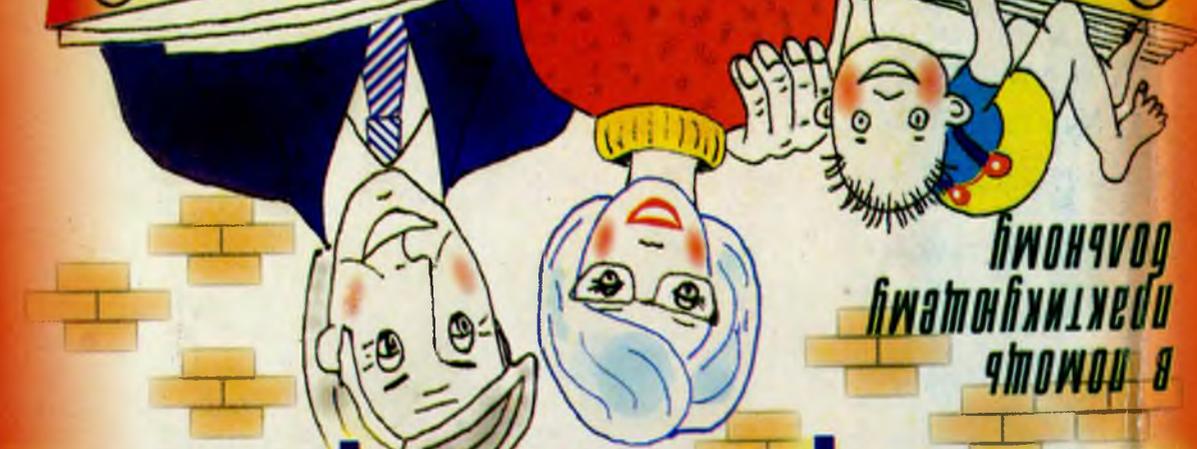


ОРІВІНІ



в помощь  
практикующему

# Как бороться с врачами

Акклипий Херпий

**DJVU: Lunar**  
**December 2008**

**Асклений Хворый**

**КАК  
БОРОТЬСЯ  
С ВРАЧАМИ**

**В помощь практикующему больному**

**ОРІЯНИ**

Киев—2003

**УДК 614.253.83+615.89**  
**ББК 51.1+53.59**  
**Х32**

*Ця книга є підручником.  
Усі рекомендації, наведені в ньому, якщо це  
спеціально не оговорено, **не треба погоджувати з лікарем.***  
Асклепій Хворий

**Асклепій Хворий.**

**Х32** Як боротися з лікарями. На допомогу практикуючому хворому. – К.: Оріяни, 2003. – 216 с.

**ISBN 966-8305-00-0**

У книзі нетрадиційно і популярно пояснюються причини перманентної кризи медицини й охорони здоров'я. Запропоновані шляхи її подолання в країнах СНД. Розглянуті, інколи з гумором, проблеми оптимального вибору хворими лікувальної установи і лікаря, спілкування з медичними працівниками і багато інших питань.

Окрема глава адресована хворим, які потерпіли від неправильних дій лікарів.

Зроблено спробу поставити самолікування на наукову основу.

У додатку наведені лабораторні показники, які часто зустрічаються в клінічній медицині.

Для широкого кола читачів.

**УДК 614.253.83+615.89**  
**ББК 51.1+53.59**

Усі права захищені. Ніяка частина цієї книги не може бути відтворена без письмового погодження з автором та видавництвом.

*Друкується в авторській редакції  
Видавництво не в усьому поділяє позицію автора*

ISBN 966-8305-00-0

©Асклепій Хворий, 2003



## 1. КАК ПОЯВИЛАСЬ ЭТА КНИГА

### Здоровых людей не бывает - бывают недостаточно обследованные.

Да, господа, к сожалению все мы больны, или — выражаясь более оптимистично — не совсем здоровы, но не каждый осознает этот факт. «Ну и что, — скажете вы. — Не осознают люди этого и живут себе припеваючи в отличие от тех, кто знает и терзает себя мыслями о болезнях». Я тоже так думал до тех пор, пока не почувствовал себя так плохо, что пришлось обратиться к врачам.

Надо сказать, что и раньше к врачам я обращался неоднократно. Как и все вы, дорогие читатели, я болел детскими инфекциями, гриппом, простудой, лечил зубы у стоматолога, наконец. И всегда, всегда врачи помогали мне (или мне только казалось, что помогают?). Не сразу обратил я внимание на двойной смысл народной мудрости: «Леченный насморк проходит за неделю, а нелеченный за семь дней». Поэтому, до некоторой поры, я был о врачах самого хорошего мнения и был абсолютно уверен, что с предстоящим лечением, как и прежде, проблем не будет.

И действительно, первый же врач, к которому я попал, прописал мне таблетки и уверенно сказал, что после их приема в течение недели я вылечусь. Меня немного смутило то, что врач разговаривал со мной, мягко говоря, не очень любезно, но я не придавал этому значения. «В конце-концов, — подумал я, — люди бывают разные, да и настроение у человека может быть почему-то плохим».

Я приобрел таблетки и уже собрался было выпить несколько, но в силу, наверное, природной любознательности решил сначала ознакомиться с прилагаемой к лекарству инструкцией. С небольшим удивлением я узнал, что врач прописал мне удвоенную максимальную дозу, — дозу опасную для печени. «Да, с доктором мне не повезло, — подумал я и обратился к другому врачу — коллеге моего нелюбезного лекаря.

Первое впечатление от общения с новым доктором было приятным. Этот врач, прежде чем приступить к лечению, направил меня на анализ, пояснив, что ему нужно знать титры антител. Я довольно туманно представлял себе, что значит «титры антител», но подумал, что этот врач хорошо разбирается в ме-



дицине — не в пример первому.

Когда я предоставил доктору результаты анализа, он назначил мне совершенно другое лекарство. На мой естественный вопрос о том, почему он прописал мне не то лекарство, что его коллега, врач пояснил, что существуют различные методики лечения.

Вдохновленный, я начал лечиться. После первых же принятых таблеток состояние моего здоровья стало заметно улучшаться. К концу курса «таблеткотерапии» я чувствовал себя полностью здоровым. Радость моя была велика, но, как оказалось, преждевременна. Через две недели после приема последней таблетки я почувствовал, что болезнь возвращается.

В расстроенных чувствах я поведал об этом своему доктору. Его ответ меня несколько удивил. Он сказал: «Этого не может быть!» Более того, он допустил в мой адрес несколько бестактных высказываний, намекая на то, что я ипохондрик. Тем не менее, по моему настоянию, врач назначил контрольный анализ. Результата анализа пришлось ждать дольше двух недель. За это время состояние мое стало хуже, чем до лечения. Анализ показал, что все о'кей. Я говорил врачу о своем ужасном самочувствии, но он только смеялся.

Пришлось мне обратиться к третьему врачу в той же поликлинике — последнему из работающих там инфекционистов. «Моя последняя надежда» после небольшой беседы и довольно поверхностного осмотра написал в своем заключении: «Признаков инфекционного заболевания не обнаружено. Астено-невротическое состояние».

К этому времени нервы у меня действительно были — благодаря врачам — изрядно расстроены. Но, поскольку я был уверен, что причина моего плохого самочувствия — хроническая инфекция, я обратился в другое лечебное заведение, правда, в отличие от первого, платное. Тамашний врач, порекомендовал мне еще раз сдать анализ на «титры антител», но не просто анализ, а «типоспецифический», т.е. с конкретизацией типа возбудителя инфекции.

Я с удивлением узнал, что бактерии, вызывающие заболевания под общим групповым названием, бывают разные. Что — в зависимости от типа бактерии — болезнь по-разному протекает и по-разному лечится. Проведенный анализ показал, что я по-прежнему болен, но самое главное — что меня лечили неправильно!

И тут я призадумался. Из всего происшедшего я узнал, что: — есть врачи-хамы;



- есть врачи-отравители;
- есть врачи, неумеющие лечить;
- есть врачи даже не знающие о существовании болезни, которой я болен;
- врача не интересует мнение больного о болезни;
- есть лаборанты и лаборатории, неумеющие делать анализы или же просто фальсифицирующие их результаты;
- есть врачебная круговая порука.

Не слишком ли много для одного частного случая взаимоотношений больного с медициной? Неужели подобное происходит и с другими больными?

И тут мне вспомнились все те рассказы о безобразиях в медицине и горе-врачах, которые я слышал от друзей, знакомых, от больных, жаждавших поделиться с кем-нибудь своим несчастьем в очереди на прием, которые изредка читал в газетах и которым раньше не придавал большого значения.

Вспомнился сразу и случай, происшедший со мной в 1981 году. В поселке, где я тогда проживал, случилась эпидемия вирусного гепатита «А». Не обошла желтуха и меня — видимо инфекция распространялась через воду. С явными признаками гепатита я попал в руки врачей.

К моему удивлению, врачи стали пичкать меня какими-то таблетками, причем не сказали, что это за таблетки. Благо, тогда я уже знал, что против вируса гепатита нет лекарств, и единственным средством лечения является диета.

Окольным путем — через медсестру — я узнал, что мне дают левомицетин — токсичный для печени и почек антибиотик. На мой вопрос: «Зачем?» — медсестра пояснила, что врач предполагает у меня scarлатиноподобную лихорадку (СЛ) — заболевание, вызываемое бактерией. Я понял, что врачи просто не могут дифференцировать эти две болезни и прописали мне таблетки из соображения: «Если помогут — СЛ, не помогут — гепатит»!

Поскольку я был абсолютно уверен в том, что болен желтухой, я немедленно прекратил прием таблеток (успел принять только одну или две). Этим я, возможно, спас себя от серьезных осложнений — болезнь протекала у меня в легкой форме.

Врачи, узнав, что я не принимаю таблеток, закатили было скандал и грозили выпиской за «нарушение лечебного режима», но вскоре были вынуждены согласиться с тем диагнозом, который я поставил себе сам.

Вспомнил я и парня лет девятнадцати-двадцати, который лежал в соседней палате с таким же гепатитом, но в тяжелой-



шем состоянии. Из разговоров с больными — соседями по палате — мне стало ясно, что примененный ко мне метод диагностики применялся врачами ко всем больным желтухой. Вполне возможно, что этим эскулапы довели того парня (и доводили еще многих) до полусмерти, а кого-то, вероятно, и до смерти.

Вспоминая все это, я стал осознавать, что отдельные действия некоторых медиков можно без натяжки назвать преступными. Что с этим делать? Как исправить положение? Ведь страдают от медицины тысячи, нет — миллионы больных! Что я могу сделать один?

Здесь надо сказать, что мои хождения в «медицинском лесу» не закончились. То, что вы уже знаете, было только началом пути, но я не буду утомлять вас подробностями. Скажу только, что продолжение было ничуть не лучше начала.

По мере моего хождения «по врачам» я преследовал теперь уже две цели: во-первых, вылечиться, а во-вторых, изучить глубже их «повадки» и порядки, царящие в «храмах» медицины. То, что мне удавалось наблюдать, заставляло все чаще задумываться о том, что рядовой больной может противопоставить тем или иным медицинским козням. И должен сказать, что у меня были находки, которые я удачно испытывал на практике, т.е. при общении с врачами. Постепенно приобретая некоторые знания и опыт, я все чаще думал, что будет очень жаль, если они останутся только моим личным достоянием.

Однажды мне в руки совершенно случайно попал медицинский учебник, где, в частности, излагались некоторые правила взаимоотношений врача с пациентом. Одна из рекомендаций врачу просто шокировала меня: «Не допускать навязывания вам пациентом своего мнения». Я тут же вспомнил, что врачи **всегда** воспринимали **простое высказывание** мною своего мнения чуть ли не как личное оскорбление. Они **все** считают, что обладают монополией на правоту. Но ведь это очень опасно! И тому в истории масса подтверждений.

Не в этом ли кроется корень зла? И потом, почему у врачей есть тысячи учебников, в которых, наряду со знаниями о болезнях, излагаются правила общения врача с больными, а мы, больные, веками пользуемся в этом общении только своей интуицией? Кто поможет больному в разрешении многих вопросов, возникающих после посещения эскулапов? Они же сами и помогут? Далеко не всегда... Книга — вот что я должен сделать! Больным тоже нужен учебник!

Нельзя сказать, что для больных не написано книг — их тысячи. Но написаны они либо людьми полностью разочаровав-



шимися в официальной медицине и обучают больных самолечению народными средствами, т.е. отвращают от врачей, либо дают лечебно-профилактические рекомендации по некоторым болезням и написаны самими врачами, которые уже в силу своей профессиональной заангажированности старательно обходят многие, возникающие у больных вопросы, и часто не в состоянии взглянуть на проблемы со стороны, глазами больного.

Я же уверен, что у врачей лечиться можно и нужно, но для успеха здесь необходимы определенные знания. В популярной периодической печати иногда поднимаются отдельные вопросы взаимоотношений больных с медициной и даются полезные советы. Но в целом эти несомненно ценные материалы не могут полностью удовлетворить потребности больного из-за фрагментарности, а иногда предвзятости и поверхностности. Некоторые же авторы порой сознательно вводят читателей в заблуждение в важнейших вопросах. Встречались мне и добросовестные работы, с авторами которых я во многом не могу согласиться.

Пишут и журналисты, и врачи, и пострадавшие от врачей об имеющихся в медицине «отдельных недостатках». Но я еще не встречал в популярных изданиях попыток раскрытия глубинных причин имеющего место общего кризиса медицины и здравоохранения.

И вот «в один прекрасный день» я стал записывать свои мысли, наблюдения и полученные из различных источников факты. Со временем их накопилось достаточно для книги.

Помня народную мудрость, что «умному совет не нужен, а дураку не поможет», но, с другой стороны, зная также, что «кто предупрежден — тот вооружен», я старался, чтобы излагаемый материал, большей частью, не был сборником готовых советов, а давал знания, позволяющие больным самостоятельно принимать правильные решения.

Зная, что «замахнулся» на серьезное дело, я решил подойти к нему серьезно и попытался охватить как можно больше возникающих у больных при общении с медициной вопросов.

Предвижу возможные возражения, прежде всего со стороны врачей. «Не в свое, мол, дело лезете, господин Хворый. Вы не учились медицинским наукам и, следовательно, все рассуждения ваши совершенно дилетантские. Врачи лучше разбираются в своих проблемах».

Позвольте на это возразить: вы лечите нас, больных, веками. И что же? За это время все еще не разобрались в проблемах ваших и, я уверен, не разберетесь без вмешательства боль-



ных. Или «недостатки в работе» появились у вас вчера? Так нет же. Просто каждое новое поколение людей не знает о том, что до него вытворяла с больными медицина. Ведь негативные факты либо полностью скрывались, либо забывались со временем. Обычно такая информация изначально была доступна только врачам.

Что же касается дилетантства, то позвольте напомнить два, пускай и «затасканных», но от этого не менее замечательных и актуальных высказывания. Первое принадлежит Б.Шоу: «Я прожил долгую жизнь и не снес ни одного яйца, но это не значит, что я не могу судить о качестве яичницы». Второе — К.Пруткову: «Специалист подобен флюсу — полнота его односторонняя». Могу добавить к этому и от себя: «Чтоб хорошо разбираться в футболе, не обязательно бегать по полю».

Я искренне надеюсь, что сведения, почерпнутые в книге, помогут читателю, во-первых, избрать самый рациональный путь лечения, а значит сохранить, или даже улучшить свое драгоценное здоровье. Во-вторых, сберечь нервы (а это, опять же, путь к здоровью). В-третьих, не выбрасывать деньги на ветер — на неправильное лечение, а потратить их на действительное оздоровление и отдых. И последнее: книга может быть полезной, если вы хотите разобраться в коренных причинах столь плачевного состояния медицины и навсегда снять с глаз те розовые очки, которые медики упорно цепляют на глаза не только больным, но и себе. А кто-то, возможно, изменит свой взгляд и на вещи никак с медициной не связанные.

Я думаю также, что пособие принесет неоценимую пользу и вам, медики. Во-первых, вы увидите себя глазами больных, что позволит скорректировать ваши отношения с нами. Во-вторых, вы поймете, над чем вам надо работать (если вы действительно хотите совершенствоваться). В-третьих, вы — каким бы это ни показалось для вас оскорблением — тоже больные, а потому все, что я адресовал выше больным, в полной мере относится и к медикам.

Врачи! Поверьте, я вас уважаю — так же, как и всех прочих больных. Я вдвойне уважаю хороших врачей. Такие врачи редко, но встречались в моей жизни. Поэтому давайте договоримся — без обид.

Книга, несомненно, будет полезна и тем, кто только собирается стать врачом. Вы либо укрепитесь в выборе профессии, либо... Решать вам. Я уверен, что вы уже поняли: эта книга для всех!

Мною не преследовалась цель поссорить больных и врачей



— наоборот. Мы, больные, к врачам, как говорится, со всей душой, но только если они первыми не отворачиваются от нас. Я подчеркиваю, что не хочу напугать кого-то и удержать от лечения у медиков. Напугать больных сильнее, чем это делают врачи, невозможно, а лечиться у них нам все равно придется. В непредвзятости же отношения автора к врачам читатель, надеюсь, убедится.

Я знаю, что врачи пытаются рассматривать медицинские недостатки через научную призму и что соответствующие работы публиковались медиками в специальной литературе. Широкому кругу читателей они неизвестны. Мое же неведение, как мне представляется, имело некий позитивный момент, а именно: давало свободу от стереотипов и свежесть взгляда. Сопоставив свои дилетантские рассуждения и выводы с тем, что пишут «для себя» о своих проблемах врачи, я укрепился в таком мнении.

Фактический материал пособия основан на моем большом личном опыте лечения у разных врачей, опыте многих больных, которым я очень благодарен за предоставленную информацию, сведениях, полученных из специальной, в том числе медицинской литературы, периодической печати, теле и радиопередач.

Анализ же и выводы базируются только на фактах и общепризнанных научных теориях. Излагать полностью содержание этих теорий не позволяют ни объем книги, ни ее задачи, но вы всегда можете ознакомиться с ними в специальной литературе и убедиться в их верности.

Если же вам, уважаемый читатель, покажется что-то в этом пособии уж слишком некорректным, скорее всего вы врач и случай ваш тяжелый. Тогда у вас есть две возможности. Первая — обратиться к психиатру; вторая — проверить на разбросанных по тексту старых и новых анекдотах — не пропало ли у вас чувство юмора.

А вообще-то анекдоты приведены как для иллюстрации фактов, так и для хотя бы частичной компенсации той грусти, которую могут вызвать у читателя новые знания.



## 2. ПОЧЕМУ С ВРАЧАМИ ПРИХОДИТСЯ БОРОТЬСЯ

**В медицине все не так плохо, как кажется, а гораздо хуже.**

Общаясь с врачами и изучая медицинскую литературу, я понял, что глубочайший кризис имел место в здравоохранении и медицине всегда и везде. Вы тоже сможете в этом убедиться. Не странно ли, что нет в мире страны (и это признают сами врачи), народ которой был бы доволен своей медициной? Конечно же, в экономически развитых странах здравоохранение лучше, чем в отсталых, по чисто материальным причинам. Однако и там углубляется кризис, но не в сфере экономики, а в собственно медицинской и в сфере общественных отношений в области здравоохранения.

Сменялись общественно-экономические формации, но прогресс почти не затронул взаимоотношений больного и врача — со времен Гиппократов ничего принципиально не изменилось в «способе производства» здоровья, т.е. в подходе к лечению больных. К тому же, медицинские основы, заложенные еще в древности, оказались далеко не так хороши, как представляли нам врачи. В этом вы также еще не раз убедитесь.

Средний уровень образованности и эрудиции населения, развитие общественного самосознания и средств массовой информации во многих странах достигли того уровня, при котором врачам все труднее становится диктовать обществу свои условия. Многие из того, что всем больным еще вчера казалось в медицине совершенно нормальным, сегодня вызывает осознанный протест, ибо противоречит не только принципам демократии, но, подчас, и просто здравому смыслу. Поэтому вполне уместно говорить о том, что сложилась крайне напряженная ситуация в отношениях общества и медицины или, говоря точнее, врачей и больных. Ибо врачи являются главными носителями не только клинических медицинских знаний, но и профессиональной этики.

Учитывая это, а также и то, что врачи — главные фигуры, с которыми общаются больные в процессе лечения, думаю будет вполне оправдано, что в этой книге мы уделим им основное внимание.

Давайте сразу точно определимся с предметом нашего разговора. Мы будем говорить только о врачах-клиницистах,



т.е. о тех, кто непосредственно занимается диагностикой, лечением, и о тех, кто руководит этими процессами. Именно их мы будем называть словом «врач». Я не отношу к категории врачей микробиологов, биохимиков, биофизиков, физиологов, фармацевтов и прочих работников смежных специальностей. Такое деление отнюдь не произвольно. Врачи-клиницисты сами дифференцируют себя от них, т.к. характер их работы сильно отличается.

