

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие Ольги Шестовой, главного руководителя медицинского направления . . . . .	5
Предисловие автора . . . . .	7
Глава 1. Когда надо обращаться к врачу . . . . .	9
Глава 2. Как правильно оценить врача . . . . .	25
Глава 3. Врачебные ошибки . . . . .	45
Глава 4. Врачи тоже люди и ничто человеческое им не чуждо! . . . . .	65
Глава 5. В чем вред УЗИ, КТ и МРТ, или Рентген не лечит . . . . .	71
Глава 6. Плюсы и минусы диспансеризации . . . . .	83
Глава 7. Госпитализация: больница — самое опасное для здоровья место. . . . .	95
Глава 8. Кому госпитализация все-таки показана . . . . .	107
Глава 9. Наш пациент глазами врача . . . . .	119
Глава 10. Национальные особенности лечения на дому. . . . .	131
Глава 11. Платная медицина. . . . .	143
Глава 12. Несуществующие болезни . . . . .	155
Глава 13. Фармкомпании продают не лекарства, а ложь о них! . . . . .	167
Глава 14. От эффекта плацебо до откровенных развонок	237
Послесловие . . . . .	257
Новые рассказы о теле, здоровье и любви . . . . .	260
Приложение . . . . .	274
Предметный указатель . . . . .	285
Отечественная программа оздоровления нации «Пора лечиться правильно» . . . . .	288

Тема врачебных ошибок – логическое продолжение предыдущих глав. Причем с юридической точки зрения под врачебной ошибкой понимается несколько другое, чем то, что мы подразумеваем под этим в быту. Я пытался читать литературу, посвященную врачебным ошибкам, и погряз в определениях, юридических терминах и тонкостях. Давайте поговорим на эту животрепещущую тему как нормальные люди.

Врачебные ошибки могут быть:

- ① следствием невнимательности и раздолбайства (и тогда при наступлении последствий они могут трактоваться как преступление);
- ② происходить от неграмотности врача;
- ③ есть и еще одна категория. Строго говоря, именно она и подходит под официальное определение врачебной ошибки: осложнения от произведенных лечебно-диагностических мероприятий из-за непредвиденной случайности, индивидуальных особенностей пациента или вследствие ограниченных на данный момент возможностей медицины в целом.

Наших людей не надо спрашивать, какая из этих трех категорий врачебных ошибок встречается чаще всего! «Конечно из-за невнимательности», скажут они, и ошибутся! Разгильдяйство и невнимательность вопиющи, они бросаются в глаза, они вызывающи и поэтому так всех возмущают! Только самые частые ошибки – не те, что на виду, и проистекают они от недостаточной профессиональной грамотности врача. Я постараюсь не сгу-

щать краски, но в реальности к прочитанному надо вводить умножающий коэффициент...



### *Заметки на полях*

Прочитайте безжалостно-правдивое интервью одному изданию (журналист Ольга Ципенюк) моего друга, очень известного уролога, глубоко интеллигентного человека с европейским образованием, профессора Дмитрия Пушкаря. С какой болью он обо всем этом говорит!

Итак. «Лет 30–40 назад дочка приводила к маме с папой жениха и говорила: «Знакомьтесь, это Вася, он учится на врача», — и родители лопались от гордости. Они знали, что их кровиночка будет жить с интеллигентным человеком, в достатке и уважении. Сегодня в России молодой врач — это необязательно образованный человек. Это всегда небогатый человек. Это человек, не имеющий времени для себя и для семьи. Это человек, работающий в условиях, в которых нормальные люди, скорее всего, работать не захотят. В 30-е, 40-е, 50-е годы прошлого века российская медицина была одной из лучших в мире. Но тогда медицина везде была примерно одинаковая — не зависела от оборудования и держалась на людях. Великие врачи, их ученики, медицинские династии. Но это были не просто медики, а люди с широчайшим кругозором. Их можно было встретить в консерватории, на поэтических чтениях, они знали языки, а главное — бесконечно образовывались дальше: читали, учились. Они долечили людей до 60–70-х годов, а потом все закончилось. С одной стороны, кончились люди, физически — вымерли как динозавры. А с другой стороны, началось ментальное разрушение, системный крах ценностей. Ведь главное в нашей профессии — ценность человеческой жизни и желание докопаться до сути. Медленно, по миллиметру. И вот эти вещи стали никому не нужны. Ведь поговорка «умер Максим, да и...

