследование, каждое пятое выписанное лекарство, каждая десятая операция производится ЗРЯ! Зря расходуются миллиарды долларов, зря страдают люди, расплачиваются здоровьем за нежелание врачей задуматься над своими действиями: а все ли я правильно делаю? Вот еще данные: в США производится компьютерных томографий 245 на 1000 пациентов, МРТ (магнитно-резонансная томография) – 118 на 1000 пациентов, что в пять и три раза соответственно больше, чем, например, в Финляндии. Только вот по уровню качества медицинской помощи и здоровью нации Финляндия находится впереди США. Так значит «не числом, а умением?!» Вот, наверное, ключевое слово – «умение»! Врач заменяет свое неумение или нежелание подумать: «А что я, собственно, ожидаю увидеть от этого исследования, что я буду делать с полученным результатом?» – назначением исследований «по площадям».

Помните хрестоматийный ответ папского легата во время Альбигойского крестового похода в Лангедоке? Когда при осаде крепости Безье вожди крестоносцев его спросили: «А как мы отличим истинно верующих от еретиков!?» Последовал ответ: «Убивайте всех! Господь потом отберет своих!»

Американцы в борьбе с «находками неясной клинической значимости» предлагают и вовсе радикальные меры: экранировать во время исследования области, не указанные в направлении врача. Вот делаем мы КТ (компьютерная томография) по поводу мочекаменной болезни, значит, область печени и селезенки экранируем, как бы чего лишнего случайно не увидеть! Вы же камень ищите? Вот и смотрите почки и мочеточники, не отвлекайтесь!

У нас до такого еще, слава богу, не дошли. Нет, неправильно: термин «дошли» обозначает некий текущий процесс, когда проблема известна и предпринимаются движения в направлении ее

решения. У нас проблема «находок неясной клинической значимости» даже и не обозначена. Нет ее! Действует прямолинейный постулат: «Бери больше – кидай дальше!»

Такой черно-белый подход к диспансеризации и скринингу «высочайше утвержден» на уровне правительства в целом. Работает логика непрофессионалов в области медицины: медицина – социально очень значимая и болезненная область. Как ее реформировать – не очень понятно, мы умеем только закупать различное оборудование и строить крупные медицинские центры. И покупаем, и строим, но что-то сильно лучше не становится: люди все равно недовольны. Значит, нужна всеобщая диспансеризация: каждый пройдет через руки врача, обследуется – и будет всем счастье! Так, сколько там будет стоить всеобщая диспансеризация? А подкинуть поликлиникам оборудования, чтобы были готовы? Ого!!! Но надо, вопрос имеет политическое значение, здоровье нации превыше всего и т. д. И спускаются указания об объемах диспансеризации, где и УЗИ, и гастроскопия, и онкомаркеры, и многое другое, очень и очень сильно отличающееся от международных стандартов... Вот прямо слышу: «Так хорошо же, так и надо, дай-то Бог!». Я понимаю: люди измучились без нормальной, адекватной медицинской помощи, они привыкли буквально выпрашивать исследования, они разуверились во врачах, они правдами и неправдами ходят по исследованиям и потом сами зачастую составляют себе представление о состоянии своего здоровья и необходимости лечения. И вот логика непрофессионалов совпала с потребностями населения, которое просто не очень информировано в том, что за подобными исследованиями «по площадям» стоит. Помните? «Убивайте всех! Господь потом отберет своих!»

Вот теперь я хочу вас познакомить с одним очень серьезным обследованием, результаты которого недавно (июнь 2019 года) были опубликованы в солидном медицинском журнале JAMA (журнал Американской медицинской ассоциации, членом которой, кстати, я тоже являюсь). Только укрепите дух свой: речь

пойдет о прямом святотатстве, просто медицинской ереси... Слабонервным лучше пропустить следующий абзац.