Для начала попытаемся разобраться в том, что думают о себе и кем считают себя и нас, больных, врачи, что думают о них больные, кто такие врачи на самом деле, и почему, наконец, с ними надо бороться. Для этого нам просто необходим небольшой исторический экскурс.

Итак, с того исторического момента, когда впервые один человек вытащил занозу у другого, прошли тысячи лет. Не исключено, что первый случай оказания врачебной помощи выглядел иначе. Возможно, это было вправление вывиха ноги или удаление соринки из глаза соплеменника. Все это не важно. Я осмелюсь утверждать, что именно с этого момента род *Homo sapiens* разделился на два лагеря — больных и врачей. И это, несомненно, одно из важнейших событий в человеческой истории, ставшее прологом необъявленной и продолжающейся в наши дни войны, — войны, в которой нет победителей, но есть побежденные, — войны, в которой только одна из сторон несет огромные моральные, материальные и людские потери. Доказательства? Их множество, и вы их получите. Но немного терпения...

Как вы понимаете, больные существовали всегда, т.е. со времен изгнания из Рая, и лечили они себя поначалу, надо полагать, сами. Врачи же появились намного позже (всем известно, что не их профессия считается древнейшей) и, следовательно, уже поэтому должны бы относиться к первым с определенным почтением.

Возможно, поначалу так оно и было, но что говорит нам, больным, личный опыт? Он, к сожалению, говорит об обратном, и виноваты в этом, отчасти, мы сами. Конечно же, Первый Больной рассказал соплеменникам, что в племени появился умелец, хорошо вытаскивающий занозы, вправляющей вывихи и т.п. Когда умелец сей неоднократно продемонстрировал свое искусство и получил в награду несколько кусков плохо прожаренного мамонта, он возгордился. Он решил, что богами ему предназначена особая, великая роль. А т.к. был он вообще-то по природе своей довольно ленив и мамонтынку жареную любил, он



быстро смекнул, что заниматься лечением куда легче и безопаснее, чем загонять мамонта в западню.

И вот умелец этот стал всячески навязывать соплеменникам мысль о своей исключительности. Он убеждал всех, что только ему богами предназначено лечить болезни. Сначала ему не очень-то верили и даже, подсмеиваясь, обозвали его за явное вранье врачом. Но врач очень скоро перестал ходить на охоту, ссылаясь на свою занятость общением с высшими силами, и стал требовать мамонтиятину уже только за это, то есть ни за что. При этом он не гнушался и медвежатины, и свинины, да и рыбку очень любил.

Свое искусство врач постоянно совершенствовал и расширял. Теперь он не только лечил, но и заклинал богов на удачную охоту, очень точно предсказывал судьбу, отлично зная, что каждый мужчина рано или поздно погибнет, загоня зверя в западню или в стычке с соседним племенем, а привлекательная женщина когда-нибудь станет чьей-то женой. Делал он и многое другое, столь же «полезное» для племени. И за это, естественно, много брал. Врач стал жрецом. Я думаю, совершенно очевидно, что соплеменники прозвали его так за обжорство (да простят меня лингвисты), ибо — за отсутствием в ту древнюю пору денег — подносили жрецу, главным образом, еду.

Надо, однако, сказать, что со временем, на почве возвеличения врачей и самоуничужения больных, последние заменили насмешливое «жрец» на уважительное «доктор», — на слово, под которым подразумевается высокая степень учености. Слово это почти вытеснило из обихода изначальное «врач». И это не случайно, ибо за туманом псевдоучености больные разучились замечать банальное вранье, да и врачам больше ласкает слух «доктор». «В благодарность» за уважение врачи нарекли больных «пациентами», т.е., в переводе с латыни, терпеливыми, покорными, позволяющими. Наверное за то, что мы терпим все их выходки, поборы и позволяем безнаказанно издеваться над собой.

Между прочим, в «живых предках» латыни — итальянском и английском языках — за словом «пациент» сохранилось прежнее значение.

Минули тысячи лет с того дня, когда трещина прошла между врачом-жрецом и соплеменниками. С течением времени она превратилась в глубокую пропасть. И сегодня в общественном сознании стало аксиомой мнение, что есть мы, больные, со своими низменными, грязными, заразными, бактериальными, вирусными и проч. и проч. болезнями и они, врачи, умудренные



многовековым опытом, обладающие великими научными знаниями, со своими белыми халатами, непонятными простым смертным терминами, толстыми научными книгами и журналами, заумными приборами, персональными кабинетами и т.д. и т.п.

Не пора ли развеять этот миф? Не пора ли нам, больным, т.е. большей (к счастью) половине человечества, не относящей себя к медицинскому персоналу, несколько иначе посмотреть на врачей, а врачам на тех, кого они презрительно нарекли «пациентами»? Я уверен, что человечество достаточно натерпелось от врачей и на поставленный выше вопрос мы должны ответить: «Да! Да!» И еще раз: «Да!»

Социальной психологии давно известно, что для возвеличения какого-либо исторического события или личности вокруг них часто создаются легенды. Ведь чем легендарнее событие или личность, тем выше в глазах окружающих выглядят причастные к этому событию или приближенные к личности. Это следствие так называемого «эффекта ореола».

Вспомните — если вы, конечно, успели побывать пионером и комсомольцем в СССР — «он видел Ленина». Да, такие люди, часто ничего особенного из себя не представляя, несли на себе — каким это теперь ни кажется странным — некий отблеск от чужой славы. Это свойство общественного сознания было подмечено многими писателями. Помните хлестаковское «с Пушкиным на дружеской ноге»? А «сыновей» лейтенанта Шмидта?

Вы, — врач вы или нет — несомненно, слышали имена медицинских корифеев. Да, все мы знаем, что от Эскулапа (Асклепия) ведут свою «родословную» нынешние эскулапы, что Гиппократ считается «отцом» современной медицины. Каждый мало-мальски грамотный человек слышал имена Гален, Авиценна, Парацельс... Список можно продолжить. Эти врачи жили достаточно давно, чтобы их имена успели обрасти множеством легенд. Что там правда? Что вымысел? «Темны преданья старины глубокой...» Но мы все же попытаемся в этом разобраться. В свете ореола названных титанов их современные последователи выглядят ослепительно мудрыми, а мы, больные, не причастные к великим учениям, выглядим в том, что касается медицины, просто, извините, — дураками. Даже в своих глазах, не говоря уже о глазах «продолжателей»...

Итак, что мы, рядовые больные, знаем, например, про Авиценну? Мы точно знаем, что жил и работал он где-то на Востоке, что был великим врачом — почти волшебником, — что написал множество трудов с изложением всех своих знаний. Знаем, что



очень он почитаем в медицинских и философских кругах. Что еще? Мало кто скажет больше, разве что историк. Даже врач, я уверен, немного добавит к вышесказанному. А кто из вас, уважаемые господа, читал его труды? Я предвижу ответ... И слава Богу! Ибо в период с 1012 по 1024 годы написал Абу Али ибн Сино — а именно так правильно звучит, как выясняется, его имя (Сино, а не Сина) — около 5000 страниц в сегодняшнем, разумеется, измерении. Читать все это современному человеку, поверьте мне, было бы очень утомительно, если он, конечно, не историк медицины. Я тоже, признаюсь, не стал читать всего, а ограничился небольшим обзором.

Какие же знания я почерпнул из собрания сочинений корифея? Я узнал, что слизь — это незрелая кровь, которая когда-нибудь становится кровью; что волосы человека состоят из «дымного пара» — субстанции мало пригодной для еды, что, поэтому, нет в мире животных, которые питались бы волосами — за исключением, возможно, летучих мышей; что боль возникает у человека «от прерывания непрерывности». В последнем утверждении, кстати, автор ссылается на Галена.

Узнал я много и другого, поверьте, столь же «полезного». Подобные приведенным «факты» составляют большую часть трудов. Учитывая такие «знания» наряду с тем, что в лечении Авиценна широко практиковал заклинания, можно уверенно констатировать, что, с точки зрения представлений современной медицины, значительная часть врачебной практики корифея — обычное шарлатанство. Случаи же успешного лечения скорее всего следует отнести на счет самовнушения. Вполне возможно, что ибн Сино обладал зачатками гипноза, что усиливало психологическое воздействие.

Прочитал я и воистину гениальные для того времени сведения, например, по анатомии, по способам очищения воды фильтрацией и перегонкой, по антисептике ран вином. Хотя, опять же, сейчас трудно судить о первенстве автора в этих открытиях и изобретениях.

Возможно, не так уж и неправ был Парацельс, почитаемый в медицине, кстати, не меньше Авиценны, когда, разорвав труды Галена и Авиценны перед своими учениками, заявил, что шнурки его ботинок знают больше, чем «эти старые маразматика». Кстати, тот же Парацельс рекомендовал гриб-мухомор в качестве профилактического (!) средства от чохотки и диабета, а лечить все заболевания пытался серой и ртутью. Сегодня же каждый школьник знает, что ртуть чрезвычайно ядовита. Недалеко ушел Парацельс, как видно, от Авиценны в своих познани-



ях. Но какое самомнение!

Что еще поражает в книгах ибн Сино, так это то, что он смело берется объяснять любой факт — будь он медицинский или из области естествознания. Много в его трудах философских рассуждений. Часто он ссылается на работы Галена, иногда критикует его. При этом, отвергая положения Галена, заменяет их своими — ничем не лучшими, т.е. одну чушь — другой.

Какие выводы можно сделать из всего этого?

Во-первых, величие Авиценны, на мой взгляд, прежде всего состоит в преданности идее и искреннем желании передать ученикам свои знания, в том, что он сумел оставить нам такой исторический памятник, свидетельствующий, кроме всего прочего, и о скудности познаний древних врачей.

Во-вторых, он явно постарался над созданием собственного ореола славы. Для современников он был эдаким ученым-всезнайкой. Там, где он честно должен был сказать: «Я не знаю», — говорил: «Знаю», — то есть, по-просту говоря, врал.

Эта «маленькая шалость», как вы понимаете, у врачей уже в традиции. И причиной тому, конечно же, отнюдь не стремление вселять в пациента уверенность в силу лекаря. Ведь научные труды по медицине всегда писались исключительно для врачей.

В-третьих, написать за 13 лет — во времена, когда не было электричества, а бумага, свечи и лампадное масло были весьма дороги — 5000 страниц, конечно же, великий подвиг, отнявший у автора уйму времени и сил. Но, с другой стороны, сам собой напрашивается вопрос: «А когда же он лечил?» Скорее всего с лампадным маслом и бумагой у автора проблем не было, т.к., будучи везирем (министром) правителя Хамадана, он ни в чем не нуждался, в том числе и в писцах. Но, как известно, у везира множество государственных дел и заниматься широкой практикой в этот период он едва ли мог.

Врачебный стаж, до того как приступил к написанию трактата, Авиценна имел не такой уж и большой — никак не более 15 лет. Может другие лечили не хуже и больше, а писать просто не успевали? Ведь, в конечном счете, история доносит до нас имена тех, кто сильнее «наследил», а не тех, кто лучше.

Как используют труды ибн Сино его последователи? Ведь ясно, что включать их в современные медицинские программы обучения бессмысленно. Ответ прост — никак!

Труды Авиценны изучались врачами вплоть до второй половины XVII века — наравне с трудами Галена — как основное руководство по медицине. Это наглядно свидетельствует о почти семивековом периоде догматизма и стагнации во врачебном деле.



Когда же ошибочность древних знаний стала всем очевидна, медики очень быстро забыли даже правильное произношение имени автора, не говоря уже о самом учении. Но врачи давно и успешно используют имя Авиценна, как осеняющее их знамя. То же самое можно сказать и о многих других именах медицинских корифеев.

Возможно, подумаете вы, дело здесь вовсе не в знаниях, которых, как мы убедились, у великих было не так уж и много, а в том, что современные лекари столь же беззаветно преданы своей профессии и самоотвержены в борьбе с болезнями как, скажем, героические российские врачи Г.Н. Минх и О.О. Мочутковский, привившие себе с научными целями возвратный тиф. Или как тот же Парацельс, бесстрашно бросившийся в очаги, где свирепствовала чума и знавший, что рискует заразиться.

Да, вы правы, врачи хотят казаться не только мудрыми, но и героями. И тому есть причины, о которых мы поговорим особо, в других главах.

Все мы, буквально с детства, находим в художественной литературе всегда положительный, а часто и героический образ врача. Над созданием такого образа в наших умах очень постарались Л. Толстой, А. Чехов, М. Булгаков, К. Дойл, А. Кронин, С. Моэм, Г. Флобер и многие-многие другие писатели. Не мудрено... Ведь некоторые из них сами были врачами, а те, кто не был, тоже наивно полагали, что все врачи — герои.

Например, у врача-писателя А.П. Чехова читаем: «Профессия врача — это подвиг, она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов». Из этого мнения — с которым я отчасти согласен — однако же совсем не следует, что всякий врач обладает перечисленными качествами и является героем. Это можно понимать только как характеристику идеального врача — то, к чему должен стремиться каждый врач. Любая профессия, сама по себе, никак не может быть подвигом. Но почти в каждой профессии есть место для подвига. На практике же подобные высказывания трактуются врачами и навязываются обществу в совершенно ином ключе, а именно, — что все врачи совершают подвиг, а значит — герои. И даже больше, чем герои!

В российской телепрограмме «Первые лица» ее ведущая Э. Николаева задала ведущей другой популярной программы «Здоровье», Е. Малышевой — врачу по профессии, — вопрос: «Считаете ли вы, что хорошие врачи — святые?» «Да», — уверенно ответила Е. Малышева. На вопрос же: «Хороший ли вы врач?» — последовал ответ: «Да, и святая. Хи-хи-хи». Хихиканье, конечно же, надо отнести на счет обычного женского кокет-



ства. Но что касается самих ответов, то они, несомненно, отражают бытующие во врачебной среде представления. Я не знаю, как других телезрителей, но меня они совсем не развеселили.

Во второй половине XIX века в Европе, в том числе и в Российской империи появилось множество врачебных обществ, взявших себе девиз: «Светя другим, сгораю сам». Как видите, уже тогда излишней скромностью врачи не страдали и тягу к пышной фразе имели большую. Думаю, что подавляющее большинство врачей этих обществ не «сгорело» на работе.

Впрочем, врачам было с кого брать пример. Ведь это их кумиру Гиппократу принадлежат слова: «Врач-философ равен Богу».

Но если врачи действительно герои и святые, то почему, скажите на милость, они так усердно прячут от нас, больных, да и от себя, клятву Гиппократа? Не потому ли, что им просто было бы стыдно перед больными за то, что столь велико расхождение между тем, в чем они клялись, и тем, что делают? Что я имею в виду, говоря «прячут»? А то, что ни в одном лечебном заведении — а я посетил их немало — не видел я текста этой клятвы, пускай даже не на самом видном — как подобает клятве, — а в укромном месте.

Нет, в одном все ж таки видел. Какая-то фармацевтическая компания поместила в небольшом проспекте рекламу лекарства вместе с текстом клятвы Гиппократа. Видимо менеджеры компании думали, что делают удачный рекламный ход. Находился же проспект на посту медсестры.

В то же время «Военную присягу» — клятву военнослужащего — в любой воинской части можно увидеть во многих местах. Случайно ли это? Я уверен — закономерно. Врачи не хотят, чтобы больные слышали клятву Гиппократа или видели ее текст. Принимают они ее в своем, узком кругу. Больные же знают только то, что врачи давали «какую то великую клятву», и это должно вселять в каждого больного почтение к врачу, как и в случае с эксплуатацией великих имен.

Прежде чем судить о величии клятвы, давайте прочитаем ее текст.

## Клятва Гиппократа

Клянусь Аполлоном, врачом Асклепием, Гигеей и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями, делиться с



ним своими достоинствами и в случае необходимости помогать ему в его нуждах, его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому.

Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости.

Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария.

Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство.

Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом.

В какой бы дом я не вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Чтобы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной.

Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому.

\*\*\*

Я думаю, что теперь вам стала понятной причина сокрытия. Ведь клятва, с точки зрения сегодняшних цивилизованных представлений, глубоко аморальна! В ней заложены, если вдуматься, многие, если не все, пороки медицины. Проведем небольшой анализ.

Первая заповедь врача, оказывается, не забота о здоровье больных, как мы всегда думали, а забота о материальном благополучии учителя и его семьи.

И вторая заповедь, к сожалению, — не забота о благополучии больных, но забота о бесплатном обучении детей учителя.

Третье же обещание — сохранять в тайне от «непосвященных» медицинские знания.



Дающий клятву через нее фактически принимается в некую закрытую от неprisягавших «семью» с общим «котлом» и общими, но закрытыми от посторонних знаниями. Причем кровному родству явно отдается предпочтение. Вам, читатель, это ничего не напоминает? Правильно, что вы подумали о мафии. Видимо, врачебная мафия появилась куда раньше корсиканской.

Из текста следует, что для не связанных родством обучение медицине было платным и, видимо, отнюдь не дешевым — раз в клятве этому уделено место. Сохранение же в тайне от больных медицинских знаний — не что иное, как стремление ограничить их возможности по самостоятельному лечению. Зачем? Очевидно, затем, что чем больше вызовов к больным, тем выше доходы врача. Все это не может давать оснований для подозрения врачей в бескорыстии.

Обещание «воздерживаться от причинения вреда и несправедливости», согласитесь, совсем не то же самое, что «не причинять вреда и несправедливости». Слово «воздерживаться» уже подразумевает необязательность.

Как известно, беременность может развиваться неправильно или быть противопоказанной, и отказ женщине в аборте, в таком случае, не благо, а, возможно, ее убийство. Впрочем, скорее всего, и здесь на первый план выходят не соображения морали, а банальное разделение сфер влияния. В данном случае врач не хочет лишать прибылей тех, кто занимался абортацией профессионально.

Такое предположение подтверждается абзацем, где говорится о «каменной болезни». Из него становится ясным, что уже тогда существовали мафиозные врачебные кланы, боровшиеся между собой за источники доходов. Ведь тех, кто делает «сечения», в наше время называют хирургами. А в те времена их даже не допустили до клятвы. Хотя, вполне возможно, что у них была своя клятва, которая просто до нас не дошла. И Гиппократ, и его последователи клялись не делать сечений вовсе не потому, что не умели (ведь могли бы обучиться), а чтобы предотвратить межклановые «разборки».

Апофеозом клятвы звучат слова о жажде «славы у всех людей на вечные времена». Мы еще раз убеждаемся, что скромность, в понятии врачей, никогда не принадлежала к числу доблестей.

А как понималась врачами ответственность за нарушение клятвы? Весьма абстрактно — только как отсутствие счастья и славы. И это при том, что клятва написана во времена, когда уже существовало государство (Эллада), законы и суды. Срав-



ните такую ответственность с той, что была предусмотрена в «Военной присяге» СССР: «Если я нарушу... то пусть меня постигнет суровая кара советского закона, всеобщая ненависть и презрение советского народа!» Да, реальной ответственности врачи всегда стремились избегать.

И, наконец, в свете общего впечатления от уже нарисованного морально-психологического портрета дающего клятву никак не выглядят убедительными и все прочие обещания.

Открыв Большую Медицинскую Энциклопедию (БМЭ) на странице, отведенной Гиппократу, я удостоверился в том, что в его времена медицина была, в основном, семейным ремеслом. Наиболее известны Милетская, Книдская и Косская семейные медицинские школы. Считают, что Гиппократ относится к семнадцатому поколению Косской школы. Его отец, Гераклид, был врачом, а мать, Фенарета, повитухой.

В БМЭ находим также, что вплоть до XVIII века хирургия и акушерство считались ремеслом и в университетах не преподавались. Хирурги же делились на камнесечцев, костоправов, кровопускателей и др.

Текст клятвы Гиппократа — видимо по причине его аморальности — в БМЭ не приводится.

А теперь я хочу раскрыть читателю три небольшие врачебные тайны. Первая: Гиппократ не является автором клятвы, носящей его имя, но она присутствует в его письменных трудах. Текст клятвы значительно древнее и впервые записан при Герофиле (ок. 300 г. до н.э.).

Вторая: текст клятвы Гиппократа, принимаемой врачами сегодня, не имеет почти ничего общего с исходным, а название клятвы — условность. Врачи разных стран имеют разные тексты клятвы, хотя во многом и совпадающие.

Третья: еще в древности, с разрушением исключительно семейного характера подготовки врачей, традиция врачебной клятвы была врачами забыта (а кое-где ее не было изначально) и возродилась только после Французской революции. Восставший народ, кроме всего прочего, требовал от властей нормальной медицины. Видимо, чтобы как-то разрядить обстановку, декан медицинского факультета Лаллеман из Монтпелье, на основе известного вам текста, создал новый вариант клятвы, назвав его «факультетское обещание». Его содержание куда больше отвечает требованиям современной морали, хотя вы без труда найдете в нем рудименты исходного текста.