с ним!» – самое страшное, что может произойти с народом: обесценивание жизни. Над людьми знающими, которые хотят докопаться до сути, тоже стали смеяться. Начались консультации на ходу. Великие профессора, врачи-энтузиасты не смогли удержать свои школы. По всей стране с середины 70-х медицинские институты превратились в формальные, проходные, за исключением, может, двух-трех. Первокурсники с хорошей школьной базой закончились, думаю, в предыдущем десятилетии. Мы же помним, что в 90-е почти половина врачей не работали врачами. Потом многие из них вернулись в вузы и стали учить этих самых первокурсников. В результате сегодня студенты – малообразованные поверхностные люди. Интернет заменил знания, прочли максимум одну-две книги сверх школьной программы. Если спросить, для чего они пришли в медицину, то большинство не дадут внятного ответа. Мы проводили исследования, от которых пришли в ужас. На тысячу студентов медицинского института английский язык знают десять человек. Не десять процентов, а один! Не так знают, чтобы в кафе яичницу заказать, а чтобы статью прочесть в научном журнале, презентацию сделать. Без этого о каком медицинском образовании сегодня можно говорить? Дальше мы тысячу студентов попросили продолжить строчку Пушкина «Ах, обмануть меня не трудно...». Правильно смогли продолжить те же десять человек... Ты скажешь: «Дмитрий Юрьевич, вы строго судите». Да, сужу строго. Поскольку хочу, чтобы у меня в стране было как в цивилизованных странах, и причисляю к ним Россию. Чтобы как в Америке или в Германии: девочка привела за руку мальчика, сказала «мой бойфренд – будущий врач», – и в доме засияло солнце.

Никто ни на что не подписан, никто ничего не читает. Тот самый один процент владеющих языком читают только бесплатные выжимки. Студенту не нужен доступ к больным, по крайней мере, сразу. Есть программа, по которой студент в течение, условно, недели изучает урологию. Одну неделю за все пять лет обучения. Что он выучит за неделю? Зачем ему доступ к больным? Не нужен он ему! Проблема глубже, проблема системная. В медицинститут

пришел человек, который не знает, хочет ли он быть врачом, — раз. Который не образован, чтобы быть врачом, даже если он этот институт окончит, — два. И который не имеет общего кругозора, чтобы общаться с людьми, — три. Люди, которые этому человеку преподают, понимают, что пришли не те. Но они сами, к сожалению, не те: система преподавания в том понимании, которое сформировалось во всем мире, отсутствует.

Что дальше? Государственной программы подготовки специалистов не существует нигде в стране. Есть ординатура. Те, кто все-таки собираются быть врачами, приходят в клинику на два года. Но за два года из человека нельзя сделать врача, ни при каких условиях! За границей эта стадия, резидентура, занимает от 4 до 7 лет. Вот на моих занятиях со студентами сидит 40 человек, 4–5-й курс. Спрашиваю: «Вам через год людей лечить, поднимите руки, кто готов?» Двое поднимают. Спрашиваю хорошенькую: «Ты кем будешь?» — «Гинекологом». — «Почему руку не поднимаешь, не хочешь лечить?» — «Хочу, но не буду, очень страшно!»

Про медсестер. Вы вообще понимаете, что такое институт медсестер? Представляете, какие медсестры работают в западных клиниках? Об этом же в нашей прессе не пишут. Медсестра — ключевая фигура в современной медицине. У нас же образ медсестрички — с военных времен, какая она была добрая, как раненых на себе выносила, сколько командиров на сестричках переженились... Тогда медсестры лечили душой, а сегодня она должна включить аппарат, на панели которого нет ни одной русской буквы! Не аппарат — 25 таких аппаратов она должна уметь включать, входя в операционную, в реанимационную, в обычную палату. Мы готовы за свой счет отправлять медсестер учиться за границу, но как это сделать, если они не говорят ни на одном языке... Что сегодня умеет девочка после окончания медучилища? В лучшем случае не боится крови и может сделать инъекцию. Дообразовывать ее — самый сложный процесс. Огромное везение для нее — попасть в коллектив, где есть поддержка, где медсестры уже базово понимают оборудование.

А дальше путь проб и ошибок. Включилось – не включилось, вызвали инженера, приехал, показал, не запомнили, записали, опять записали, потом запомнили. По дороге разбили пару оптик, уронили пару инструментов. Потом ждали полгода, пока их купят снова, – прибор стоял, не работал. И так по всей стране.