Статья называется «Споры о том, является ли ежегодная диспансеризация пустой тратой времени?». В 17 обширных исследованиях наблюдали 250 тысяч человек в возрасте 18–65 лет на протяжении многих лет. Половина из них проходила диспансеризацию ежегодно, другая половина – нет. Результат ошеломляющий: разницы в заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых болезней и от онкологии между теми, кто проходил диспансеризацию ежегодно, и теми, кто не ходил на нее вовсе, нет! НЕТ!!! Более того, в упомянутой статье есть и такие слова: «Без сомнения, ежегодная диспансеризация здоровых людей бессмысленна, и позор нам, врачам (так буквально и написано: shame on us), что мы ее предлагаем пациентам!»

Диспансеризация нужна для первичной профилактики, с целью заранее выявить риски возможных заболеваний.

Так, давайте умерим эмоции и задумаемся над происходящим. Можно, конечно, все происходящее отвергнуть на корню и пребывать в блаженном неведении по принципу «меньше знаешь – крепче спишь».

Но продуктивнее задаться вопросом: «Ну, хорошо, допустим, надо не так. А как тогда?» Ответу. И кстати, сразу станет понятно, почему правительству проще – и, более того, единственно возможно – проводить диспансеризацию только «по площадям». К вопросам диспансеризации/скрининга надо подходить индивидуально! Вот стоят мои туфли 43-го размера. Они не могут подойти всем: кому-то велики, кому-то малы, кому-то в подъеме жмут и т. д. Про туфли все это понимают, а про диспансеризацию – нет!

Вспомнилась сцена из «Гамлета».

Гамлет: Вот флейта. Сыграйте на ней что-нибудь.

Гильденстерн: Принц, я не умею.

Гамлет: Но я прошу вас.

Гильденстерн: Но я не знаю, как за это взяться.

Гамлет: Это так же просто, как лгать. Перебирайте отверстия пальцами, вдуйте ртом воздух — и из нее польется нежнейшая музыка. Видите, вот клапаны.

Гильденстерн: Но я не знаю, как ими пользоваться. У меня ничего не выйдет. Я не учился.

Гамлет: Смотрите же, с какой грязью вы меня смешали. Вы собираетесь играть на мне. Вы приписываете себе знание моих клапанов. Вы уверены, что выжмете из меня голос моей тайны. Вы воображаете, будто все мои ноты снизу доверху вам открыты. А эта маленькая вещица нарочно приспособлена для игры, у нее чудный тон, и тем не менее вы не можете заставить ее говорить. Что ж вы думаете, со мной это легче, чем с флейтой?*

Диспансеризация должна предполагать изначально опрос пациента, разговор с ним. Врач должен уметь распознать факторы риска к тому или иному заболеванию, знать эти факторы риска, быть способным компоновать пациентов по их индивидуальным характеристикам в зависимости от генетики, наличия вредных привычек, образа жизни, питания и т. д. Согласитесь, это уже совсем другой уровень требований и к врачам, и к методике диспансеризации. Однако игра стоит свеч! Чувствительность и специфичность диагностических находок при таком подходе резко повышается. Более того, методы исследования, которые сегодня откровенно буксуют и выдают на-гора тонны пустой породы, получают новую жизнь.

* Отрывок из пьесы У. Шекспира «Гамлет» (Шекспир У. Гамлет. М.: Эксмо, 2015).