Поскольку именно текст Лаллемана лежит в основе всех современных вариантов клятвы, привожу его полностью. Оставляю читателю возможность для самостоятельного анализа.



## Факультетское обещание

Я обещаю и я клянусь быть верным законам чести и порядочности в занятии медициной.

Я буду оказывать свою помощь неимущему безвозмездно, и я никогда не потребую плату выше моего труда.

Когда меня допустят внутрь дома, мои глаза не будут видеть того, что там происходит, мой язык будет молчать о секретах, которые будут мне доверены, и мое положение не будет употреблено ни для порчи нравов, ни для того, чтобы содействовать злодеянию.

Почтительный и признательный к моим учителям, я передам их детям наставления, которые я принял от них.

Пусть люди воздадут мне своим почтением, если я верен своим обещаниям! Пусть меня покроет позор и презрение моих собратьев, если я нарушил его!

\*\*\*

Сегодня врачи по-прежнему утверждают, что Гиппократ — их главный моральный авторитет, а его клятва — основа медицинской этики. Кстати, новых редакций клятвы вы тоже нигде не встретите, кроме как в медицинских учебниках.

Да, больные, раскроем глаза! Не герои врачи и никогда ими не были! Я не говорю, конечно, о редчайших исключениях, которые, как и во всем, впрочем, имеют место.

Врачи! Если вы действительно хотите доброй «славы у всех людей на вечные времена», хорошо подумайте: не пора ли сменить одно из ваших обветшалых и, к тому же, изначально грязноватых знамен — клятву Гиппократа на что-нибудь более пристойное?

Ну что, уважаемые читатели, не померкли еще в ваших глазах золотые нимбы, которые врачи бессовестно напялили на себя? Ах, не совсем?!

Вы говорите, что сейчас лекари очень учены, что учат их дольше, чем во всех прочих вузах? Что они уже сделали и продолжают делать великие научные открытия? Что они изобрели для нашего блага множество сложнейших приборов и прекрасных лекарств? Да, и я, по наитию, до поры тоже так считал.

Но, как оказалось, открытия, которые мы, больные, в своем сознании всегда приписывали врачам, на самом деле принадлежат вовсе не им! Примеры? Пожалуйста, сколько угодно!

Начнем с последнего и, видимо, величайшего открытия XX века. Я говорю, конечно же, о расшифровке генома человека. Первые заявления ученых и политиков о великих возможностях



практического применения этого открытия многих, я уверен, сбили с толку. Они заявили, что данное открытие позволит лечить болезни, считавшиеся ранее неизлечимыми. У неискушенных больных при словах «лечить» и «болезни» в голове автоматически возник образ врачей-ученых, который они, естественно, и увязали с открытием. И ошиблись! Врачи здесь абсолютно ни при чем. Открытие сделано **генетиками** вместе со **специалистами компьютерных технологий** и **биохимиками**, которые обеспечивали работу первых. Медики же будут только пользоваться результатами этого открытия.

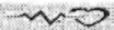
То же самое можно сказать и о подавляющем большинстве других медицинских открытий и изобретений. Практически все сложные современные медицинские приборы созданы не врачами. Так, самый сложный, пожалуй, на сегодня аппарат — т.н. ЯМР-томограф, позволяющий в деталях рассмотреть любой внутренний орган, создан физиками в сотрудничестве со специалистами компьютерных технологий. Этими же специалистами создан и ультразвуковой эхоспанер — прибор известный большинству читателей по названию исследования — УЗИ.

Врачи имеют очень смутное представление о том, как работает эта техника, что не мешает им, впрочем, нажимать на ней кнопки. Кстати, как я имел возможность убедиться, и эта нехитрая наука дается им зачастую с великим трудом, не говоря уже о расшифровке того, что они видят на экранах мониторов.

Большинство известных сегодня микроорганизмов — возбудителей заболеваний — открыты **микробиологами**. Новые лекарства создаются и производятся **фармацевтами**.

Но что же открывают, что создают врачи? За редким исключением — ничего. Я видел как-то — на кафедре медицинского университета при одной из больниц — на почетном месте висело авторское свидетельство тамошнего профессора на изобретение «устройства для хранения колоноскопа», т.е. для хранения прибора, которым смотрят кишки через, извините, зад. Причем «изобретение» было сделано в соавторстве с другим врачом — двигателем прогресса. По-моему, очень показательный пример для подражания будущим медикам-изобретателям, даже, если хотите, символический. К этому остается только добавить, что видеоколоноскоп — прибор довольно сложный и создан инженерным коллективом.

Какова же роль врачей в развитии медицинской технологии? Они **только заказывают**: «Создайте нам такой-то прибор или такое-то лекарство». А это, как вы понимаете, несравнимо



проще, чем создать. Но часто они и заказать-то не успевают, а открытие или изобретение уже сделано. Так было, например, с изобретением рентгеновского и ЯМР компьютерных томографов. У врачей просто не хватило бы знаний и фантазии, чтобы заказать подобное.

Таким образом, по большому счету, приоритет почти всех открытий и изобретений, который мы приписывали врачам, на самом деле принадлежит больным! И это закономерно! У врачей, как правило, нет необходимых для серьезного изобретательства знаний. К тому же, мы заинтересованы в своем здоровье, а значит и в прогрессе медицинских технологий не меньше врачей.

Тогда возникает естественный вопрос: «А чем же тогда занимаются десятки существующих, например, в Украине медицинских НИИ?». А занимаются они, главным образом, тем, что, во-первых, пытаются правильнее «рассадить свой оркестр», т.е. разработкой концепций псевдореформирования медицинских структур; во-вторых, разработкой, сравнением, описанием и стандартизацией новых методик лечения различных заболеваний теми средствами, которые мы предоставляем в их распоряжение; в-третьих, анализом санитарно-эпидемиологической обстановки и разработкой соответствующих профилактических и лечебных мероприятий; в-четвертых, клиническими испытаниями новых — изобретенных нами, больными, лекарств, приборов и внедрением их в медицинскую практику; в-пятых, сбором и анализом медицинской статистики; в-шестых, разработкой уже упомянутых заказов на новые приборы и лекарства; в-седьмых, сбором и анализом последних достижений медицины в других, конечно же, развитых странах, главным образом по материалам зарубежной медицинской периодической печати, опубликованным монографиям, а с недавних пор и с использованием «Интернета».

Причем последнему, седьмому пункту, уделяется едва ли не основное внимание, т.к. в отсталых странах сами, понятно, ничего создать не могут. Многие наши «ученые»-медики построили и продолжают строить на таком анализе, обобщении чужих достижений и даже простом переписывании чужих трудов (!) свои кандидатские и докторские диссертации.

Не правда ли, приведенный перечень, хотя и объемён, впечатляет куда меньше, чем изобретение томографа?

Теперь, не желая быть голословным, хочу вернуться к тезису о рассаживании плохого оркестра. Медики не согласны? Ну что же, предоставим слово самим медикам.



Профессор Днепропетровской государственной медицинской академии В.Лехан в интервью киевской газете «Зеркало недели» изложила основные положения своего, названного в некоторых медицинских кругах «лучом света» для украинской медицины, научного доклада на «представительной», как сказано в газете, медицинской конференции [19].

Квинтэссенцией доклада является положение об «огромных потенциальных возможностях, которые таятся в совершенствовании самой системы» (здравоохранения — А.Х.). С этим нельзя не согласиться. Но далее, основываясь на материалах **зарубежных** исследований, уважаемая профессор предлагала перейти к «современной системе организации медицинской помощи», отдающей предпочтение «наиболее целесообразным с позиции экономических затрат формам медицинского и социального обслуживания». Звучит, согласитесь, многообещающе.

Для реализации этого предлагалось «...перейти от предоставления пациентам медицинской помощи максимально возможного объема и качества (читай — «той убогой, что еще сохранилась в Украине» — А.Х.) к «предоставлению адекватной медицинской помощи» (читай — «никакой» — А.Х.).

И далее профессор гордо заявляла, что «первый шаг на этом пути уже сделан — в стране начат процесс аккредитации медицинских учреждений, то есть степени гарантий качества и безопасности медицинской помощи».

Но что думают по этому поводу сами руководители медицинских учреждений? В другом номере той же газеты «ЗН» главврач Луганской областной больницы №2 Л.Покрышка, кстати, судя по всему, врач хороший, болеющий душой за свое дело, публикует статью с показательным названием: «От здравоохранения... в обратном направлении». Несколько абзацев из нее заслуживают, на мой взгляд, того, чтобы их здесь привести.

«Сейчас лечучреждения проходят аккредитацию. Минздрав затратил какие-то усилия на перевод соответствующих руководств с английского языка, приспособив стандарты под особенности нашего здравоохранения, ведомственные комиссии разъехались по больницам в глубинке, сжимая кольцо вокруг центров... Медработники страны поголовно заняты написанием тьмы бумаг, инструкций. Оставив неотложные дела, санслужба и служба стандартизации проявляют титанические усилия, чтобы хоть как-то подтвердить требуемую состоятельность лечучреждений. И все это делается на фоне все ухудшающегося финансирования медицинских программ».

И дальше: «...Повторяются очевидные глупости, когда непродуманно, с азартом делалось одно дело, затем оно броса-



лось, брались за иное и так до бесконечности».

Когда на встрече депутатов-медиков с руководством области автор статьи всего лишь усомнился в целесообразности проведения аккредитации лечучреждений, он тотчас нарвался на гневную отповедь и был представлен ретроградом. В печати, аудиториях уважаемый Л.Покрышка — по его словам — неоднократно высказывал мысль «...о необходимости наложения моратория на все виды проводимых бесчисленных реформ в здравоохранении (временно, до определенного срока)...» Но, как он сетует, тщетно... [20].

Итак, приведенной выше дискуссии — хотя она и относится к 1999 году, но очень показательна, — я надеюсь, вполне достаточно, чтобы серьезно принять тезис о псевдореформах в медицине и предположить, что медицина сама себя реформировать не способна. Сегодня и врачи, и больные видят, что после удачно проведенной, но совершенно бессмысленной аккредитации, в украинской медицине ничего, по сути, не изменилось. А сколько было шума!

Впрочем, у меня есть веские основания предполагать, что аккредитация была не совсем бессмысленной, и кое-кто неплохо на ней подзаработал. Но ведь цель ставилась иная! К теме реформ мы еще вернемся.

Давайте теперь подробнее остановимся на врачебной образованности. В качестве примера я возьму хорошо известную мне систему мед. образования СССР-СНГ, хотя, уверен, есть много других стран, где положение совершенно аналогично, т.к. этому способствуют веками сложившиеся практика отношений врача и пациента, вся «архитектура» медицинского сообщества, или, проще говоря, «мафиозность».

Прежде всего, существовавшая в годы советской власти система высшего образования позволила «броситься» на медицинское поприще массе бездарей, учившихся в средней школе «с двойки на тройку». Конкурс в мединституты в несколько раз превышал таковой в другие вузы. Что это было? Всеобщая страсть молодежи к целительству? Едва ли...

Объяснение лежит на поверхности: в мед. вузах не было вступительных экзаменов по математике и физике. И, кроме того, быть врачом в СССР всегда считалось престижным и денежным делом. Почему денежным? Благодаря высокой зарплате? Отнюдь... Просто все знали, что **врачи берут взятки**. В СССР многие брали взятки (сказывались пороки системы), но врачи особенно в этом преуспевали. Здесь, я думаю, как раз и проявилось то, что к недостаткам, присущим социалистической си-



стеме, добавились пороки издавна присущие медицинскому сообществу как закрытому клану.

В советской медицине, как, впрочем, и в любой другой, существовало много врачебных «династий». Родители-медики — вполне в духе клятвы Гиппократата — правдами и неправдами проталкивали свои любимые чада на врачебную стезю, не особенно прислушиваясь к их собственному желанию в выборе профессии. Помните? Согласно все той же клятве их дети имеют привелегию на обучение, которая спустя века выродилась в устройство «по знакомству».

Таким образом, врачами, в большинстве своем, становились молодые люди с, мягко говоря, слабыми способностями к абстрактному да и просто логическому мышлению, морально готовые к стяжательству, сделавшие своей профессией нелюбимое дело.



На приемной комиссии медицинского университета председатель задает вопрос абитуриентке:

— Скажите, что побудило вас выбрать профессию врача?

Та помялась-помялась, а потом и говорит:

— Папа, ну хорошо прикалываться!

За долгие годы такого «естественного отбора» сформировалось то медицинское сообщество, которое мы, больные, сегодня знаем и ругаем. Хотя в этом есть, повторюсь, и доля нашей вины. Мы либо сами приучали медиков к подаркам и денежным подношениям, либо не ставили их на место, когда они вымогали взятки. Но чего не сделаешь ради своего здоровья или ради больного любимого человека...

Нет больше СССР, но система мед. образования ничуть не изменилась в странах СНГ. Даже врачи вопиют от колоссального наплыва молодых, безграмотных, но амбициозных конкурентов. Так, например, уже знакомый нам Л.Покрышка в той же статье вопрошает: «В чем смысл функционирования полутора десятков медвузов Украины, из года в год, словно конвейер, выпускающих тысячи слабо подготовленных врачей?» Вопрос, понятно, риторический... К этому остается только добавить, что и в СССР было «перепроизводство» врачей.

Столетия существования и развития медицины как прикладной науки, на мой взгляд, не привели к выработке правильной методологии научного поиска и синтеза новых методов лечения на основе открытий, сделанных в других науках, отбора наилучших методов лечения из тысяч существующих.



Головы многих врачей, в том числе врачей-ученых, забиты кучей лишней информации, которая наряду с порочной методологией медицины иногда становится причиной феномена, известного в психологии как «профессиональный кретинизм» (ПК). Это тот случай, когда специалист не замечает или не понимает в своей области знаний того, что очевидно для любого человека «с улицы». Масштабы такого явления в медицине просто поражают!

Одним из ярких примеров ПК может служить то, что еще в семидесятих годах XX века большинство врачей и философов от медицины всерьез считали, что недостаток факторов внешней среды не может быть причиной заболеваний! То есть дефицит железа в пище не может служить причиной железодефицитной анемии; дефицит йода не может являться причиной нарушения функции щитовидной железы и развития зоба; дефицит витаминов — причиной авитаминоза и т.д.! А ведь вокруг такого «знания» писались «научные» диссертации и строился процесс лечения тысяч больных...



Один больной — другому:

— Лечился у доктора в квадрате, а результата никакого.

— Как это — «в квадрате»?

— Да у доктора медицинских наук.

Кстати, еще о диссертациях врачей. Даже те из них, которые не списаны с трудов западных ученых, в большинстве случаев не представляют никакой практической ценности и после защиты навечно ложатся «на полку». Данные и выводы, которые приводятся в этих «трудах», обычно отражают только субъективную точку зрения их авторов. Они, как правило, никем серьезно не проверяются, что предоставляет ординаторам и докторантам широкое поле для «фантазий». В медицине, в том числе и на Западе, существует великое множество «научных» работ, в которых авторы, исследуя одну проблему, приходят к противоположным выводам.



Безнадежно больному раком желудка захотелось борща.

Врач сначала запрещал, а потом подумал: «Пусть поест перед смертью» — и разрешил. Больной поел борща и выздоровел.

Врач написал по этому поводу статью в медицинский журнал.

Через год к врачу обратился другой больной с таким же раком.

Врач приписал ему есть борщ. Больной поел и умер. Врач за-

щитил диссертацию, в которой доказывал, что при лечении рака желудка борщ эффективен в пятидесяти процентах случаев.



Достаточно вспомнить, что еще недавно все медики единогласно уверяли нас, что надо ограничивать потребление поваренной соли для профилактики и лечения гипертонии. К такому выводу они пришли, когда узнали, что натрий участвует в регуляции кровяного давления. Вокруг этого было написано множество диссертаций, появилась и соответствующая «убедительная» статистика... И что же? Новые, действительно серьезные исследования, проведенные на Западе в конце XX века, показали, что искусственное ограничение потребления соли крайне вредно, в том числе и для гипертоников!

Не случайно профессор Дэвид Эдди из Медицинской школы университета Дьюка (США) утверждает, что 80% аллопатического (традиционного, официального) лечения не имеет научного обоснования! Иногда можно услышать от врачей даже такое признание: «Медицина — симбиоз искусства и ремесла. Науки, строго говоря, в ней мало».

Игнорирование же врачами действительных научных открытий часто носит фактически преступный характер. За двадцать лет до написания этих строк, в обыкновенной больнице небольшого австралийского городка, рядовые врачи-практики Дж.Уоррен и Б.Маршалл открыли, что большинство болезней желудка вызывается бактерией *Helicobacter pylori* (Hр) и лечатся антибиотиками. Причем для этого им даже не потребовалось какого-то особого оборудования — использовалось то, что есть в каждой заурядной больнице. Просто эти врачи добросовестно выполняли свои обязанности, а Б.Маршалл даже испытал действие инфекции на себе, выпив взвесь бактерий.

Двум врачам-подвижникам пришлось довольно долго доказывать медицинским академикам и профессорам, что они действительно сделали революционное открытие. Все же, через несколько лет после открытия, на Западе стали успешно лечить желудки по новой методике. Но в СССР, а затем в СНГ желудки при язве продолжали резать вплоть до конца XX века! Продолжают, хотя уже чуть-чуть меньше, и по сей день. Видимо врачам очень трудно отказаться от доходов, которые приносит каждая операция. А может быть до них все просто долго доходит? Возможно, что и так. Иначе чем объяснить появление в 2001 году (!) в СНГ медицинской брошюры для врачей с названием, претендующим на сенсационность: «Hр — революция в гастроэнтерологии»?

Как бы-то ни было, общественность не должна мириться с таким торможением врачами прогресса и лечением, основанным только на синтезе «искусства и ремесла».



Врачи раздают лекарства, о которых они знают не много, чтобы лечить болезни, о которых они знают еще меньше, у людей, о которых они не знают ничего.

*Вольтер*

Не желая видеть нового, врачи, вместе с тем, очень легко превращают больных в подопытных «кроликов», ставя над ними опыты по своему недалекому разумению. Приведу лишь три примера. Профессор-врач В.Руданов в 2001 году пишет в своей статье, что в Башкирии местные реаниматологи, как крупное личное достижение демонстрировали ему метод лечения сепсиса путем пропускания крови больного через термически обработанную скорлупу утиных яиц! В любой цивилизованной стране, по словам профессора, такое было бы невозможно.

Ну, насчет «невозможно» профессор немного лукавит, ибо, как врач, он не может не знать, что на Западе проводились эксперименты и «покруче». В пятидесятых годах минувшего века примерно сорок тысяч (!) американцев стали жертвами лоботомии. Так врачи назвали хирургическое вмешательство на головном мозге, которое заключалось в перерезании связей лобных долей правого и левого полушарий. Таким образом врачи пытались лечить повышенную нервную возбудимость пациентов. Когда было доказано, что лоботомия приводит к психической неполноценности больных, ее запретили.

Но на этом эксперименты не прекратились. Вплоть до конца того же века в США очень широко применялось (применяется, кажется, и сейчас, но в меньших масштабах) лечение депрессии электрошоком. Это, по сути, почти та же лоботомия, но только посредством электрического тока, а не скальпеля. Многие пациенты, прошедшие курс такого «лечения», утратили чуть ли не половину воспоминаний о прожитой жизни. Иногда они даже не могут вспомнить свою биографию.

Такие эксперименты стали возможными в США, конечно же, только потому, что в ментальности «среднего» американца присутствует безоглядное доверие к врачам. То, как врачи его добились, может стать хорошей темой для научного исследования.

Один терапевт «старой советской закалки» в моем присутствии пошутил, сказав больному, что каждый человек должен бояться врача, милиционера и налогового инспектора.

И действительно, врачи немало потрудились над тем, чтобы вызывать в больных суеверный трепет. Речь идет даже не о лечебных неудачах с печальными последствиями, хотя и это



оказывает сильное психологическое воздействие. Свои неудачи врачи стараются на публику не выносить. Для устрашения они избрали другой путь. Известно (и мы об этом вскользь говорили), что еще с древних времен врачи, кроме лечебной функции выполняли и множество других. Вспомните жрецов... А в средние века врачи по совместительству были алхимиками, астрологами, хиромантами, чернокнижниками... Парацельс был чернокнижником и алхимиком, а врач Нострадамус — астрологом и ясновидящим. Об их успехах в «смежных» профессиях я судить не берусь, но то, что пациентов пугала такая деятельность лекарей — несомненно. Но именно это им и было нужно! Известно, что напуганным человеком гораздо легче манипулировать. У пациента, боящегося врача, не возникнет и мысли оспаривать его действия или требовать компенсации причиненного здоровью вреда.

Ореол тайны вокруг профессии всегда культивировался врачами — ведь все тайное, что касается человека лично, пугает. В наше время тайна остается, хотя ее содержание сильно сузилось. Как и раньше, врачи очень неохотно делятся информацией, которая пациентам, безусловно, необходима. Врачи знают, что это им не выгодно.