Мы ничего не сможем улучшить, пока не начнем учить наших студентов-медиков по-новому. Пока не введем серьезный отбор абитуриентов, сделаем для них обязательным английский язык (современная замена обязательной для врачей в прошлом латыни), пока не переучим докторов и не проведем строгую и бескомпромиссную их переаттестацию. Пока не наберем по крупицам преподавателей, способных это сделать, не призовем для этого тех врачей европейского уровня, которых у нас немало, не один Дмитрий Пушкарь (и это не заслуга системы, увы, это упорные самоучки). Они были бы и рады, но, что парадоксально, невостребованы. Пока не изменим самого духа нашей медицины, застрявшей в 80-х годах прошлого века!



### *Заметки на полях*

Как-то я знакомил своих читателей с системой медицинского образования Франции. Глубоко в этой теме, так как мой сын – студент-медик в Сорбонне. Такую информацию не грех и повторить. На медицинский факультет берут всех желающих. Вообще всех, был бы «Бак» – свидетельство об успешном окончании средней школы (его, кстати, не имеют почти 40% выпускников французских средних школ). В среднем абитуриентов набирается около 4 тысяч человек. Но на второй курс могут перейти только 340 человек. Все

## Глава 5

# В ЧЕМ ВРЕД КТ, УЗИ, МРТ, ИЛИ РЕНТГЕН НЕ ЛЕЧИТ!

Главная часть каждого оружия  
есть голова его владельца.

*Фильм «Два бойца»*

Когда я работал в Африке, у местного населения было поверье, что рентген обладает лечебным действием. С чем бы они ни пришли в госпиталь, просьба всегда была одна: «Сделайте мне рентген!» Было очень трудно объяснить им, что рентген не лечит. То есть объяснить было вообще невозможно; они понуро отходили, считая, что не понравились белому доктору, и он им отказывает в эффективном лечении! (А вот фотографироваться, наоборот, боялись, считая, что это приводит к слепоте!)

Мало кто у нас в этом сознается, но практика показывает, что большинство россиян считают так же! Как иначе объяснить такую тягу нашего населения к рентгену, КТ, УЗИ? Если доктор вам не сделал рентген или УЗИ, то, считай, ходили к нему зря! Люди не понимают, что, придя к врачу, они дают ему задачу с несколькими вводными. Ну, например, сухой кашель последние 3 месяца, температуры нет, одышки нет, иногда побаливает голова. Отчего это и что делать? Врач либо сам, либо по вашему настоянию, не особенно заморачиваясь сбором анамнеза и осмотром, назначает рентген и анализ крови. Тем самым вовлекают в задачу новые вводные. На рентгене «усиление легочного рисунка в прикорневой зоне» и кальцификат, в анализе крови — умеренное повышение эозинофилов. Поскольку кашель не проходит, далее идет КТ легких (а вдруг туберкулез или рак?), расширенные анализы на выявление аллергии или паразитов (эозинофилы могут быть повышены и при этих состояниях, а могут и нет).

Сложить  $2 + 2$  просто, а вот  $2$ , умноженное на  $4$ , плюс  $16$ , деленное на  $3$  и умноженное на  $47$  — гораздо сложнее! (Цифры взяты произвольно, для иллюстрации.)



Правильно сложить. Когда это необходимо, ничего не напишешь, надо решать. Но в нашем примере первое слагаемое — хронический сухой кашель есть, а второе слагаемое легко было определить без всяких тестов, просто внимательно расспросив. Сухой кашель — это, как правило, либо астма, либо рефлюкс (заброс кислого содержимого желудка в пищевод), либо гайморит, либо побочное действие лекарства. Изжоги нет, свистящих хрипов нет, признаков гайморита нет. Но вот есть артериальная гипертония. И человек принимает популярное лекарство от гипертонии эналаприл (энап). А вот оно классически провоцирует сухой кашель. Вот вам и второй компонент.

2 (кашель без явных провоцирующих причин) плюс 2 (прием энапа) равно 4 (замена энапа на другое лекарство). И никаких КТ или анализов крови. А сделали бы — неизвестно, куда это завело бы. Тут как в геометрии: кратчайший путь между двумя точками — прямая!

Самая большая опасность инструментальных методов исследования — большое количество ложноположительных результатов. То есть что-то находят, а как это интерпретировать и что с этим делать — не ясно! Надо отчетливо понимать: на сегодня большинство находок при УЗИ, КТ, МРТ, рентгене ложноположительные! То есть либо за ними вообще ничего не стоит, либо они никакого клинического значения не имеют. Проблема в том, что даже зная этот факт, их теперь надо рассматривать как истинные, пока не будет доказано обратное! Как чемодан без ручки: нести неудобно, а бросить жалко!