Возьмем маммографию: колоссальное количество ложноположительных результатов. На 1000 уже найденных уплотнений истинный рак только у одной. 999 женщин отправляются на пункцию, повторные исследования, напрасные операции. Живут в тревоге за свое здоровье и жизнь, впадают в депрессию. И чем раньше по возрасту и чаще (например, ежегодно) мы проводим скрининговую маммографию, тем выше риск ложноположительных находок. Мы можем сказать: если сегодня вам сделали маммографию при диспансеризации и что-то нашли, то на 99,99% это у вас доброкачественное образование, если оно вообще у вас есть. У нас маммография проводится с 39 лет, в большинстве стран – с 45, при этом основные сообщества врачей-онкологов адвокатируют возраст начала маммографического наблюдения – 50 лет. И не чаще одного раза в два года. Чем меньше возраст, тем плотнее грудь и тем труднее интерпретировать результаты. Как это должно работать, рассмотрим на примере Франции. Там с 2018 года отменили маммографию как процедуру, обязательную для всех. Теперь ее предваряет обстоятельный разговор с врачом. Он выясняет ваши индивидуальные риски, ведь среди всех случаев 10% рака груди и 15% рака яичников генетически обусловлены. Доктора рассчитали наследственные риски математически. Если этим болели родственники первой линии (мать или дочери), риск возрастает в два раза. Бабушка или тетя – в полтора. Количество заболевших родственников в семье тоже имеет значение: если в семье таких двое, риск выше в три раза. Имеет значение и этническая принадлежность: если вы – еврейка, то ваши риски выше, чем у людей другой национальности. Обязательно отметит возраст начала менструаций, количество детей, кормили ли вы грудью, когда начался климакс, курили ли вы, что с алкоголем и многое-многое другое. Потом врач тщательно ощупает грудь по специальной методике **(до 20% рака груди можно определить, правильно пальпируя грудь, притом что на маммографии опухоль будет не видна)**. Если вам повезло и у вас красивая и плотная грудь, то ценность

маммографии в вашем случае резко снижается. И вот по результатам такого разговора, сбора анамнеза и клинического осмотра врач решает вопрос о целесообразности и частоте проведения скрининговой маммографии. Вы поняли, конечно, уже, почему у нас такого не может быть в обозримом будущем? Это требует тщательного многолетнего обучения/переобучения врачей, бережного отношения к пациентам и выстраивания сложного алгоритма взаимодействия между пациентом, врачом и диагностическими службами. Проще выделить несчетное количество денег, массово всех прогнать через крупную гребенку, отрапортовать, а там... ну, а там уже спрос с других. И кто потом ответит за то, что вал вновь испеченных «пациентов» захлестнет и так непрочную систему здравоохранения, что и так невеликие деньги ОМС сгорят моментально, оголив финансирование лечения больных и т. д.

Но все это теория. Мы живем там, где мы живем, и вам нужны не мои рассуждения о несовершенстве Системы (подумаешь, открыл Америку!), а конкретные советы по выживанию здесь и сейчас!

Переходим к практическим советам.

1 СОВЕТЫ ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫМ ЛЮДЯМ

Ходить на предлагаемую всеобщую диспансеризацию безусловно надо! Раз в три года, как и предусмотрено для лиц до 40 лет. Но если вы здоровы и основные показатели у вас в норме, то и после этого возраста сокращать интервал между диспансеризациями не надо. По международным стандартам, ежегодный профилактический осмотр можно начинать проходить с 50 лет и старше. Итак: на диспансеризацию ходим. При всей ее громозкости и крайностях: то густо, то пусто. Надо пользоваться предоставляемыми возможностями. Только при этом надо быть

готовым к тому, что любая находка — скорее всего, ложноположительный результат. Или рутинная находка типа камня в почках, кисты или гемангиомы печени/почек, узла щитовидной железы и прочее. Ведь по статистике:

- камни в желчном пузыре имеются у каждого 10-го здорового человека;
- камни в почках — у каждого 10-го мужчины и каждой 20-й женщины;
- киста печени — у каждой 20-й женщины, у мужчин — реже;
- гемангиомы печени: до 20% обследованных. Получается, что каждый 5-й;
- теперь — внимание: почти каждый 3-й человек без каких-либо болей в спине (27%) имеет при обследовании ГРБЖУ межпозвоночного диска;
- киста почки — у 12% обследованных, частота случайных находок увеличивается с возрастом;
- «инцидентома» — случайно обнаруженное при компьютерной томографии, образование надпочечников — у каждого десятого пожилого человека, молодой и средний возраст — 4,4%;
- киста молочной железы — больше, чем у каждой 3-й женщины — 37% исследований;
- аденома и гипертрофия простаты — у каждого 10-го мужчины до 40 лет, у каждого второго от 50 до 60 лет и у восьми мужчин из десяти к 80 годам;
- узлы щитовидной железы при УЗИ найдут при случайном обследовании у КАЖДОГО ВТОРОГО ЧЕЛОВЕКА. И часто не один узел, а два или более.