Я вспоминаю, как еще будучи пяти- или шестилетним ребенком, увидев на дверях аптеки врачебную эмблему, спросил отца, что это такое. Отец объяснил мне как мог, что такое эмблемы вообще и почему врачи избрали своей эмблемой змею, обвившую чашу. Он говорил о лечебной силе змеиного яда... Ну, в общем, пересказал то, что всегда говорят о своей эмблеме врачи. Помню, что такая трактовка и сама эмблема мне не понравились. Мой шестилетний разум отказывался ассоциировать со змеями что-либо хорошее. Теперь я знаю, что это не случайно. Эмблема врачей вызывает в подсознании любого человека негативные эмоции.

Сами собой напрашиваются совершенно отличные от официальной трактовки: змея-медицина, то ли отравляющая чашу жизни, то ли удушающая ее, то ли собирающаяся ее выпить. Змея в культурах народов, которым навязали такую эмблему, всегда была одним из символов темных, таинственных сил. Этого не могли не знать авторы эмблемы. Я уверен: их целью было внушение больным страха перед медициной, намек на связь врачей с высшими силами. Ведь если бы это было иначе, врачи с гораздо большим успехом могли бы выбрать вместо змеи, например, пчелу. Целительные свойства всего, что дают пчелы, в том числе их яда, были известны с глубокой древности.



И, кроме того, пчела издревле является символом трудолюбия. Сегодняшняя эмблема врачей — рудимент из эпохи тотального запугивания пациентов.

Я надеюсь, что достаточно развенчал врачей в глазах читателя. Достаточно для того, чтобы все поняли: больной не должен относиться к врачу с благоговением и, тем паче, бояться его, как это издавна заведено. Не должен, несмотря на то, что плохой врач действительно опасен для больного. Ведь он может «залечить», отравить или даже зарезать больного «на смерть».

Во время операции врач обращается к больному, лежащему на операционном столе:

— Будем удалять правое легкое.

— Зачем?!

— Печень не влазит.

Ну а хорошего врача бояться тем более не стоит. Главное здесь разобраться, с кем имеешь дело. И я надеюсь, что книга поможет вам в этом.

Кто такие врачи, мы, кажется, более или менее разобрались. Но картина будет неполной, если не посмотреть на их «вековые деяния».

Давайте попробуем выяснить: а действительно ли столь великие достижения официальной медицины, как это принято считать?

Было бы у нас столько «экстрасенсов» и «народных целителей», если бы медицина решила большинство сегодняшних проблем?

Да, несомненно, есть и успехи. Врачи научились хорошо владеть ножом и могут успешно отрезать больной орган или заменить его на взятый у донора. Но могут ли они вылечить больной орган? Казуистически редко. Слышали ли вы об успешном лечении хронических заболеваний? Нет? Правильно. Слово «хроническое заболевание» придуман врачами именно для того, чтобы оправдать свое бессилие. А теперь вспомните историю о полном излечении какой-либо неинфекционной болезни терапевтическими методами. Лично я не припоминаю таких историй. Если они и случаются, то очень нечасто.

Но, может быть, врачи успешно лечат все инфекции? Может быть они могут в 100% случаев вылечить такие давно известные и опаснейшие болезни, как чума, холера, сип, малярия, тифозное брюшечество, наконец.



Нет, не могут! Они пишут в своих справочниках: летальность (смертность) — 100, 50, 20, 2 % . А 2 % — это много или мало, когда болеют миллионы? Ежегодно, по данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), в мире от малярии — заболевания давно известного — умирает 1,5 млн. человек! А ведь еще недавно медики трубили о том, что малярия почти побеждена.

За последние 20 лет в мире зарегистрировано более 31 тысячи заболеваний чумой. Из них в США — 197 случаев, из которых 25 со смертельным исходом. Теракты в США продемонстрировали, что плохо готовы медики и к лечению сибирской язвы.

Несколько лет назад в США задалась целью полностью ликвидировать корь — давно известное и хорошо изученное заболевание. В ходе реализации программы врачи столкнулись с большими трудностями и в настоящее время даже не упоминают о своих планах [6].

После изобретения пенициллина (это, между прочим, заслуга не врачей, а микробиолога А.Флеминга) врачи поначалу были «на седьмом небе» от радости. Прекрасно лечились почти все бактериальные инфекции!

Но радость их была, увы, недолгой. Бактерии приспособились и сейчас пенициллин почти не применяется. Нет и не может быть панацеи — это врачи уже поняли.

Больше того, появляются все новые болезни, ставящие медиков в тупик: СПИД, SARS, коровье бешенство, геморрагические лихорадки Эбола, Марбурга, Ласса и другие опаснейшие инфекции. По прогнозу Минздрава Намибии, половина населения этой страны погибнет от СПИДа.

«Намибия... Африка... Это далеко и не показательно», — можете подумать вы. А что же в «цивилизованных» России и Украине? А в Украине, по данным за 1999 год: 180 тыс. инфицированных ВИЧ, 741 тыс. больных раком, 6 млн. больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, 1 млн. больных диабетом, 2,7 млн — туберкулезом. С 1991 по 2001 год население Украины сократилось почти на 4 млн. человек. По средней продолжительности жизни Украина занимает 120 место в мире. По данным Минздрава за 2001 год смертность населения остается высокой и не снижается (цифры даже не приводятся).

Весьма показательна динамика роста болезней внутренних органов населения Украины в расчете на 100 тыс. населения [21] (см. таблицу).



	1997г.	2000г.
Болезни системы кровообращения	26668,0	36322,0
Болезни органов дыхания	33087,5	35169,0
Болезни органов пищеварения	1167,8	13589,1
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	7200,9	8256,5
Болезни мочеполовой системы	6235,6	7365,8
Болезни эндокринной системы, нарушение обмена веществ, иммунитета	3679,2	5935,0
Заболевания крови и кроветворных органов	1172,5	1490,9

В России депопуляция населения идет с 1992 года. В 2000 году число умерших превысило число родившихся в 1,8 раза и составляет 2.2 млн. человек. Общий показатель смертности: 15,3 на 1000 — наибольший в Европе. По прогнозам, с 2001 по 2016 год население России сократится еще на 10.4 млн. человек. К концу XXI века возможно уменьшение вдвое. В некоторых странах СНГ положение еще хуже.

В России за последнее время появилось более 30 новых инфекций: карельская лихорадка, астраханский риккетсиоз, лихорадка западного Нила и другие.

Сейчас, в начале XXI века, как пишут врачи, перед медициной в области инфекционной патологии больше проблем, чем пятьдесят лет назад. В России ежегодно регистрируется 40—50 млн. случаев инфекционных заболеваний. На один зарегистрированный случай приходится 2—3 незарегистрированных.

Врачи всего мира сами называют борьбу с инфекциями проигрышем века. Я думаю, что приведенных примеров достаточно, чтобы вы убедились в том, что мировая медицина находится в убогом состоянии, что в Украине и многих других странах ее практически нет, что после, казалось бы, близости окончательной победы, она терпит поражение за поражением и конца этому не видно. Безусловно, в грустных цифрах статистики виноваты не только врачи, но, я уверен, на них должно лежать не меньше половины ответственности. Основание для такой уверенности мне дают мои знания о врачах и медицине.

Приведенные примеры могут показаться врачам неудачными, т.к. это, опять же мы, больные, не изобрели еще новых лекарств, приборов и т.п. для своего лечения. Хорошо, а что вы скажете о такой статистике? По данным исследований, проведенных в «благополучных» США и других развитых странах, до 30% всех предоставляемых сегодня клинических услуг неэф-



фективны. Более того, иногда они вредны! Дальше — больше. В США, говорится в специальном докладе, подготовленном независимыми организациями, входящими в национальную академию наук, 40% общего числа принимаемых медицинским персоналом решений ошибочны! Около 20% ошибок связано с личными качествами медперсонала (низкая квалификация, равнодушие, халатность). Поверьте, я на своем опыте убедился, да и вы, я думаю, тоже — если достаточно долго общались с врачами, — что у нас, в СНГ, два последних показателя намного хуже.

По данным тех же американских исследований, ежегодно как минимум 98 тысяч американцев умирают в результате врачебных ошибок. Это число превышает количество умерших от рака груди, дорожных аварий и СПИДа. Неправильные врачебные действия обходятся стране ежегодно в 29 миллиардов долларов.

При всем этом даже в США совершенно отсутствует система обработки информации о причинах, тенденциях и последствиях совершения врачебных ошибок. И это, на мой взгляд, не удивительно. Врачам она не нужна!

Я привел ужасные цифры статистики, но подозреваю, что не на всех читателей они произвели должное впечатление. Что там какие-то абстрактные 40% или 98 тысяч? Поэтому я предлагаю вспомнить конкретные случаи медицинского варварства, о многих из которых вы, конечно же, слышали или читали и которые вошли в печальную «классику», будучи повторенными десятки, сотни и тысячи раз.

Врач-стоматолог запломбировала воспаленный зуб, после чего у пациента возникли серьезные осложнения...

Через несколько дней после микроаборта женщина обнаружила, что она беременна...

Просроченная вакцина, введенная пьяной медсестрой, привела к смерти младенца...

Врач ошибочно констатировал смерть у впавшего в летаргический сон. Больного похоронили заживо...

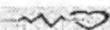
Врач ввел больному лекарство, на которое у того была аллергия, после чего больной умер...

Медсестра сделала уколы одним шприцем нескольким младенцам — и заразила всех СПИДом...

Врач не диагностировал у больного ботулизм. Через несколько дней больной скончался...

Анестезиолог дал слишком большую дозу наркоза и больной умер...

Этот список можно продолжить до бесконечности...



Справедливости ради следует заметить, что врачи пытаются сами бороться с варварством и даже выпускают очень занимательные книги под общим названием «Типичные врачебные ошибки». Каждое новое издание пополняется новыми случаями варварства. Причем каждый случай описан подробнейшим образом — не в пример тому, что вы прочитали выше.

Может быть врачи эти книги просто не читают? Многое указывает на то, что это так. Варварства-то не убавляется. Или же дело здесь вовсе не в незнании, а просто в наплевательском отношении к делу? Но, скорее всего, имеет место и то и другое.

Если вы, дорогой читатель, дочитали книгу до этой строки, то не можете не согласиться с необходимостью выяснения причин кризиса и «противоврачебной» борьбы.

Я, конечно же, не призываю вас вооружаться дубиной и булыжником из мостовой или, тем паче, автоматом или гаубицей. Только знание может быть оружием в этой борьбе!



### 3. КАК МЫ БОРОЛИСЬ

Сама борьба с эскулапами, надо сказать, для больных дело не новое. Мы боремся с врачами веками — столько, сколько существует их профессия. Причем не только с плохим качеством лечения, но и с претензией медиков на особое, привилегированное положение в обществе. Однако раньше наше противодействие носило, главным образом, пассивный и, зачастую, неосознанный, стихийный характер. Но все же активный протест в истории занимает значительное место и мы не можем обойти его вниманием.

В прошлом, когда дело доходило до него, с врачами не особенно церемонились. Как уже говорилось, они сами окружали себя ореолом тайны. Поэтому всякая серьезная неудача в лечении трактовалась народом как сговор врача с темными силами или нежелание противодействовать им.

Говорят, что археологи недавно пришли к выводу: в древности врачи уже к тридцати годам теряли все зубы. В то время они еще не научились запугивать пациентов. Поэтому каждый случай неудачного лечения «оплачивался» битьем врача «по мордасам». Потеряв большую часть зубов, врачи сильно шамкали при разговоре. За это, в течение некоторого исторического периода, их называли «шаманами». Потом — вы уже знаете — врачей стали именовать «жрецами», а название «шаман» сохранилось для врача только у отдаленных северных народов, вместе со старинными методами лечения.

Выкалывание глаз, отрубание руки врачу или его казнь применялись нашими далекими предками при неудачном лечении достаточно часто. Обычным делом была казнь придворного лекаря за то, что не смог вылечить больного тирана.

Кстати, есть много примеров, когда тираны, да и либеральные правители, были вынуждены всерьез братья за улучшение медицинского обслуживания своего народа и регламентацию врачебной деятельности.

Еще в XVIII в. до н.э. вавилонский царь Хаммураппи издал кодекс, в котором, в частности, регламентировались положение врача, оплата лечения, наказания за плохое лечение. Среди наказаний были и упомянутые выше.

Но главной активной формой протеста во все времена, конечно же, было самолечение. Самолечение можно считать формой забастовки, лишаящей врачей их прибылей. К сожалению,



нию, при наличии монополистической государственной системы здравоохранения и переводе врачей на фиксированную зарплату, самолечение превращается в пассивный протест. А представьте, как было бы здорово, если бы все больные, не требующие экстренной медпомощи, в масштабах страны объявляли плохим врачам-коммерсантам на неделю или месяц бойкот.

Впрочем, на этот счет есть свежий пример. В июле 2002 года врачи Латвии объявили всеобщую забастовку, требуя увеличения зарплаты. А между тем, их доходы упали по их же вине. За 10 лет, прошедших с момента перехода латвийской медицины на коммерческую основу, количество обращений больных за медицинской помощью сократилось в два раза!

Стоимость визита к врачу (от 1,5 до 4 долл. США) многим оказалась не по карману и люди обращаются к врачам лишь в крайних случаях. По этой причине за тот же период в Латвии закрылось 46 лечебных заведений.

Встречаются пациент и врач. Врач спрашивает пациента:

— Что-то долго вы ко мне не приходили!

— Да понимаете, болел я...

В темные средние века среди казненных на костре колдунов было немало и врачей, которые, как известно, делали колдовство своей второй профессией. Можно уверенно предположить, что обвинение в колдовстве часто было только поводом для казни. Пациенты — судьи, палачи и зрители — хотели видеть на костре именно своих врачей, которые лечили отвратительно, а деньги за лечение брали большие.

Стихия Французской революции, как уже упоминалось в гл.2, не на шутку перепугала врачей. Вместе с изобретателем гильотины врачом Гильотеном, с помощью его страшного детища именем народа казнили и многих его коллег по профессии.

В Российской империи активная борьба тоже имела место. Широкою известность получила так называемая «Балашовская история». Летом 1905 года в Балашовском уезде Саратовской губернии врачи, требуя улучшения своего материального положения и расширения прав, отказались от работы и вышли на демонстрацию. Среднегодовой оклад врачей в то время составлял 1500 рублей. Много это или мало? Судите сами, если рабочие-сталевары получали в 5-6 раз меньше!

Докладывая царю о подавлении забастовки обнаглевших врачей, шеф жандармов Д.В.Трепов сообщил, что казаки в присутствии губернатора П.А.Столыпина избили врачей нагай-



ками. На полях этого донесения Николай II написал: «Очень хорошо сделали».

Вдохновленный таким отзывом царя, Столыпин приказал арестовать, оштрафовать и посадить в тюрьму врачей — участников забастовки, а также отслужить в церкви молебен «О благополучном избиении врачей-крамольников».

Кстати, через год после этих событий П.А.Столыпин был назначен премьер-министром России.

В Советском Союзе активный протест проявился весьма неординарно.

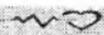
Некоторые читатели, возможно, еще помнят «Дело врачей», которое началось в январе 1953 года. Почему общественность с готовностью подхватила тезис о том, что среди врачей существовал заговор по убийству высшего руководства СССР? Только ли в тоталитарной системе здесь дело?

Поводом к «Делу врачей» послужила смерть А.А.Жданова, которая наступила в результате неправильного диагноза и, соответственно, неправильного лечения. То есть в его смерти действительно были виноваты врачи! Причем врачи не из последних в государстве — врачи, лечившие элиту.

Возглавлял «преступный консилиум» В.Н.Виноградов — заведующий кафедрой терапии 1-го Московского медицинского института, профессор-консультант лечебно-санаторных учреждений Кремля. Он и еще два видных врача не смогли диагностировать у Жданова инфаркт. В то же время простая врач — зав.кабинетом электрокардиографии Кремлевской больницы Л.Ф.Тимашук уверенно поставила такой диагноз. «Врачи-вредители» были объявлены английскими шпионами и арестованы. По стране прокатилась мощная пропагандистская противоврачебная кампания. Были раскрыты «врачи-вредители» и в других городах.

Этот случай, по-моему, просто переполнил чашу общественного терпения. Народ давно ждал повода открыто показать свое отношение к медикам — «выпустить пар». И хотя в 1953 году после смерти И.Сталина — по личному указанию Л.Берии — обвинения в злонамеренных действиях и измене Родине с кремлевских врачей были сняты и дело прекращено, качество здравоохранения в СССР резко улучшилось, к сожалению, только на некоторое время.

Перейдем теперь к основным пассивным формам протеста больных. Вы не задумывались о том, почему о врачах ходит так много анекдотов? Я рассматриваю это как пассивную форму общественного протеста против порядков, царящих в современной медицинской практике.



— Спасибо, доктор! Вы спасли жизнь моей любимой собаке.  
— Вы меня с кем-то путаете — я не ветеринар.  
— Нет-нет, именно у вас лечился мой покойный сосед, который грозился ее пристрелить!

Вы можете возразить, что народный медицинский эпос так расцвел потому, что каждый в своей жизни рано или поздно сталкивается с врачом, что врач — очень распространенная профессия. Да, но ведь с парикмахером вы, надо полагать, встречались чаще, чем с врачом, если, конечно, вы не рекордсмен книги рекордов Гиннеса по длине растительности на голове. Вспомните теперь анекдот про парикмахера. Что, не получается? А про врачей? То-то же...

Не остались в стороне от протеста против плохих врачей даже дети! Ребенок, как известно, гораздо острее взрослого чувствует фальшь и несправедливость. С врачами, так или иначе, встречаются достаточно часто все дети. Но как дети могли протестовать? Только высмеивать плохого «дядю доктора». Вспомните старую детскую считалку:

*...Едет доктор на свинье,  
Колокольчик на спине,  
Бородавка на носу,  
Любит доктор колбасу...*

Не правда ли, смешной и не слишком привлекательный образ. Кстати, о колбасах... Вы не задумывались о том, почему одна из них называется «докторская»? У меня на этот счет имеется несколько версий. Вот они:

- рецепт этой колбасы придумали доктора;
- колбаса обладает лечебными свойствами и рекомендуется к употреблению врачами;
- колбасу (о, ужас!) делают из медиков;
- после употребления колбасы всегда приходится обращаться за помощью к врачу;
- именно эту колбасу в прошлом особенно часто преподносили докторам в качестве «презента».

Тщательно взвесив все версии, я, принимая во внимание, в частности, историю традиций и вышеприведенную считалку, вынужден был остановиться на последней.



Кинологи назвали новую породу собак «доктор». Собаки этой породы белой масти, имеют зубы острые, как скальпель, и если уж вцепятся в кого-то, то ни за что живым не отпустят, кроме как за кусок докторской колбасы.



А если серьезно, «докторская» создана в Москве 29 апреля 1936 года «для лечебного диетического питания героев Гражданской войны и борцов с царским режимом». Но мы несколько отвлеклись.

Пассивный протест отразился, конечно же, и в искусстве. Непременным персонажем в существующем со средних веков и до наших дней жанре итальянской народной комедии дель арте, наряду с Арлекино и Коломбиной, является врач (Medico). Случайно ли это? Конечно же, нет! Врачи всегда были для подлинно народного искусства неисчерпаемым источником юмористических и сатирических сцен.

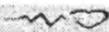
Смотрели ли вы кинокомедии на исторические сюжеты, в которых два врача чуть ли не до драки спорят примерно так: «Пациент скорее жив, чем мертв. — Нет, пациент скорее мертв, чем жив»? Либо вы слышали в тех же фильмах рассуждения средневековых медиков, отнюдь не придуманные сценаристом, а вполне соответствующие существовавшей в те времена практике: «Пациенту необходимо пустить кровь», — говорит один. «Нет, жар пациента проистекает от избытка разлившейся желчи и ему необходимо сделать клизму», — возражает другой «целитель».

Эти сцены, конечно же, показаны, чтобы дать зрителю возможность вволю посмеяться над псевдоученостью древних лекарей.

О, да! Мы, глядя из дня сегодняшнего, когда медицина добилась столь великих и неоспоримых успехов (неоспоримых ли?), можем смеяться.

Но история свидетельствует, что во все времена были хорошие врачи, действительно лечившие людей, а были и шарлатаны. Вспомните Экклезиаста: «Что было, то и будет и что делалось, то и будет делаться, и нет ничего нового под солнцем». Не будут ли наши потомки уже через 100 лет смеяться над сегодняшними «светилами» медицинской науки? Я уверен, что будут. Над рядовыми горе-врачами искусство смеялось всегда, смеется и сегодня. Вспомните хотя бы российский телесериал «Ускоренная помощь», грузинский фильм «Чудаки» или итальянский «Сумасшедшие врачи».