Вот вам пример. Возьмем такой популярный и часто незаменимый метод как КТ — компьютерная томография. Пересмотрели медицинские карты 1500 здоровых людей, прошедших полную диагностику на компьютерном томографе. Различные отклонения были обнаружены у 90%, причем, как правило, и не одни! По результатам 40% этих людей (почти половина!) было рекомендовано дообследование: исследования с контрастом, очень дорогостоящая ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография), биопсия и даже хирургическая лапароскопия (это когда в небольшой разрез в теле вставляют зонд с камерой на конце). Так вот, из реально обнаруженной патологии было найдено 4 рака почки, 3 рака груди, 2 лимфомы, 2 рака желудка и 1 феохромоцитома. 12 на 1,5 тысячи человек! Остальное — ложноположительные изменения. Казалось бы: ну и что?! Нашли же! Спасли людям жизнь, а так бы они жили и знать не знали! А как быть с остальными почти полутора тысячами? Половина из них прошли через многие дополнительные исследования, через биопсии, некоторые — через операции, и ведь все зря: у них были ложноположительные результаты. Вот это и есть основной риск любого диагностического метода исследования. Ну да: был бы человек, а болезнь найдется! Медики шутят: нет здоровых людей, есть необследованные пациенты! Посмотрите статистику.

- ① Узлы щитовидной железы при УЗИ найдут при случайном обследовании у КАЖДОГО ВТОРОГО ЧЕЛОВЕКА. И часто не один узел, а 2 и более.
- ② Камни желчного пузыря — у каждого 10-го здорового человека.

- ③ Камни в почках — у каждого 10-го мужчины и каждой 20-й женщины.
- ④ Киста печени у каждой 20 женщины, у мужчин реже.
- ⑤ Гемангиомы печени: до 20% обследованных (Natural history of hepatic haemangiomas: clinical and ultrasound study. Gandolfi L, Leo P, Solmi L, 1991;32(6):677). Получается, что каждый 5-й.
- ⑥ Теперь внимание: почти каждый 3-й человек без каких-либо болей в спине (27%) имеет при обследовании ГРЫЖУ межпозвоночного диска (Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, N Engl J Med. 1994;331(2):69).
- ⑦ Киста почки — у 12% обследованных, частота случайных находок увеличивается с возрастом.
- ⑧ Инцидентома — случайно обнаруженное при КТ образование надпочечников, — у каждого 10-го пожилого человека, в молодом и среднем возрасте — 4,4% (AME position statement on adrenal incidentaloma. Terzolo M, Stigliano A, Chiodini I, Eur J Endocrinol. 2011;164(6):851).
- ⑨ Киста молочной железы — больше, чем у каждой 3-й женщины — 37% всех исследований (Cystic breast masses and the ACRIN 6666 experience. Berg WA, Sechtin AG, Marques H, Radiol Clin North Am. 2010 Sep;48(5):931-87).
- ⑩ Аденома и гипертрофия простаты — у каждого 10-го мужчины до 40 лет, у каждого второго — от 50 до 60 лет и у 8 мужчин из 10 — к 80 годам.

Дальше продолжать не буду, эти примеры уже весьма иллюстративны. Вывод прост: нельзя «палить по площадям», исследования надо назначать исходя из принадлежности больного к группе риска, его жалоб, клинических подозрений врача. Иначе маховик цепной реакции исследований закрутит здорового человека, и на выходе большой шанс получить инвалида! Это может относиться и к больным: не надо делать исследование ради исследования, мы должны понимать, что планируем предпринять, получив результат. Вот мы делаем тест на выявление носительства бациллы туберкулеза — пробу Манту, например. Но зачем? Выявить носительство? Так оно у каждого 3-го на Земле! Мы выявляем носительство для того, чтобы предложить химиотерапию специальным антибиотиком изониазидом, чтобы предотвратить возможный переход в острую стадию болезни. Изониазид — антибиотик с массой побочных явлений. Если пациент изначально, еще до пробы скажет: «Что бы тест ни выявил, ничего я принимать не буду, хоть умрите вы все тут!», или у него выявлены противопоказания для такого лечения, то зачем эту пробу и делать? А мы делаем бездумно да еще повторяем эту пробу вновь и вновь, если она положительная. Зачем? Манту положительна один раз, положительна навсегда. Какой смысл ее повторять, доставляя неудобство и боль пациенту? (Мне самому ее повторяли раз 10!)

Вот еще пример: компьютерная томография отлично видит объемные образования печени. И оставим в стороне тот установленный факт, что на каждый случай реального рака печени приходится 1800 (!!!) ложноположительных результатов. Вот нашли мы у ничего непо-