Приведенной статистики достаточно, чтобы каждый представил свои шансы на то, что у него что-то почти наверняка будет обна-

ружено. Надо быть к этому подготовленным и не паниковать! Кто предупрежден – тот вооружен! Как правило, подобные находки после ряда уточняющих исследований никаких активных (более агрессивных) действий со стороны врача не предполагают.

Теперь подробнее по исследованиям. Мы в большинстве своем доверяем исследованиям, которые выдают нам изображения, значительно больше, чем анализам крови, не понимая, что когда изменения уже видны глазом, то это имеет за собой многолетний процесс роста. Анализ крови сигнализируют о неполадках значительно ранее, просто их надо уметь правильно прочитать и вовремя заметить отклонения. Итак, ниже приведены рекомендации USPSTF (United States Preventive Services Task Force) с моими комментариями.

- ① Холестерин и другие параметры липидного обмена:
Мужчинам «высокого риска» (курильщики, отягощенная наследственность, повышенное давление, избыточный вес) – с 25 лет;
Женщинам «высокого риска» (по тем же критериям) – с 35 лет. Остальным мужчинам и женщинам – с 35 и 45 лет соответственно.
- ② Артериальное давление – с 18 лет и при каждом посещении врача. Далее про артериальную гипертонию будет подробно.
- ③ Маммография – начиная с 40 лет раз в два года. Уже говорили, при всем несовершенстве подходов, при огромном количестве ложноположительных результатов маммографии сегодня в нашем обществе альтернативы нет. Вы сами должны знать свои риски возникновения рака груди (наследственность, раннее наступление менструаций и поздняя менопауза, отсутствие беременностей или кормления грудью, прием эстрогенов, алкоголя, избыточный вес, ра-

бота в ночную смену и т. д.). Это поможет вам в разговоре с врачом аргументированно обсудить, насколько маммография в вашем случае оправдана до 50 (или 45) лет (понимаю, не в безвоздушном пространстве живу: при условии, что врач вообще захочет с вами разговаривать...). УЗИ молочных желез альтернативой маммографии не является и проводится для того, чтобы отдифференцировать уплотнение молочной железы от полости внутри кисты. Помните, что любая находка при рутинной маммографии – на 99,9% не онкология.

- ④ Скрининг на рак шейки матки (мазок ПАП) – с 21 года до 65 лет раз в три года. Во всем мире всеобщее применение прививки от вируса папилломы человека, признанного возбудителя рака шейки матки, исключило эту болезнь из первых рядов гинекологического рака. И, тем не менее, мазок и анализ крови на ПЦР к вирусу папилломы человека считается «золотым стандартом». Что уж говорить о нашей стране, где и от этих прививок отказываются, и рак шейки матки по-прежнему распространен, и 80% врачей-гинекологов никак не поймут разницу между безобидным физиологическим состоянием – «эрозией» (эктопией) шейки матки и действительно предраком – дисплазией шейки матки в результате инфекции вирусом папилломы человека.

Не сочту за труд повторить, что нужно знать об «эрозии» шейки матки.

- Правильное название – не «эрозия», а эктопия, то есть «не на своем месте». Нежный эпителий внутри канала шейки матки может выходить за пределы своей обычной локализации и выглядеть при осмотре красным пятном – «эрозией».
- Это не болезнь, это вариант нормы. Часто бывает у подростков, женщин после родов, может появляться и исчезать сам по себе.