Самой же яркой формой пассивного общественного протеста стал расцвет «альтернативной», т.е. неофициальной медицины. Во времена СССР власти — по наущению врачей — запрещали народную медицину, но она выжила и те-



перь даже процветает.

Не находя исцеления у официальных медиков, больные шли и идут к экстрасенсам и «народным целителям». Там они редко находят исцеление, но зато встречают радушное к себе отношение, что — на фоне врачебного хамства — укрепляет доверие людей к названным целителям. Возможно, радушие последних происходит от немалых денежных сумм, получаемых за «демонстрацию искусства». Да, похоже, что в большинстве случаев это так и есть. Но в нашей «бесплатной» медицине, понятно, впрямую зависящей от общего состояния экономики, чуткое отношение к людям стало, на мой взгляд, редкостью по другим, не материальным, причинам. Мы их еще рассмотрим.

В последнее время во многих странах больные стали переходить от пассивных форм борьбы к активным, но, конечно же, не таким радикальным, как мы уже рассмотрели, а вполне цивилизованным.

Это проявляется в создании общественных организаций, контролирующих качество медицинской помощи, в принятии парламентами различных законов, в том числе устанавливающих уголовную и другую ответственность врачей за причиненный больным вред, в участившихся обращениях пострадавших от врачей в судебные инстанции и т.д.

Например, в Ливии врач за некачественную врачебную помощь с тяжелыми последствиями может быть подвергнут тюремному заключению, а в США может заплатить огромную денежную компенсацию пострадавшему от его лечения или, даже (!), от его бездействия.

Сейчас, когда пишутся эти строки, в Ливии судят врачей, заразивших СПИДом около 400 детей. Подсудимым грозит смертная казнь.

Недавно в Италии — на родине латыни и, соответственно, современной медицинской терминологии — врачи были вынуждены распрощаться с одним из старейших и дорогих их сердцу терминов — «пациент». Они признали, что в наше время он очень мало подходит для обозначения существующих между больными и врачами взаимоотношений. Вместо этого медики будут пользоваться, в зависимости от конкретного смыслового окружения, понятиями «больной» или «гражданин».

Во многих странах создаются общественные объедине-



ния больных, пострадавших от врачей, советы пациентов, ассоциации пациентов по профилям заболеваний (врачи давным-давно имеют свои ассоциации). В некоторых европейских странах население даже привлекается к управлению учреждениями здравоохранения (Нидерланды, например). Там, где общественность не молчит, а говорит и действует, происходят разительные перемены. Но в большинстве стран больным не хватит и трех жизней, чтобы дождаться своей победы. К счастью, в «противоврачебной» борьбе и один больной воин, если он подготовлен. Так я перефразировал бы известную поговорку. Так давайте же вооружаться знаниями!



## 4. ЭТИКА БОЛЬНЫХ И ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА

### Искусство врачевания требует жертв, но почему только от больных?

Большинство из нас, так или иначе, что-то слышало о врачебной этике. Но что она собой представляет в деталях, знают далеко не все больные, да и не стремятся к этому. Ведь это их, врачей, этика — им и «карты в руки»... Так или примерно так думает «средний» больной. И напрасно! Ведь в этике и морали коренятся практически все беды современного здравоохранения.

Опрос 184-х студентов-медиков 4 — 6 курсов, проведенный в одном из медицинских вузов Беларуси в 2000 году, показал, что они весьма туманно представляют себе само содержание понятий: мораль, этика и нравственность. Только один студент смог дать четкие определения, что мораль — форма общественного сознания, которая на основе принципов, идей и норм регулирует отношения людей в обществе, что этика — это наука о морали, что деонтология — это профессиональная этика, что нравственность — это мораль, ставшая внутренней потребностью личности. Все опрошенные, разумеется, уже прослушали курс медицинской деонтологии. В какой-то мере результаты говорят о качестве изучения предмета. Но проблема кроется даже не столько в качестве изучения, сколько в самом содержании врачебной этики.

Врачебная этика регулирует, кроме всего прочего, взаимоотношения врачей с больными, а равно и больных с врачами. Уже по этой причине врачи должны были бы при разработке своей этики поинтересоваться мнением на ее счет пациентов. Но, к сожалению, с самого своего зарождения врачебная этика формировалась односторонне, сугубо с профессиональных позиций врачей. До сего дня врачи считают краеугольным камнем своей этики принципы, положенные в основу рассмотренной нами в гл. 2 клятвы Гиппократова.

Психиатр — пациентке:

— У вас явно не все в порядке с психикой.

— Вы меня извините, доктор, но я хотела бы выслушать еще одно мнение.

— Ну что же, раз вы настаиваете, пожалуйста: вы еще и страдающая!



Я уже говорил о том, что одним из побудительных мотивов к написанию этой книги стал прочитанный мною этический принцип врачей: «Не допускать навязывания вам пациентом своего мнения». А ведь есть и другие, под стать приведенному. Полная отстраненность общества на протяжении веков от вопросов формирования врачебной морали, в конечном счете, привела к формированию врачебной этики и воспитанию в медиках нравственности, угрожающих самому обществу.

Надо сказать, что во врачебной среде периодически раздавались голоса честных врачей, видевших всю опасность существующих тенденций. Одним из таких врачей был В.В.Вересаев. В 1901 году он опубликовал в журнале «Мир Божий» работу «Записки врача», где, в частности, пишет об «...иссушающей, калечащей душу печати, которую накладывает на человека его принадлежность к профессии. На все явления широкой жизни он смотрит с узкой точки зрения непосредственно практических интересов своей профессии; эти интересы, по его мнению, наиболее важны и для всего мира, попытка стать выше их приносит, следовательно, непоправимый вред не только профессии, но и всем людям».

С такой точки зрения, продолжает Вересаев, если и можно касаться темных сторон профессиональной деятельности, то «...нужно делать это чрезвычайно осторожно и келейно, чтоб в посторонних людях не поколебалось уважение к профессии и лежащим в ее основе высочайшим принципам...»

И далее: «Как ни печально, но нужно сознаться, что у нашей науки до сих пор нет этики. Нельзя же разуместь под нею ту специально-корпоративную врачебную этику, которая занимается лишь нормировкою непосредственных отношений врачей к публике и врачей между собою. Необходима этика в широком, философском смысле, и эта этика, прежде всего, должна охватить во всей полноте... вопрос о взаимном отношении между врачебною наукою и живою личностью... Что же касается указанного вопроса, то он, сколько мне известно, даже никогда и не ставился».

На работу В.В.Вересаева живо откликнулись российские врачи. В том же журнале были опубликованы их мнения. Отклики были отрицательными! Вот уж, действительно, «глас вопиющего в пустыне»! А некий М.Л.Хейсин, как ответ на «Записки врача», издал в 1902 году брошюру «К вопросу о врачах», в которой «заклеймил позором» позицию В.В.Вересаева!

В 1917 году этика вообще была объявлена «служанкой буржуазии» и как наука отвергнута. Из библиотек изымались труды,



посвященные этическим проблемам. «Моральный кодекс строителя коммунизма» пришел на смену библейским моральным принципам. Но врачи СССР, конечно же, совершенно справедливо, не могли смириться с тем, что у них отобрали профессиональную этику. И они нашли оригинальный выход.

В 1944 году профессором Н.Н.Петровым для замены понятия «врачебная этика» был введен термин «медицинская деонтология» (deon — долг; logos — наука, учение). Медицинскую деонтологию стали преподавать в вузах. Предмет исследования деонтологии объемнее предмета этики, поскольку, наряду с изучением собственно морали, занимается исследованием и регламентацией взаимоотношений врача с обществом (государством), с больными и их родственниками, с другими врачами и медработниками.

Но и деонтология осталась в рамках прежних порочных этических принципов. Более того, с приходом новой государственной идеологии они укрепились, ибо было открыто провозглашен примат интересов общества над интересами личности. К чему это, в конечном счете, привело общество, мы уже знаем.

А между тем еще в начале XX века в России вышел сборник «Вехи», в котором выдающиеся российские философы Н.Бердяев, С.Булгаков, Н.Игнатов, П.Струве и другие фактически предсказали крах любого общества, исповедующего приоритет общественных интересов над личностными. В то время на вопрос «кто первый — личность или общество?» большая часть интеллигенции отвечала: «Общество», а «Вехи» отвечали: «Бог. И лишь через него — личность». Ведь личность сама по себе несовершенна.

Еще хуже положение с врачебной этикой оказалось в странах, где к власти пришли фашистские режимы, особенно в Германии. Подмятая фашистской идеологией, в этой стране этика врачей дошла до того, что стала обслуживать евгенику — науку об улучшении человеческой расы.

Человечество всерьез спохватилось только после Нюрнбергского процесса. Не все знают, что кроме политической элиты фашистской Германии на нем, за бесчеловечные эксперименты над людьми, судили и фашистских врачей.

Конец первой — начало второй половины минувшего века ознаменовались существенным продвижением мирового сообщества в вопросах формирования медицинской этики. «Нюрнбергским кодексом» положено начало правозащитной и биоэтической библиотеки. Были приняты «Декларация ВОЗ по правам пациента», «Концепция Совета Европы по биоэтике». Мно-



гие страны, в том числе Россия, приняли законы о защите прав пациентов. В 1995 году Папским Советом принята — «для дел душепастырства и охраны здоровья» — «Хартия работников охраны здоровья». В 2001 году разработан при содействии Фонда «Возрождение» проект нового «Кодекса украинского врача».

Основополагающими международными документами по врачебной этике являются принятые в конце XX века «Декларация Всемирной медицинской ассоциации» и «Конвенция Совета Европы о биомедицине и правах человека». Фундаментальной, получившей всеобщее признание нормой этих документов, стал принцип: «Благо и интересы отдельной личности стоят выше интересов науки и общества».

К сожалению, упавший после Второй мировой войны между Западом и Востоком «железный занавес» не прошел бесследно для медицины СССР, как и новая мораль, оставившая на всем, в том числе и на медицинской этике, свой отпечаток. На протяжении всего времени существования СССР врачами негласно культивировался и тщательно оберегался самый удобный, а потому главный этический принцип советской деонтологии: «Минздрав всегда прав». Сегодня он остается «священной коровой» медицины во всех постсоветских странах, и не только в них.

Этот принцип существует не только в произведениях юмористов, а вполне реален и даже «осязаем». Он — как без особого труда можно убедиться — является прямым следствием существующего ныне у медиков учения об авторитете врача. Оно красной нитью проходит в контексте всех учебников по деонтологии и включает в себя три основных положения. Первое: авторитет врача является важнейшим компонентом лечебного процесса — если больной не верит врачу, резко снижается эффективность лечения, и наоборот. Второе: авторитет врача обеспечивается всем многовековым авторитетом медицины, авторитетом старших (по должности и стажу работы) коллег врача и, наконец, его собственными знаниями и умениями. Третье положение вытекает из двух первых и гласит: «Стремление к авторитету — не личное дело врача, а его обязанность и, более того, предмет заботы всего общества, ибо оно в этом заинтересовано.... Врач должен пресекать любые посягательства на свой авторитет». И как резюме: «Решающий фактор — положение врача в обществе»[7].

Совершенно очевидно, что здесь под благовидным предлогом — забота о здоровье пациентов — медицина и врачи полностью изолируются от какой-либо критики со стороны не вра-



чей (общества), а «авторитетный» врач — от критики менее «авторитетных» коллег. В понятии врачей, как видим, авторитет — это всегда непререкаемый авторитет.

Подтверждаются и наши наихудшие предположения: претензия врачей на особое положение в обществе — не плод нашего воображения, а факт — они его добиваются. И даже, как вы скоро увидите, уже давно добились!

Можно заметить, что клановый характер медицины закономерно приводит к весьма интересной параллели понятий «авторитета» в медицинском и криминальном мире.

Уход от критики — только одна из решаемых врачами с помощью ложного авторитета задач. С его помощью они решают и другие свои проблемы. Мы к этому еще вернемся.

Робкие и немногочисленные попытки честных врачей сказать обществу правду о медицине всегда жестко пресекались. Те, кто «выносит сор из избы», информируя общество о нарушении этических стандартов представителями врачебной профессии или выражая хоть малейшее сомнение в правильности некоторых медицинских деонтологических принципов, даже получили в соответствующей специальной литературе название «свистунов»!

Но действительно ли авторитет врача — лечебный фактор? Очевидно, что при правильном лечении — да, при неправильном — нет. Ведь если больной безоговорочно доверяет врачу, проводящему неправильное лечение, это может привести к трагическим последствиям. Чем хуже состояние медицины — тем выше печальная цена такого доверия. В этом плане показателен следующий, приводимый в одном из учебников по деонтологии пример якобы позитивного влияния авторитета.

Один из врачей — последователей знаменитого С.П.Боткина опубликовал работу, в которой выразил сомнение в эффективности предложенного Боткиным лекарства — в его практике лекарство не давало никакого эффекта.

На этом основании в учебнике делается вывод, что у Боткина лекарство действовало потому, что у него был огромный авторитет, а у его оппонента — нет. А значит авторитет — важный лечебный фактор.

Совершенно очевидно, что в данном случае лекарство, предложенное Боткиным, имело лечебный эффект не больше, чем обычное плацебо, но в отличие от оно, возможно, обладало вредным побочным действием. Авторитет же Боткина сыграл явно отрицательную роль — десятки, а может и сотни «неавторитетных» врачей безуспешно пытались лечить псевдоле-



карством тысячи больных.

Не помню, кому принадлежит фраза «Для истины нет авторитетов», но полностью с ней согласен. Рекомендую руководствоваться ею и врачам, и больным.

Авторитет же врача не должен считаться чем-то раз и навсегда данным. Врач должен почти «с нуля» зарабатывать авторитет у каждого больного — исключительно качеством лечения. Почему «почти»? Да потому, что его учили медицине, и больной вправе рассчитывать на квалифицированное лечение, как и на квалифицированное выполнение работы специалистом любой другой профессии.

При этом, до получения позитивных результатов лечения, врач не может претендовать на авторитет больший, чем, скажем, авторитет сантехника, пришедшего к вам домой ремонтировать кран, скорее наоборот.

Ведь кран, так или иначе, сантехник отремонтирует или заменит, а вот вылечит ли врач больного — это еще неизвестно.

Пройдет еще немало времени прежде чем врачи во всем мире, в том числе и в СНГ, научатся работать по новым этическим принципам. Слишком тяжел груз прошлого, слишком велика инерция человеческой психологии. И, кроме того, старые принципы потому и возникли, что были удобны только врачам, а это значит, что без постоянного контроля общества врачи непременно будут стремиться к их возврату. Поэтому больным предстоит еще немало побороться за реализацию на практике своих прав.

Кроме того, с раскрытием генома человека, появлением технологий клонирования и искусственного зачатия, возможности пересадки органов, как видим, в медицине появляются новые этические проблемы. Снова обретает реальные черты евгеника. И здесь примат интересов личности без преломления их через абсолютные моральные ценности неминуемо приведет к ужасным последствиям.

Существует также реальная опасность и в стремлении свести многие медицинские (и не только медицинские) морально-этические проблемы лишь к правовому регулированию. Такая тенденция, причем очень сильная, происходит из морального релятивизма во всей современной культуре. Вера части общества в относительность моральных ценностей формирует у ее представителей убеждение, что сегодня мораль может быть построена только на праве. Или, что только определив фундаментальные права человека и законодательно их закрепив, можно создать то, что и будет рассматриваться как общественная мораль.



Между тем, великий российский философ Вл.Соловьев еще в 1897 году, исследуя право и нравственность, пришел к следующим выводам:

1. Право есть низший предел или определенный минимум нравственности;

2. Право есть требование внешней реализации этого минимума, тогда как «интерес собственно нравственный относится не к внешней реализации добра, а к его внутреннему существованию в сердце человеческого».

3. Нравственное требование предполагает свободное или добровольное исполнение, правовое, напротив, — «допускает прямое или косвенное принуждение».

Любой, самый продуманный и совершенный закон не может предусмотреть всех ситуаций. Часто проблема разрешима только на основе внутреннего нравственного убеждения. Например, известны случаи, когда врач, спасая больного, становился его донором, хотя никакой закон его к этому не обязывал.

Отказ же общества от воспитания врачей на действительно высоких моральных принципах как раз и приводит к тому, что бессовестные врачи нарушают самые прекрасные законы, а к больным относятся только как к источнику своих доходов.



— Доктор, я потратил целое состояние на лечение в вашей клинике, а в результате стал инвалидом!

— Успокойтесь, инвалидов мы бесплатно лечим до смерти.

Британский врач Г.Шипмен за четверть века врачебной практики, будучи вполне вменяемым, в корыстных и других, неустановленных следствием целях, преднамеренно убил по меньшей мере 215 человек (возможно, что более четырехсот)!

А российский врач скорой помощи из С.-Петербурга, некто Сергеев, также признанный экспертизой психически нормальным, прикрываясь белым халатом, убил 13 и ограбил 50 человек.

Широкий общественный резонанс вызвало и преступление, совершенное российским же врачом скорой помощи из Иркутска по фамилии Кулик. Этот изверг убил 14 человек!

Все эти случаи широко освещались в печати и телевидении. Врачи-убийцы прекрасно знали, что законами предусмотрена уголовная ответственность за такие действия. Совершить же изуверские преступления им позволили их нравственные принципы, то есть внутреннее убеждение.

Не следует думать, что преступления, совершаемые врача-



ми, большая редкость, — как раз наоборот. Часто орудуют целые врачебные шайки. Так, ни для кого не секрет, что в некоторых странах существуют клиники, в которых на полулегальной основе осуществляется торговля органами для трансплантации. Купив, например, у отчаявшегося бедняка из Закарпатья (это реальный случай) почку за 2 тыс.долл. США, турецкие врачи-коммерсанты пересадили ее гражданке Израиля за 30 тыс.долл. Во Львове в 2001 году следствие начало было «раскручивать» факты изъятия для продажи органов у пострадавших в авариях украинскими дельцами от медицины, но остановилось, столкнувшись, как видно, с непреодолимыми трудностями [22].



Один врач — другому:

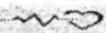
— Если ты такой умный, то почему такой бедный?

— Потому что честный.

Еще более поразительные и страшные факты стали известны недавно благодаря польским журналистам. Польша еще не скоро оправится от потрясшего ее в 2002 году шока. Там целые банды врачей скорой помощи пошли по другому пути — они «помогали» больным уходить в «мир иной» и получали от похоронных бюро часть прибыли, как вознаграждение за такую «помощь». Некробизнес «процветал» в большинстве крупных городов страны, и развивался около десяти лет! Теперь рядовые поляки с полным основанием считают, что врачи не только обворовывают их, требуя взятки, но еще и убивают и продают. Только в г.Лодзи за один месяц «шкурами» (так на жаргоне некробизнесменов назывался умерший пациент, информация о котором продавалась какой-либо из похоронных фирм), становились около 250 умерших.

Дальше — больше. Оказалось, что сотрудничество врачей и похоронных бюро имело место в Болгарии, Литве, Словакии, Италии, Бельгии, Дании и других странах, где ритуальные услуги являются прибыльным бизнесом, а информация — товаром. Пока что только в Польше удалось доказать, да и то лишь косвенно, причастность врачей не только к продаже информации, но и к убийствам умирающих.

Репортеры описали несколько методов убийства. Простейший назывался «заехать в Мак-Дональдс» — то есть ехать на вызов так медленно, чтобы дать возможность «клиенту созреть». Этот метод применялся, когда врачи знали, что вызов срочный — человек умирает. Другие методы предусматривали



прямое врачебное вмешательство — введение больному завышенных доз определенных лекарств или слишком позднее введение лекарства [25].



— Алло, это скорая? Я звоню уже в третий раз! Когда же, наконец, придет ваша бригада?!

— Не волнуйтесь, на конец придет.

Прошлое изобилует примерами, когда врачи использовались властью имущими для устранения политических конкурентов и просто неугодных. И это при том, что далеко не все такие случаи, по понятным причинам, становились известными общественности и историкам.

Из истории СССР можно вспомнить странные обстоятельства смерти в окружении врачей А.М.Горького, М.В.Фрунзе и многих других известных личностей. Позже система «гуманизировалась» и неугодных «блюстители» гиппократовой морали стали массово «лечить» в «психушках».

Цинизм врача — первая ступень к совершению преступления. А о цинизме многих врачей СНГ может свидетельствовать хотя бы тот факт, что в своем кругу они «в шутку» называют тяжелобольных, которых не способны вылечить и которые поэтому вынуждены месяцами находиться в больницах, — «инвентарь».

Эти ужасающие факты я привел, чтобы читатель еще раз убедился в важности моральных принципов и мог судить о том, насколько низок средний уровень нравственности в медицине.

Рост организованной врачебной преступности и массовый характер совершения медиками аморальных действий уже сами по себе подтверждают, что в медицине что-то не так. Что именно — мы попробуем разобраться в других главах.

Но когда же началось нравственное падение врачей? Я думаю, что падения не было — средний уровень нравственности врачей оставался величиной постоянной от самых истоков современной медицины. При этом, на мой взгляд, он всегда был несколько ниже среднего уровня нравственности общества в целом. Просто с развитием науки и технологий появляется больше возможностей для совершения преступлений в медицине (та же продажа органов, например). А кроме того, с развитием средств массовой информации, больше фактов о преступлениях и аморальности врачей становятся достоянием общественности. В иллюзии падения врачебной нравственности «виновато» отчасти и развитие институтов защиты пациентов.

Для эффективной борьбы больные должны знать свои пра-



ва, новые и прежние основополагающие этические принципы практической медицины с тем, чтобы четко улавливать моменты, когда врачи пытаются действовать «по старинке». А уловив, либо возвращать врачей в «новое русло», либо менять.

О правах больных мы поговорим отдельно в гл. 15. Что же касается принципов, то главный мировоззренческий, философский принцип вам уже известен. Он дополняется категорией: «Все люди рождаются свободными и равными в их достоинстве и правах».

Старые же практические принципы — «не навреди» и «патернализм» заменены на новые — «делай добро» и «автономия».

Принцип «не навреди» оказался не так хорош, как об этом всегда говорили медики. Ведь в него вполне укладывается и пассивность, невмешательство врача в течение болезни.

Принцип же «патернализма» вообще ставил отношения врача и больного на уровень отношений родителя и малолетнего ребенка, подразумевая, что «врач всегда прав».

«Автономия» трактуется, как равноправное партнерство больного и врача. Она включает в себя принцип «информированного соглашения». Это значит, что пациент имеет право знать все, что касается его болезни и лечения в том объеме, в котором может усвоить, а врач, в свою очередь, обязан предоставить пациенту такую информацию. На основе этого пациент и врач подходят к лечению. Пациент может отказываться от каких-то лечебных назначений. В этом случае врач должен предложить что-то другое и не должен отказываться от дальнейшего лечения. Если пациент не в состоянии по каким-то причинам воспринимать медицинскую информацию и принимать решения, врач должен взаимодействовать с его родственниками.

Иное значение придается и понятию «врачебная тайна». Таковой теперь считается только конфиденциальная информация о больном и его болезни, которая без его согласия не может стать чьим-либо достоянием. От самого больного в том, что касается его болезни и лечения, тайн теперь нет!

Исследования социологов показывают, что многие врачи и сегодня ошибочно уверены, что неправда — на благо, а неполное информирование больного этически оправдано.

Кроме клятвы, у врачей существуют и этические кодексы, отличающиеся в разных странах, как и тексты врачебной клятвы, некоторыми деталями. Основные положения этих кодексов больным тоже полезно знать. Ввиду объемности, я не привожу текста ни одного из них, тем более, что отличия в отдельных



статьях иногда носят принципиальный характер. Например, не во всех странах кодексами учтено новое содержание понятия «врачебная тайна». Рекомендую читателям самостоятельно ознакомиться с кодексом врачей своей страны в библиотеке. При этом следует учесть, что в некоторых странах хирурги, дантисты и акушерки, кроме общеврачебного Кодекса, имеют собственные кодексы деонтологии.

Рассмотрим лишь две примечательные статьи из принятой в 1995 году новой редакции «Кодекса медицинской деонтологии» Франции — в целом документа довольно прогрессивного, одного из лучших на сегодняшний день среди аналогичных кодексов других стран.

**Ст.56. Медицинские работники должны поддерживать между собой отношения братьев по профессии. ... Врачи должны помогать друг другу в случае неудачи.**

А теперь поставим два вопроса. С кем у врача должны быть лучше отношения: с врачом-братом или больным-пациентом? И что значит «помогать в случае неудачи», если она выражается в инвалидизации или смерти больного по вине врача?

Конечно же, мы не встретим в Кодексах статей, обязывающих врача относиться к пациенту, как к брату или, хотя бы, как к кузену. В требование же «помогать» вполне укладывается не только моральная поддержка, но и круговая порука. Семейственность в медицине, как видим, закреплена на уровне закона.

Доктор Катар, следуя деонтологии, воздерживался от критики своих собратьев по профессии...

*М. Пруст. В поисках утраченного времени.*

И опять же, сами собой напрашиваются параллели между понятиями братства у врачей и у членов мафиозного клана.

**Ст.67. Врачу запрещается применять какие бы то ни было практические методы, направленные на снижение размера его гонораров с целью повышения конкурентоспособности. За ним сохраняется возможность предоставлять свои услуги в области медицины бесплатно.**

Очевидно, что в этой статье сохранение возможности бесплатной медицинской помощи — не более, чем ширма, чем красивая фраза — одна из тех, за которыми медицина прячет свое истинное лицо. Цель же здесь даже не скрывается — недопущение конкуренции и, следовательно, снижения цен на медицинские услуги. В конечном счете, уже одна эта статья дает «зеленый свет» дорогой и некачественной медицине.



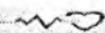
Хочу обрадовать читателя-врача тем, что аналоги ст.56 есть в этических кодексах врачей всех стран, а аналоги ст.67 — в кодексах всех стран, где здравоохранение существует на коммерческой основе.

Думаю, что читатели, исходя из приведенной информации, смогут определить для своего поведения при общении с врачами этические и нравственные рамки. В любом случае больные должны, на мой взгляд, руководствоваться принципами общечеловеческой цивилизованной морали. В концентрированном виде эти принципы изложены в Библии.

Кстати, библейская мораль обязывает человека относиться равно хорошо — как к брату — ко всем людям, вне зависимости от их профессии, материального положения, родственных отношений и т.д.

Сегодня для все большего числа людей становится очевидным, что коренная причина углубления кризиса мировой официальной медицины в том, что она базируется на материалистической философии.

Практические рекомендации больным, исходя из существующей ныне врачебной морали и применительно к некоторым конкретным ситуациям, я постараюсь дать по ходу дальнейшего материала.



## 5. ПРИЧИНЫ БОЛЕЗНИ

Думаю, читатель уже не сомневается в том, что медицина тяжело больна. Не сомневаются в этом и врачи, и медицинские чиновники. Так, к примеру, заместитель директора по науке НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко РАМН профессор А.Линденбратен (Россия) в одной из своих статей, имея в виду медицину, прямо пишет: «Надо ускорить лечение отрасли».

Кстати, этого уважаемого профессора я без всяких сомнений могу назвать доктором. Я был приятно удивлен его искренним стремлением очистить «авгиевы конюшни» медицины и честностью позиции. Доктор Линденбратен увидел многие причины кризиса, но, к сожалению, далеко не все. Это и понятно — «лицом к лицу — лица не увидать».

Врачи-чиновники постоянно перестраивают и «улучшают» медицинскую систему, или, говоря иначе, ее *лзчат*, но делают это не поставив толком диагноз. Ну что же, мы, больные, попробуем им в этом помочь.

Мы часто слышим от эскулапов: «Не занимайтесь самолечением». Почему же они применяют двойной стандарт и сами занимаются этим с таким упорством? Ведь несмотря на все их потуги, как мы уже убедились, состояние медицины не улучшается. Да по тем же самым причинам, по которым неподготовленный больной не может вылечить сам себя!

Здесь я должен сделать отступление и сказать, что не совсем разделяю отрицательное мнение врачей о самолечении и, более того, считаю, что иногда, в современных условиях, оно остается для больного последней надеждой. Но хочу подчеркнуть: самолечение должно быть подготовленным. Подробнее об этом мы поговорим в гл. 16. Чиновникам же от медицины я категорически запретил бы заниматься ее лечением по двум причинам. Во-первых, они не заинтересованы в прогрессивных реформах, а во-вторых, среди них просто нет необходимых для этого специалистов. Эти утверждения я постараюсь обосновать, но скажу сразу: наука доказывает, что медицину можем вылечить только мы, больные, то есть общественность. Прав, ох как прав был Наполеон, когда сказал, что к созданию новых артиллерийских орудий нельзя привлекать артиллеристов!

О корнях проблемы мы уже, отчасти, говорили в гл. 2. Это, прежде всего, наличие у врачей аморальных принципов, иду-



щих еще от пресловутой врачебной клятвы, а также изначальная закрытость медицины от широкой общественности.

Общество просто не заметило, что врачи поставили себя над ним, прикрываясь демагогическими заявлениями о том, что только специалист от медицины может разбираться в вопросах медицины. Они говорят нам: «Не суйте свой нос в чужой вопрос». Однако, строго говоря, медицина и здравоохранение — это не одно и то же, и работа системы здравоохранения подчиняется законам вовсе не медицинским. Но каким?

Существует раздел прикладной математики, исследующий работу систем, состоящих из множества взаимодействующих элементов — теория систем. На ее законах, в частности, базируется наука об управлении — менеджмент. Но, как известно, с математикой у врачей довольно туго и науке управления они, за редким исключением, не обучались.

Большинство руководителей (медицины. — А.Х.) не являются специалистами в области управления.

*А.Линденбратен. «Мед. вестник». Россия. 2001г.*

Группа руководителей российского здравоохранения в конце девяностых годов ушедшего века прошла в Великобритании при Манчестерском университете курс менеджмента. По высказываниям некоторых из них, то, что они там узнали, повергло их в состояние, близкое к психологическому потрясению. Чиновники поняли, сколь далеко отстояло их руководство медициной от действительно научного управления.

Но даже в тех странах, где менеджмент в медицине уже завоевал прочные позиции (например, США), научные методы управления встречают со стороны врачей колоссальное сопротивление. Почему? Да потому, что менеджеры начали расставлять все «по местам», в том числе и врачей.

В 80-х — 90-х годах в США, Великобритании и других странах, ставших пионерами внедрения медицинского менеджмента, на первом этапе реформы управления к руководству медициной были привлечены менеджеры «со стороны» — не имевшие прежде непосредственного отношения к здравоохранению. Очень скоро «прижатые» менеджерами врачи «запищали», что в медицине есть некая особая специфика, которая не позволяет использовать методы управления, с успехом применяемые во всех прочих сферах человеческой деятельности. Да, «специфика», несомненно, существует, но она совсем иного толка и читатель отчасти с ней уже ознакомился.

Поняв, чем им грозит наведение подлинного порядка в



здравоохранении, врачи-чиновники спохватились и срочно стали готовить медицинских менеджеров из своей среды. В результате революция в медицине не состоялась.

Теперь предлагаю вам глубже ознакомиться со «спецификой» медицины.

С точки зрения теории систем, медицина является частью замкнутой многоуровневой динамической системы «общество — медицина». Само собой разумеется, что если считать целью существования и развития медицины поддержание и улучшение состояния здоровья людей, то она должна быть объектом управления. Субъектом же управления должно выступать все общество в лице каких-то специальных институтов.

Выполняется ли это условие? Существуют ли необходимые общественные институты? Только в некоторых демократических странах есть их зачатки. Фактически же даже там медицинской управляют вышедшие из врачебной среды чиновники, никак все общество не представляющие и не имеющие никаких официальных стимулов к улучшению здравоохранения. Зарплата и социальный статус чиновника, впрочем, как и врача, не зависят от качества медицинского обслуживания. А ведь качество это может быть выражено в конкретных показателях. Скажем, в количестве вылеченных за какой-то период больных и в уровне смертности на обслуживаемой территории.

Конечно, с критериями оценки качества не все так просто, но ведь чиновники от медицины и врачи всячески тормозят их разработку. Почему? Потому, что это им не выгодно!

Большинство врачей избегают стандартизации оказываемых ими услуг, регламентации того, что вправе требовать пациент.

*Под знаком реформ». «Мед.вестник». Россия. 2001г.*

В последнее время, под давлением общества, врачи Украины и России как будто начали разрабатывать критерии качества медицинской помощи, но, на самом деле, речь идет только о стандартизации услуг. Качество трактуется только как предоставление определенного набора услуг. Вместо объективных критериев оценки результатов лечения нам подсовывают «медико-технологические протоколы лечения больных» — такое «мягкое» название врачи предлагают вместо понятия «стандарты медицинской помощи». Но дело даже не в названии, а в том, что больному такой-то болезнью по «протоколу» будет предоставлено одно, другое и третье..., а дальше «хоть трава не расти».



Иными словами, результаты такого «стандартизованного» лечения никого, кроме самого больного, как и теперь, волновать не будут.

Сейчас ни чиновники, ни врачи обществу не подотчетны. Лечущие учреждения и врачи не несут перед больными и обществом фактически никакой ответственности за плохое лечение и за врачебные ошибки.

Согласно теории систем, в замкнутой системе объект и субъект управления взаимодействуют посредством каналов управления и обратной связи. Посредством каналов управления субъект (общество) воздействует на объект (медицину), а по каналам обратной связи получает информацию о состоянии объекта [1,2].

Та же теория демонстрирует, что обрыв и каналов управления, и обратных связей однозначно и неминуемо ведет к разрушению системы.

В случае с медициной общество утратило, а точнее говоря, никогда не имело каналов управления при наличии каналов обратной связи. Иначе говоря, больные видят все безобразия медицины, но механизма воздействия на нее не имеют. Хотя, нет, один канал все-таки есть. Это, конечно же, бюджетное финансирование. Но достаточно ли этого, когда распределением поступающих средств занимаются все те же чиновники? Чьи интересы они отражают, о ком заботятся?

Социологам известно, что главной целью всякого неподконтрольного обществу чиновника является личная выгода, прежде всего, материальная. Такой чиновник всегда заинтересован в сохранении и расширении своей бесконтрольности и любые реформы «шьет на себя».

Из всего вышесказанного можно сделать весьма интересные выводы. Главный: система «общество — медицина» инвертирована, т.е. перевернута с ног на голову. Медицина является не объектом, а субъектом управления и управляет обществом, хотя, к счастью, и не во всех сферах. Инвертированы, соответственно, и каналы. Каналы обратной связи фактически используются чиновниками, как каналы управления.

На практике это выглядит примерно так. При формировании государственного бюджета врачи-чиновники объявляют обществу: «Вы видите как плохо мы вас лечим, сколь ужасны цифры медицинской статистики? Это от того, что нам не хватает средств. Дайте нам необходимую сумму и мы, проведя ре-



Ни один главный врач не пойдёт на сокращение штатов, поскольку ему это не выгодно... В (медицинских — А.Х.) учреждениях в последнее сокращения штатов стали появляться новые службы — отделы маркетинга и менеджмента, информационные и экономические.

*А.Линденбратен. «Мед.вестник». Россия, 2001г.*

Есть места, где врачей действительно не хватает, например, сельская местность. Но псевдореформы, естественно, обходят село стороной.

Интересно, что на всю Российскую империю в начале XX века было примерно 14 тыс. врачей. Это меньше, чем сегодня, скажем, в Киеве. Кстати, к началу 1901 года в Киевской губернии врачей всех ведомств, включая военное, было 660, при том, что население одного только Киева составляло 500 тыс. человек (сейчас ок. 2,5 млн.).

Понятно, что медицинским чиновникам выгодно, чтобы больных было больше, а статистика страшнее — всегда есть повод для увеличения штатов и финансирования. А больше финансирование — больше можно украсть.

Тезис о том, что болезнь легче и дешевле предупредить, чем лечить справедлив в отношении дешёвизны, а значит не выгоден.

*А.Линденбратен. «Мед.вестник». Россия, 2001г.*

Выгодно это и рядовым врачам. Больше больных — больше взятки, а там где оплата производится отдельно, в зависимости от количества принятых больных (есть кое-где и такое), больше оклады.

Прошу заметить, дорогие читатели, что медики не заинтересованы как в выздоровлении больных, так и в их смерти. Вряд ли если больные вымрут, то кто же будет кормить врачей? Но чем хуже состояние больного и чем дольше он болеет, тем больше денег можно с него «скачать».

Плохо было бы врачу, если бы никому не было плохо.

*Пословица.*

Из уже известного можно предположить, что, на самом деле, главной целью нынешней системы здравоохранения является не лечение больных, как это декларируется, а материальная выгода медицинских работников. Если это так, то в ней за многие годы должно было стихийно сложиться множество неформальных механизмов и связей, направленных на достижение такой цели. Этому во многом способствовало и



то, что «семена» неформальных отношений были вброшены еще в древности. Я имею в виду рассмотренные нами в гл.2 заботу врача о материальном благополучии учителя и семейственность (клановость) профессии. Мы не будем обращаться к системе медицинского образования — она мало отличается от прочих образовательных систем, за исключением, разве что, более выраженной семейственности. В поисках механизмов обогащения обратим наш взгляд на лечебные учреждения.

Сначала о взятках. В государственной медицине стимулами врача — к поборам, а больного — к подачкам выступают действительно низкая зарплата врачей и веками существовавшие между врачом и больным отношения. Ведь в то время, когда каждый врач еще не был «винтиком» системы, а имел частную практику, лечение было платным. С оформлением медицины в единую государственную систему в общественном сознании на уровне взаимоотношений врач — больной почти ничего не изменилось.

Больные интуитивно чувствуют, что «ничто хорошее бесплатно не бывает» и готовы платить.

То, что мы, больные, платим или преподносим в виде подарка врачу, как правило, и в нашем сознании и юридически, формально даже не подпадает под понятие «взятка». Ведь взятка — это когда берущий выдвигает какие-то условия за свои услуги, а дающий платит перед получением этих услуг. Здесь же нам условия известны заранее, без объявления. Лечить нас в общем-то никто не отказывается. Но вот будет ли результат? Оплата же за лечение выглядит как простое выражение благодарности. Впрочем, многие больные знают, что если «благодарность» не выражать достаточно часто и в определенном объеме, процесс лечения может застопориться.

Один врач жалуется другому:

— Пациенты пошли все какие-то неблагодарные.

— И не говорите, коллега. Если так пойдет и дальше, то нам с вами придется брать взятки.

По данным фонда ИНДЕМ, в России за 2001 год в бытовой сфере сумма взяток в области медицины занимает первое место и составляет, как минимум, 600 млн. рублей (ок.20 млн.долл.). Для сравнения: на втором месте взятки за поступление в вузы — 400 млн. (ок. 13 млн.долл.). При этом отмечается, что реальные цифры, возможно, в три раза выше.



Один больной — другому:

- Учти, что наш врач болен зеленухой.
- Краснуху знаю, желтуху знаю... Он что, позеленел?
- Нет, он подарков не принимает — берет только зелеными.

Я думаю читатель согласится, что система кое-как выполняет функцию лечения только благодаря неформальным отношениям на уровне врач — больной. Но это пол-беда. Особенно страшно то, что если раньше, вне системы, врач лечил бедного за меньшую плату, а иногда даже бесплатно, то сейчас он не хочет делать различий. Бедным — коих в Украине и в СНГ большинство — «благодарность» за лечение обычно не по карману.

Чем выше находятся врачи и чиновники на служебной лестнице, тем большую часть своих «левых» доходов они черпают из бюджета и меньшую — от поборов с больных. И наоборот... Но, в конечном счете, каждый получает свой «кусочек мамонтиятины». За многие годы сложилась некая система тарифов. Размер «куска» зависит от многих факторов и сильно отличается у разных категорий чиновников и врачей, но главное, иногда существенно превосходит официальную зарплату.



- Интересные наши врачи.
- Почему?
- Деньги от больных берут и говорят: «Не волнуйтесь».

По достоверным данным за 2002 год, в Украине при зарплате хирурга высшей категории в эквиваленте примерно 70 долл., фактический доход может превышать эту цифру в 10 и более раз. Анестезиологи берут за операцию взятку в размере своей месячной зарплаты.

Интересное исследование провела украинская общественная организация «Антикоррупционный форум» вместе с центром «Социс Гэллап». «Врачи ежемесячно платят мзду зав.отделением, тот — главврачу и т.д. В Киеве, чтобы получить должность врача, надо дать 500 у.е. Должность «главного» стоит в 20 раз дороже. ...10% медиков подтвердили, что качество мед.услуги напрямую зависит от стоимости подарка, но не считают сумму презента до 50 гривень (ок.10 у.е. — А.Х.) взяткой. 74% врачей возмущены: пациенты сами развращают их подачками.

..Треть опрошенных признались, что за продвижение по служебной лестнице им приходилось давать взятки. Чем выше статус медучреждения, тем больше на халатах «грязных» пятен.  
..Больше половины медиков никогда не станут бороться про-



тив взяточников-коллег»[26].

Вместе с тем нельзя не сказать и об «обиженных» категориях. К таким можно отнести тех, кто достаточно далеко отстоит как от бюджета по вертикали, так и от больных по горизонтали. Сюда входят, к примеру, врачи диагностических центров и отделений, поликлиник. Понятно, что больные, находясь в меньшей зависимости от них, бывают не столь благодарны, как хирургам или лечащим врачам стационаров. Но и здесь врачи находят весьма оригинальные пути к кошельку больного.

Например, в одном из диагностических отделений всем больным, в том числе и мне, предлагалось купить в аптечном киоске, находящемся этажом ниже, два одноразовых шприца по 50 копеек. Во время исследования одним шприцем больным вводили диагностический препарат. Теперь задачка с одним неизвестным: куда подевались вторые шприцы? Я думаю, вы уже догадались, что неформальные связи с аптекой позволяют смекалистому врачу и продавцу киоска иметь пусть небольшую, но стабильную прибавку к зарплате.

Несколько иным путем пошел другой «обиженный» новатор — заведующий рентгеновским отделением. Всех больных, проходящих на исследование в строго назначенное время, он ошарашивал вопросом: «Пленку принесли?» После, естественно, отрицательного ответа тут же следовало любезное предложение врача купить пленку у него за 10 гривен. Больные, конечно же, соглашались. Уже получив снимок, все желающие могли не без удовольствия узнать в аптечном киоске, расположенном при входе в больницу, что та же пленка стоит там 8 гривен.

Надо сказать, что неформальные связи некоторых врачей и чиновников с аптеками подчас иначе как дружбой и назвать-то нельзя. Медикаментам, поступающим по линии гуманитарной помощи, «лишним» (и не только) лекарствам и препаратам, закупаемым лечебными учреждениями для своих нужд, часто уготован совсем не тот путь, который изначально был предписан. Чтобы упростить дело, некоторые начальники пошли еще дальше и открыли собственные аптечные киоски на территории руководимых ими лечебных учреждений.

Широта мышления и предприимчивость медиков в том, что касается личных доходов, иногда просто поражает. Так, к примеру, начальник отделения одного из военных госпиталей по совместительству являлся, фактически, основателем коммерческой медицинской фирмы с иностранным капиталом. Офис же фирмы располагался на территории ведомого им отделения. И это при том, что военнослужащие по закону не имеют права заниматься коммерческой деятельностью.



Приходит врач к пациенту и говорит:

— У меня для вас две новости, хорошая и плохая. С какой начнем?

— С плохой.

— У вас гангрена обеих ног.

— А какая же хорошая?

— Я нашел покупателя на ваши кроссовки.

Впрочем, чему тут удивляться, если в том же госпитале ветеранам и инвалидам отказывают в положенном по закону бесплатном предоставлении необходимых лекарств, но, в то же время, в палатах «люкс» с так называемым «евроремонтом», сделанным за бюджетные средства, лечат за деньги больных, не имеющих никакого отношения к армии, но имеющих тугие кошельки.

Во многих «бесплатных» лечебных и диагностических учреждениях часть услуг делают платными, естественно, незаконно. Например, в большинстве киевских поликлиник всем, кому были назначены некоторые исследования и процедуры, предлагалось «добровольно» внести пожертвование в некий фонд развития медицины района, причем в виде четко означенной суммы.

А что же сельские врачи?.. Казалось бы, уж они-то что могут взять с беднейшего крестьянина? Здесь мне вспоминается рассказ, который я услышал от одной сельской женщины. В районе, где она проживает, одна врач обслуживает несколько сел. Из своего монопольного положения врач постаралась извлечь максимальную выгоду. При всяком удобном случае — по поводу и без повода — она напоминала всем в округе, что никого не боится. Ведь случись что — всегда придут к ней. И вообще, вела себя почти хамски. Так, неоднократно случалось, что проходя мимо огорода моей рассказчицы, врачаха спрашивала ее, к примеру: «Федоровна, а что, капуста у тебя уже поспела? А у меня вот что-то сидит на месте». Ясно, что в переводе это означало: «Федоровна, давай мне капусту, а то лечить не буду!» И приходилось давать. Таким образом монополистка обирала всю «подвластную» территорию.

— Доктор, меня преследуют мысли о самоубийстве.

— Тогда попрошу предоплату.

К чему я привел такое множество примеров? А к тому, что не слишком верьте крокодиловым слезам врачей, когда они говорят о низкой зарплате. К вопросу об их зарплате мы еще вернемся.



Теперь же я предлагаю взглянуть на проблему с несколько иной стороны. Посмотрим с позиций науки, на каких принципах осуществляется в медицине кадровая политика. Ведь в словах печально известного классика «кадры решают все», согласитесь, есть резон. А решают они если и не все, то очень многое.

В различных сферах человеческой деятельности, в том числе и в медицине, кадры на протяжении всей истории развития общества формировались как бы стихийно. Но в 80-х годах прошлого века появились математические модели, позволяющие отбирать, в том числе и кадры, формировать элитные группы и прогнозировать их развитие. Эти же модели показали, что кажущаяся стихийность формирования элит на самом деле подчиняется определенным математическим закономерностям. В СССР этой проблемой занимались доктор технических наук А.Ефимов и математик В.Кутеев. А.Ефимову принадлежит и первенство в применении полученных моделей к общественным элитам [3].

Элита, элитная группа — чисто научные термины, означающие совокупность элементов, в чем-то лучших, чем остальные. Кого во врачебной среде можно отнести к элите? По определению вполне логично считать, что таковой должны быть врачи, работающие в наиболее престижных и высоких по рангу лечебных учреждениях и медицинские чиновники всех уровней. Хотя ясно, что если подходить строго, то нет единой элиты, но есть много разнородных элит и элитных групп.

Большинство из нас всегда считало само собой разумеющимся, что на руководящую или просто более ответственную и потому лучше оплачиваемую работу выдвигаются лучшие представители профессии — самые знающие, опытные, порядочные, с задатками руководителя. Так ли это в медицине? Кто определяет — есть ли все эти качества у претендента на должность?

Считается (и в этом есть доля правды), что лучше всего сотрудника знает его непосредственный (ближайший к подчиненному) начальник. И действительно, в большинстве случаев оценка работника его непосредственным начальником является решающей при назначении. Но это чисто субъективная оценка!

При оценке подчиненного начальник (рекомендатель) произвольно принимает сам себя за некий эталон. В претенденте же на должность он видит либо своего преемника, либо — будущего сотрудника. И здесь кроме таких факторов, как лич-



ная симпатия и профессиональные качества, на первый план очень часто выступают семейственность, преданность и участие претендента в «кормлении» начальника. В том же, что касается только профессиональных качеств, обычно диапазон выбора определяется как «пусть и чуть хуже, лишь бы не намного лучше». Почему «не лучше»? А чтобы не «подсидел», чтобы самому не выглядеть дураком на фоне подчиненного.

Модель демонстрирует, что при описанных правилах приема в элитную группу (когда отбор производит начальник), через некоторое время, после многократных шагов по отбору членов группы и замене ее руководителя на одного из членов группы (а это процесс естественный), и сама группа, и ее «шеф» деградируют неудержимо. Даже если изначально все члены группы и ее начальник были выдающимися, преданными декларируемым целям личностями, через некоторое время группа будет состоять из их полных антиподов, т.е. худших из худших.

А.Ефимов приводит классический, на мой взгляд, пример воздействия способа формирования элиты на ее судьбу. Монашеский орден францисканцев был основан Франциском Ассизским как орден аскетов-подвижников, чтобы вести работу по поддержанию веры среди бедняков. Но через некоторое время после смерти своего основателя орден, оставив идею нищенствования, превратился в банкира католической церкви!

Мне же вспоминается другой пример из истории, а именно трансформация Мальтийского ордена госпитальеров, первоначально ставившего целью оказание медицинской помощи раненым и больным, во влиятельнейшую военно-политическую организацию. Надеюсь, что наша медицина до этого не дойдет.

Мы уже знаем, что объективных критериев оценки качества работы врача в медицинской системе не существует. Больные могли бы, конечно, рассказать о своих лечащих врачах более, чем кто-либо другой. Но они-то как раз полностью отстранены от оценки врача. Отстранены от оценки и его коллеги по работе. Таким образом, именно описанная выше модель «претендент — рекомендатель» работает в здравоохранении «на полную катушку». А это значит, что за долгие годы существования медицины как государственной системы врачебные элиты трансформировались в клики.

«Клика» — понятие из математической теории игр. Это группа участников игры с общими интересами, чьи связи между собой явно не заданы. Противоположность «клики» — «коалиция»: группа с ясными, формально заданными связями. Любое иерархически устроенное руководство должно выглядеть как



коалиция благодаря жестко заданным формальным связям. Но в деградирующих элитах идут два процесса — ухудшение моральных и деловых качеств и укрепление личной взаимозависимости. Так в медицине теряют свое значение связи и личные качества, существующие для обеспечения лечебного процесса, и усиливаются связи и личные качества, способствующие удовлетворению личных интересов.

Если из элитной группы в первую очередь выбывают лучшие, то система является системой с отрицательной обратной связью. В этом случае группа деградирует очень быстро. Но именно отрицательная обратная связь имеет место при существующей кадровой политике в медицине. Начальник-рекомендатель (на первом этапе — лучший представитель группы) идет на повышение, а его место занимает один из подчиненных.

Из теории систем известно, что системы с отрицательной обратной связью очень устойчивы. На этом основании А.Ефимов высказал гипотезу, что деградирующие элитные группы, заканчивая эволюцию, превращаются в очень устойчивые клики.

Если это так, то сравнение многими больными медицинского сообщества с мафиозным кланом отнюдь не выглядит сильной натяжкой.

Нарисованная картина будет выглядеть однобоко, если не сказать о том, что существуют и элитные группы с положительной обратной связью. Такие примеры можно найти в спорте. Из сборной команды, как правило, всегда первыми выбывают наихудшие. А в спорте с фиксируемым результатом эталоном является зачетный показатель. При этом формирование элиты практически никогда не связана с родством, преданностью тренеру и т.п.

Блестящее подтверждение точности упомянутых математических моделей можно проиллюстрировать известным всем футбольным фанатам событием именно из области спорта. Модели доказывают, что чем выше относительный уровень качества удаляемого из элитной группы члена, тем быстрее она деградирует. А теперь вспомните, как ударила по киевскому футбольному клубу «Динамо» «продажа» его безусловного лидера А.Шевченко в итальянский «Милан». Руководство клуба ожидало, что команда станет играть хуже, но даже представить не могло — насколько.

В завершение темы элит постараюсь ответить на, возможна, возникший у вас вопрос: «А как же тогда объяснить то, что в верхи медицинской иерархии попали такие



прекрасные люди и выдающиеся врачи, как, например, Н.Амосов или А.Шалимов?» Теория и здесь дает ответ.

Во-первых, в работе любой динамической системы могут быть сбои. Не исключено, что именно «сбоями» и объясняются случаи «прорыва» уважаемых академиков в верхние уровни элиты.

Во-вторых, что более вероятно, здесь сыграл роль фактор так называемой «прополки». «Прополкой» А.Ефимов назвал изъятие из элитной группы ее членов по каким-то критериям. При прополке могут изыматься как наихудшие, так и наилучшие элементы. Пример с А.Шевченко — типичный случай прополки по последнему варианту, а увольнение с работы, к примеру, прогульщика и пьяницы — по первому. Оказывается, могут существовать периоды в развитии элит, когда прополка становится решающим фактором в их формировании. Так, во время войны, как это ни кощунственно звучит на первый взгляд, происходит естественный процесс отсева худших руководителей. Именно по этой причине СССР получал после войн (и Гражданской и Отечественной) молодых талантливых маршалов, министров, директоров. Когда угроза Отечеству исчезает, главным формирующим фактором вновь становится личная преданность — элита пропалывается наоборот.

Если теперь мы обратимся к фактам из личной биографии Н.Амосова и А.Шалимова, то узнаем, что они оба начали свою медицинскую карьеру незадолго до начала Великой Отечественной войны, оба в годы военного лихолетья получили громадный практический опыт. Стремительный карьерный рост *обоих начался именно после войны*, что как раз и объясняется тем, что во главе медицинской элиты всех уровней в то время оказались действительно хорошие руководители, отбравшие, в свою очередь, хорошие кадры. Но минули мирные десятилетия, Н.Амосов недавно ушел из жизни, А.Шалимов давно перешагнул пенсионный возраст, а новых фигур такого же масштаба на горизонте не наблюдается. Все просто — для хороших врачей «эскалаторы карьеры» остановились.

Когда-то выдающийся педагог и воспитатель А.С.Макаренко главным своим воспитательным принципом сделал такой: «в коллективе, для коллектива, через коллектив». И это не случайно, т.к. социальной психологии давно известно огромное влияние коллектива на формирование личности. Именно благодаря этому принципу А.Макаренко удавалось перевоспитывать развращенных улицей беспризорников в приличных людей.

А теперь скажите: кого может воспитать медицинская

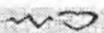


клика? Если вам неоднократно приходилось иметь дело с молодыми врачами, то вы не могли не заметить, что обычно они чем-то разительно отличаются от «старых волков». И отличие это явно не только в возрасте и отсутствии опыта. У многих вчерашних студентов четко просматривается вера в чистоту медицинских идеалов и искреннее желание помочь больному. Но посмотрите на такого врача-идеалиста лет через пять—десять и вы не увидите в нем и тени высоких помыслов. Почему? Да потому что, попав в окружение клики, он был вынужден принять действующие в ней «правила игры». А правила эти мы уже знаем. Принцип «играй по нашим правилам или убирайся» в коллективах действует жестко.

Таким образом, кроме условий отбора, влияющих на состав группы и учитываемых моделями, несомненно присутствует еще и фактор «порчи» случайно попавшего в группу хорошего элемента. А это также ускоряет деградацию группы. Понятно, что в группе с положительной обратной связью вместо «порчи» может иметь место улучшение.

На основании того, что нам уже известно о болезни медицины, попробуем поставить ей точный диагноз. Если прибегнуть к аналогии, то вполне можно сравнить каждого члена медицинского сообщества с клеткой биологического организма. Здоровы клетки — здоров организм. Если в здоровом организме возникают клетки с нарушенными функциями, они уничтожаются. Если же больные клетки начинают стихийно размножаться, поражая здоровые ткани — это раковая опухоль. Особенностями раковых опухолей является то, что они не выполняют в организме никаких полезных функций, усиленно потребляют для своего роста питательные ресурсы и являются, по сути, бессмертными, т.к. в клетках, их составляющих, нет механизмов, ограничивающих продолжительность жизни.

Но разве не этим и занимаются и медицинские клики — сообщества больных клеток? И не вспоминаются ли вам сами собой слова «мафия бессмертна»? Вывод вполне очевиден: медицина стала раковой опухолью на теле общества! Впрочем, в больном обществе, она может быть только одним из метастазов. Рак же, особенно в поздней стадии, лечится, как правило, хирургически! Опухоль просто удаляют. Иначе говоря, необходимо полное разрушение существующей системы здравоохранения и построение новой, на других принципах. Конечно же, эти процессы должны идти параллельно. Рак, как известно, если его своевременно не лечить, убивает. И здесь я далек от аллегорий, ибо сегодня медицина убивает людей более нежели лечит.



Теперь, когда врачи, дочитавшие книгу до этой строки, возможно ругают меня последними словами, а психиатры даже подыскивают в своем арсенале диагноз для автора, самое время сказать, что они тоже страдают при существующей системе. Не все, конечно, но большинство — точно. Ведь та нездоровая нравственная атмосфера, в которой они работают, конечно же, сказывается на нервах. А нервы, как говорят сами врачи, первопричина всех болезней. Талантливый и честный врач не может считать нормальным, когда дорогу к профессиональному росту ему переходит бездарный коллега-подхалим или родственник какого-то начальника. И, самое главное, врач должен получать достойную зарплату, а не прибегать для обеспечения своего достатка к массе аморальных и противозаконных ухищрений. Рядовые врачи, конечно же, прекрасно видят, как жирует за их счет антиэлита и это не может их устраивать.

Мы с вами уже много знаем о болезни медицины, но еще не касались **фатальных причин** перманентного кризиса здравоохранения! Думаю, что это как раз то, что врачи пытаются представить как «специфику».

Представьте себе такую ситуацию. У вас в ванной протекал кран и вы вызвали слесаря. Слесарь потребовал деньги за работу вперед, перевернул в кране старую прокладку другой стороной и ушел. Через день ваш кран снова протек. Вы опять вызвали слесаря и потребовали возврата денег. На что он возразил, что взял деньги не за прокладку, а только за работу — за то, что приходил, крутил гайки, тратил свое рабочее время.

Вы, конечно же, скажете, что этот слесарь — мошенник, и будете правы. Вы, возможно, скажете также, что такая ситуация маловероятна, что сантехники, несмотря на их «добрую» репутацию, денег вперед не берут и прокладки старые на новые меняют, причем хозяин квартиры может наблюдать за «процессом».

Но именно описанная выше ситуация, по сути, имеет место при лечении в большинстве случаев. Причем больные уже настолько к этому привыкли, что не замечают мошенничества врачей и считают плату за невыполненную работу, и даже предоплату за работу, которая либо будет сделана — либо нет, само собою разумеющейся.

.....  
Приходит сантехник к врачу с больным горлом. Тот посмотрел горло, дает больному порошок и говорит:

— Попринимайте недельку. Если не поможет — позвоните.

Через месяц засорилась у врача раковина и к нему по вызову пришел тот же сантехник.

— Ну что, — спрашивает врач, — помогло вам мое лекарст-  
.....





— Нет, — отвечает тот, — лечился народными средствами.  
 Посмотрел сантехник раковину, насыпал в середину какой-то порошок и собирается уходить.  
 — Как, и это все? — спрашивает врач.  
 — Пока все, — отвечает сантехник. Если не поможет — через недельку позвоните.

Конечно же, такое положение было не всегда. Если бы уже известный нам Первый Врач вместо того, чтобы вытащить у Первого Больного занозу, загнал ее еще глубже, он вряд ли получил бы в награду кусок мамонтияны — скорее оплеуху.

Работа врачей может считаться выполненной полностью только в одном из четырех случаев.

1. Полное излечение болезни.
2. Улучшение состояния больного при невозможности излечения.
3. Поддержание стабильного состояния больного, при невозможности его улучшения.

4. Ухудшение состояния или даже смерть больного при условии, что врачи правильно и до конца боролись за его жизнь, но медицина оказалась бессильна.

Если работа врачей не укладывается ни в один из этих пунктов, их труд не должен оплачиваться! Врачи могут сколько угодно «крутить гайки», но если нет результата — не может быть и оплаты.

Я думаю, что читателю несложно представить, как все кардинально изменится при воплощении этого принципа на практике. Конечно же, тут есть некоторые сложности, но они, я уверен, разрешимы. В некоторых европейских странах, в частности в Нидерландах, правительства уже взяли стратегический курс на реализацию этого принципа, несмотря на то, что это, как ожидается, приведет к социальной напряженности из-за сопротивления врачей.

Гарантированное вознаграждение врачей, вне зависимости от результатов их работы, я назвал **первой фатальной причиной** кризиса медицины.

Удивительно, но только с появлением страховой медицины специалисты страховых компаний обратили внимание на вопиющий факт. Здравоохранение **во всем мире** — единственная отрасль экономики, где продавцы услуг (врачи) диктуют покупателям (больным), неразбирающимся в медицинских услугах, их объем и качество! Они же, добавлю, сами оценивают и качество лечения! В этом и состоит, на мой взгляд, **вторая фатальная**



**причина кризиса.**

Мировая общественность наконец-то добилась от медиков признания за больными права свободного выбора лечащего врача. Однако во всех странах это право пока остается фактически пустой декларацией. Больным не предоставляется никакой информации, могущей служить критерием для выбора не только врача, но и лечебного учреждения. Каждый врач является для больного «котом в мешке». А ведь зная, что у одного врача, к примеру, за последний год 50 положительных отзывов больных, а у другого — ни одного, но есть пять умерших, вы, несомненно, выберете первого. Второй же — при правильной постановке дела в лечебном учреждении — будет вынужден сначала удешевить свои услуги, а не заработав «баллы» и на низкой ставке, оставить профессию врача. Кстати, сейчас в мире нет безработных врачей! Вам это, конечно же, о чем то говорит? Ситуация с выбором лечебного учреждения фактически аналогична, а в государственной медицине даже хуже.

 Сидит врач в подземном переходе с табличкой «подайте безработному врачу на пропитание». Никто не подает ни копейки, но каждый день возле него останавливается мужик, смотрит минут пять, потом бросает врачу сто рублей и уходит. Однажды врач не выдержал и спрашивает мужика:

— Почему вы так щедры ко мне? Наверное я когда-то вылечил вас или кого-то из ваших близких?

— Нет, — отвечает тот, — просто я балдею от этого зрелища.

Отсутствие истинной свободы выбора врача и лечебного учреждения я считаю **третьей фатальной причиной** кризиса медицины.

Только в 2001 году и пока что только в США Министерство здравоохранения и социальных услуг начало готовить новые Правила, согласно которым застрахованные пациенты будут вправе получать достоверную информацию о врачах, совершивших медицинские ошибки, о соответствии их квалификации установленным профессиональным стандартам.

Согласно нынешним правилам, такие сведения могут быть сообщены пациенту советом медицинских экспертов только при подаче им жалобы и только с согласия самого врача!

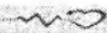
Рассмотренные нами причины — три «кита», на которых твердо стоит плохая медицина. Отсюда вытекают почти все ее грехи. Без их устранения **никакие** реформы не приведут к нормальной, удовлетворяющей общество по всем параметрам ра-



боте системы здравоохранения!

Пока же общественностью были предприняты реальные попытки убрать только вторую причину, как самую очевидную и вопиющую. Для ее устранения (как и двух других, между прочим) между врачом и пациентом должно стоять третье лицо, которое может компетентно оценить объем, качество и стоимость медицинской помощи. Во многих странах, в том числе в Украине и России, таким лицом, согласно закона, стали страховые компании. Но может ли в действительности страховая компания быть беспристрастным и объективным арбитром? К этому вопросу мы еще вернемся.

А сейчас давайте вспомним, сколько усилий потратили врачи на представление себя героями, мудрейшими, святыми и т.д. Теперь, я думаю, читателю стали очевидными еще две цели строительства лжеавторитета. А именно — уход от контроля и ответственности. Ведь героям и ученым люди доверяют почти безгранично, не говоря уже о святых. Причем благодаря «авторитетности» врачей и медицины обе цели, опять же, достигнуты, как на уровне отношений системы здравоохранения с обществом, так и на уровне отношений врача с пациентом.



## 6. КУДА ПОЙТИ ЛЕЧИТЬСЯ?

### Лечиться даром — даром лечиться

Эта шутливая пословица, в общем-то, адекватно отражает настроения в медицинских кругах. Это именно тот случай, когда в шутке есть доля шутки. И нам, больным, совершенно не смешно, особенно если в кошельке «гуляет ветер», а здоровье — хуже некуда.

Ни для кого не секрет, что в странах СНГ (и не только в них) на самом деле существует не одна, а несколько medicin. В Украине и России их, как минимум, три. Одна — для большинства (бедных), другая — для среднего класса (ведомственная), третья — для высокопоставленных чиновников и богатых. Излишне задавать вопрос: «какая из них лучше?»

Конечно же, такое положение уже само по себе ненормально. Страны развитой демократии имеют одну медицину — одинаково хорошую для всех (в сравнении с нашей, конечно, а в действительности — тоже плохую). Мы же, пока что, должны исходить из существующего положения вещей и идти лечиться туда, куда позволяют наши возможности. Но и в этом случае у любого больного есть выбор.

До сих пор мы говорили, в основном, о медицине государственной. Но ведь уже существует довольно широкая сеть частных лечебных заведений. Причем период их работы достаточен для анализа деятельности и каких-то выводов. Справедливо ли бытующее и даже навязываемое обществу мнение о коммерческой медицине, как безусловно лучшей? Попробуем в этом разобраться.

Начнем с кадрового вопроса. Что говорит практика? Она свидетельствует, что ошибаются те, кто считает, что квалификация врачей, работающих в коммерческой системе, всегда выше, чем в государственной. И это вполне объяснимо, т.к. обе категории врачей заканчивали одни и те же учебные заведения. В коммерцию же ударились, в первую очередь, не самые лучшие, а те, кто имел больше возможностей. Возможностей же больше имели представители антиэлит государственной системы, как имеющие наиболее сильные неформальные связи и большие финансовые ресурсы. Не забудем также и их личные «пробивные» качества: амбициозность, угодливость, хитрость, нахальство и т.п.



Почему антиэлиты бросились в коммерцию? Ответ вполне очевиден. В частную медицину пошли те, кто рассчитывал увеличить свои доходы. Однако, понимая, что «за просто так» больные платить не хотят, медицинские предприниматели были вынуждены искать и приглашать специалистов действительно способных лечить. Но все таки, по моим наблюдениям, «рефлекс семейственности», привычка к клановости и здесь взяли верх над заинтересованностью в качестве лечения. Вместо действительного качества «частники» достали из своего багажа старые и изобрели множество новых способов обмана больных.

.....  
 Пospорил украинский врач с американским — чья медицина лучше.

— У нас, — говорит американец, — если пациент платит, то получает любое желаемое обследование, лечение... Ну, короче говоря, «заказывает музыку».

— Ну-у, это у вас дискриминация! — отвечает украинский врач. — «А вот у нас, в Украине, платит пациент или не платит — все равно — может заказывать музыку!»

Больные подчас платят большие суммы, но не вылечиваются. К этим способам мы еще вернемся. Говоря же далее о кадрах, хочу сказать, что некоторые врачи «средней руки» нашли третий путь. Такие «последователи Труффальдино» успевают работать на двух хозяев — государство и частную клинику — ничуть не хуже бергамского слуги. Лично я знаю нескольких таких врачей.

Резюмируя, скажу, что пока не вижу в кадрах двух систем сколь-нибудь существенных различий. Но каков прогноз? Думаю, что в обозримом будущем такое положение сохранится. И причина здесь в том, что в коммерческой системе, при отсутствии механизмов общественного контроля и воздействия, единственным критерием успешности работы врача и всего заведения является их прибыльность. Она же сегодня абсолютно не зависит от качества лечения, но зависит от способности врача «качать» с больных деньги. Эта способность и становится главным критерием оценки кадров частной клиники. Принцип «претендент — рекомандатель» действует и в коммерческой системе.

.....  
 — Доктор, вы выписали мне счет?

— Нет, вы еще слишком нездоровы для этого.

Как правило, все существующие на сегодня в странах СНГ частные клиники, очень небольшие, с малым штатом сотруд-



ников. Этот штат обычно столь мал, что кроме ближайших родственников основателя — хозяина клиники — не позволяет включить в него никого другого. В том же, что набираются, прежде всего, родственники и очень близкие друзья, я думаю, вы не сомневаетесь. Ну а учитывая, что почти все основатели — представители врачебной клики, сделайте выводы сами.

Хочу дополнить картину тем, что многие частные клиники для придания себе видимости солидности стремятся иметь в штате одного-двух «свадебных генералов» — врачей, имеющих какую-нибудь ученую степень.

Именно такие часто работают сразу в двух системах — в государственной — ради пенсии, сохранения и расширения неформальных связей, получения новых ученых званий и т.п., а в частной — ради основного заработка. В какой системе они старательнее? Это риторический вопрос.

Больше того, некоторые из них до того обнаглели, что «отбывая номер» на государственной работе, не консультируют больных, но сообщают, где и когда они же консультируют платно. Именно так действует известная мне заведующая пульмонологическим отделением одной из киевских больниц.

Но давайте же посмотрим на выполнение коммерческой системой лечебной функции. Предположим, что некая частная клиника «К» лечила больного от болезни «Б». Больной стал чувствовать себя значительно лучше. По рекомендации врача он прошел дополнительное обследование, которое показало, что у него есть еще две болезни — «В» и «Г», которые тоже желательно бы полечить. Больной успешно прошел еще один курс лечения и вот, уже совершенно здоровый, рассказал своей семье и знакомым о том, как прекрасно лечат в «К». Вдохновленные его рассказом, больные члены семьи и знакомые дружно идут в «К» лечиться. Доходы «К» растут. Красивая картина? Была бы такой, если бы не две «мелочи» — наш больной не знал, что не был болен болезнями «В» и «Г», а болезнь «Б» через месяц после лечения вернулась в своем прежнем виде.

Фантастика? Нет, совершенно типичный и, более того, почти полностью повторяющий историю, произошедшую с автором этих строк, случай. В периодической печати неоднократно описывались подобные истории. А я «попался на удочку» еще будучи неопытным.

Хирург — ассистенту перед операцией:

— Каково состояние больного?

— 10 миллионов долларов.

— Тогда начнем...



В той же клинике, где меня «лечили», уже поняв что к чему, я имел небольшой разговор с молодой женщиной и ее матерью. Первая страдала невынашиваемостью беременности и уже имела два выкидыша. Оказалось, что ее лечат от «медленных» инфекций и она, после курса лечения уже третьей из найденных у нее болезней, пришла сделать контрольный анализ. Бедняжка, «вылечив» две инфекции, потратила уйму денег на лекарства и анализы, и была очень бледной — видимо от огромного количества принятых антибиотиков. Я рассказал им вкратце о своем «лечении» и посоветовал обратиться в другое лечебное заведение.

Вы, конечно, уже поняли, что для «выбивания» денег из больного и привлечения клиентов врачи вовсе не обязательно должны их вылечивать. Чтобы успешно лечить, необходимо иметь стремление к этому и знания, но этого у антиэлиты как раз и нет.

Многие коммерческие клиники, пользуясь беззащитностью больного перед медициной, работают, главным образом, над созданием иллюзии лечения и делают все, чтобы больные обращались к ним снова и снова. К тому времени, когда больной «прозреет», он, как правило, успевает расстаться с крупной суммой. Но обычно деньги заканчиваются раньше, чем наступает «прозрение».

Некоторые клиники, чтобы избежать ответственности и не терять репутацию, даже не берутся за лечение, а занимаются только диагностикой, причем условно гарантированной. То есть имеют конечный перечень болезней, которые могут диагностировать. В основном это различные инфекции, в том числе и широко распространенные — «медленные» или TORCH-инфекции. Благо, что современные диагностические средства очень развиты в этом направлении.

Причем неформальные связи частников с чиновниками государственной системы активно используются для сохранения за фирмами монополии на определенные прибыльные виды деятельности. Так, серологические методы анализа и многие биохимические исследования крови — фактически основа современной диагностики — не проводятся даже в большинстве крупных киевских государственных клиник. Хотя, по сути, для этого нужны не очень большие средства.

Если проанализировать деятельность частных лечебных заведений, то нельзя не заметить, что большинство их удовлет-



воряет следующим условиям:

- не требуют больших капитальных вложений;
- не требуют большого штата сотрудников;
- не занимаются лечением больных, имеющих тяжелое заболевание или состояние;
- берутся лечить только легко диагностируемые и очень распространенные болезни, с хорошо разработанными, эффективными схемами лечения;

Видимо, ограниченностью семейных кругов и небольшим перечнем «удобных» для лечения болезней и объясняется тот факт, что частных ЛУ великое множество и почти все они — карликовые.

Появился даже такой феномен, как «клиника одной клизмы» — ЛУ, вся деятельность которого построена вокруг аппарата для промывания кишечника, представляющего собой, по сути, немного усовершенствованную кружку Эсмарха. Процедура эта гарантированно полезная и без побочных эффектов практически для всех. Каких-то серьезных знаний от персонала не требуется, а отсутствие нежелательных последствий снимает проблему ответственности врача. Один сеанс «голливудского» промывания кишечника стоит в Киеве примерно от 15 у.е. Аппарат не простаивает. Да, по всему видно, «клизменные» врачи нашли в этой деятельности свой идеал.

Первой в СССР на «хозрасчетный», т.е. платный принцип работы перешла дерматовенерология. Считалось, что в венерических болезнях больной «сам виноват», а значит — «пусть платит». Но даже если бы это всегда было так в отношении болезней венерических, то при чем здесь кожные заболевания?

В начале XIX века в царской России во многих губерниях медпомощь была бесплатной для всех. А в Москве бесплатно лечились острозаразные, **венерические** больные и дети.

По признанию преподавателей медицинских вузов, сегодня чуть ли не каждый второй выпускник рвется в дерматовенерологию. Одна из причин этого в том, что в этой отрасли медицины, исходя, видимо, из приведенного выше рассуждения (уже самого по себе аморального), дан «зеленый свет» коммерциализации. Другие причины, по-моему, точно подмечены в этом анекдоте.

Один врач спрашивает у другого:

— Почему ты выбрал специальность дерматовенеролога?

— Понимаешь, мои больные не будят меня среди ночи, редко умирают и никогда не выздоравливают.



Можно сказать, что коммерческая система «снимает сливки» с медицинской практики, что, в свою очередь, пагубно сказывается на системе государственной. За одну и ту же работу врачи двух систем получают несопоставимо разную зарплату. От этого страдает и без того нездоровая моральная атмосфера. Нередка практика, когда частными фирмами совершенно бесплатно и, конечно же, незаконно используется материальная база государственных клиник. Существуют и другие прямые и косвенные каналы перетекания государственных бюджетных средств в частную сферу.

Нельзя не сказать, что, по официальным данным на 2001 год, оплатить стоимость лечения могут не более пяти процентов населения Украины. При существующем способе сосуществования двух систем здравоохранения, отсутствии механизмов государственного и общественного контроля медицины и защиты больных, коммерческая система, как отпочковавшаяся от порочной государственной — метастаз раковой опухоли.

«...Конкурировать на рынке могут только собственники рабочей силы, продуктов труда, средств производства. Когда все казенное, государственное — рынок будет лишь игрушкой или прикрытием разграбления казны и общества, что мы сегодня и наблюдаем».

*В. Селюнин, российский экономист.*

Однако надо честно признать, что за те немалые деньги, которые больные платят врачам коммерческой системы, последние поступились некоторыми своими привычками. Например, почти исчезла грубость, и даже появилась некоторая вежливость. В холлах и кабинетах присутствуют определенный комфорт и чистота. Врачи стали лучше следить за своим внешним видом.

Коммерческая медицина, как уже говорилось, вырвалась вперед, а иногда является просто монополистом в отдельных видах услуг, в частности, в некоторых видах диагностики. Вот, пожалуй, и все преимущества.

Но каков же ответ на вопрос, вынесенный в название этой главы? Вы уже поняли, что большинство заболеваний «фирмачи» просто не лечат. Если у вас именно такое заболевание — готовьтесь к борьбе с врачами гос. системы. Но если перед вами встает проблема выбора, не спешите, даже если позволяют деньги, сразу отдавать предпочтение частной медицине.



Врач — пациенту:

— Нет денег? Идите в первую поликлинику!



Во-первых, если диагноз вашей болезни не совершенно очевиден для вас и врача, как, к примеру, очевиден перелом конечности, постарайтесь подтвердить его обследованием в обеих системах.

Во-вторых, сначала посмотрите, кто вас будет лечить в гос. системе. Вам может повезти на врача, тем паче, если еще есть и выбор.

В-третьих, небольшая «благодарность», в сравнении с оплатой частных врачебных услуг, может сделать врача государственной системы даже более старательным и внимательным, чем «фирмача».

Приходит пациент в бесплатную клинику и говорит врачу:

— Здравствуйте, бесплатный доктор!

— Здравствуйте, безнадежно больной пациент, — отвечает врач.

И последнее. Если вы обладаете достаточными средствами, а заболевание ваше серьезно, не искушайте судьбу — езжайте лечиться в страну, где уровень медицины значительно выше.



## 7. СТРАШНАЯ СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНА

Я подумал, что раз уж взял на себя смелость попытаться раскрыть причины и характер болезни медицины, то должен идти дальше. Ведь известно, что критиковать всегда легче, чем предлагать что-то конструктивное. Будучи реалистом, я не питаю особых надежд на то, что медики, ознакомившись с моей концепцией реформы здравоохранения, дружно возьмутся претворять ее в жизнь. Я не думаю также, что мое видение реформ является единственно верным, считаю свою концепцию только одной из множества возможных и предметом для обсуждения. Но, вместе с тем, я надеюсь, что данная глава поможет хотя бы отчасти реализовать право общественности на реформирование медицины. Кроме того, она может представлять практический интерес для читателя, т.к. даст возможность убедиться, что большая часть реформ медицины — в действительности хорошо прикрытый преднамеренный обман, понять в какой системе предстоит лечиться, а значит не питать напрасных иллюзий и ожиданий, реалистично подходить к процессу своего лечения, а если есть возможность, оптимально выбрать и место лечения.

Попробую сформулировать некоторые общие принципы на которых, по моему мнению, должна строиться медицина, а заодно предлагаю рассмотреть тот фундамент, на котором уже возводят в некоторых странах СНГ, в том числе в Украине и России, здание очередных медицинских псевдореформ.

Начну с последнего. Как и положено реформаторам, медицинские чиновники, выбирая модель будущей системы здравоохранения, обратили свой взгляд на те страны, в которых уровень медицинского обеспечения населения наилучший. Это, конечно же, США, Канада, Япония, страны Западной Европы, Израиль. Споры нет — там медицина стоит на порядок выше, чем, у нас, в СНГ. Но значит ли это, что она полностью удовлетворяет их население? Нет!

По данным американской печати, в США ежегодно в результате медицинских ошибок безвременно умирают от 50 до 100 тысяч больных, регистрируются сотни тысяч жалоб на низкое качество услуг, недоступность записей о ходе своего лечения. По данным журнала «Saturday review», там же ежегодно делают до 2,5 млн. ненужных операций общей стоимостью 3,5



млрд. долларов. И это в стране, которая считается мировым лидером в области медицины! Что уж тут говорить о других...

К этому остается добавить, что средней американской семье приходится тратить на медицинское обслуживание и страхование около четверти семейного бюджета. И это при том, что доля расходов на медицину в ВВП США составляет 13,5%. (Япония и Зап. Европа — около 7%; ВОЗ рекомендует 6%). Не случайно газета «Saint-Luise Post dispatch» назвала существующую в настоящее время в США систему оказания медицинской помощи национальным позором.

Великобритания, Франция, Италия, Нидерланды постепенно уходят от классического рыночного здравоохранения, усиливая роль государства и сохраняя, вместе с тем, страховую систему.

Равняясь на США, врачи-реформаторы в странах СНГ видят будущую медицину, прежде всего, столь же дорогой. Но почему так велика плата американцев за столь сомнительное качество? Ответ лежит на поверхности. Во-первых, значительную часть средств забирают себе за посредничество страховые компании. А во-вторых, сегодня в США труд врача является, наряду с адвокатским, чуть ли не самым высокооплачиваемым. Именно это и привлекает, в первую очередь, врачей СНГ в американской медицине, а не качество лечения больных. К такому выводу я пришел, изучая по материалам периодической медицинской печати, чем «живут и дышат» сегодня врачи России и Украины.

Вообще же, как мы уже знаем, врачи никогда и нигде не входили в категорию беднейших слоев населения, скорее наоборот. Но от чего же, в конечном счете, зависит денежное вознаграждение врачей и насколько обоснованы их материальные амбиции — быть самой высокооплачиваемой частью населения?

Для ответа на этот вопрос самое время обратиться к современной экономической теории, так как стоимость медицинских услуг, как и всякого товара, подчиняется экономическим законам. Странно, но только в конце XX века к экономистам пришло полное понимание того, от чего в действительности и в конечном счете зависит стоимость товара (услуги). А она зависит от того, сколько готов платить покупатель и за сколько готов продать товар (услугу) продавец. Это же, в свою очередь, зависит только от культурных (в широком смысле) потребностей людей. Или, иначе говоря, от совокупности их ценностных представлений.



Например, когда колонизаторы выменивали стеклянные бусы на золото у племен Нового Света, они ошибались, думая, что ловко обманывают «дикарей». Ведь и те, и другие были довольны обменом, и еще не известно — кто больше.

А чему равна стоимость того же золота в глазах людей, потерпевших кораблекрушение и оказавшихся на необитаемом острове? Клич «полцарства за коня!», по-моему, является классическим подтверждением правильности именно такого принципа ценообразования. Ну и, наконец, спросим себя: «А почему за одну и ту же работу врачи США и СНГ получают столь несопоставимую зарплату, даже относительно средней по стране, не говоря уже об абсолютном выражении?»

Ответ очевиден — только потому, что американцы согласны столько платить врачам. Но как врачи добились от обывателей такого согласия? Все просто — они фактически шантажировали граждан. Образ хирурга со скальпелем в руке, предлагающего больному альтернативу «жизнь или кошелек!», на мой взгляд, может служить отчасти гротескным, но вместе с тем, очень показательным примером такого шантажа. Я думаю, что читатель, уже представляющий себе истинное лицо медицинского сообщества, может и сам привести подобные примеры.

Конечно же, врачи США получили то, к чему стремились, не сразу. Я честно признаюсь, что не знаком подробно с историей американских медицинских реформ. Но я прекрасно помню, что в советской периодической печати 70-х годов прошлого века часто появлялись заметки о стремительно растущей стоимости медицинских услуг в США и, вместе с тем, неудовлетворенности американского населения качеством медицины. Эти сообщения, конечно же, густо приправлялись идеологическим соусом о превосходстве социалистической системы здравоохранения, но, я уверен, спекулировали на действительных фактах.

Поэтому я могу только предположить, что в США приблизительно в конце шестидесятых — начале семидесятых годов минувшего столетия врачебному лобби удалось под маской реформ протащить через Конгресс какие-то законы, убирающие или сильно ослабляющие контроль государства за медициной и снимающие всякие «тормоза» с роста стоимости лечения. Шантаж американцев (т.е. низкое качество обслуживания с одновременным «промыванием мозгов» обывателей) прекратился только где-то в восьмидесятых годах, когда зарплата медиков (в относительном измерении, разумеется) стабилизировалась на нынешнем уровне.

Что же стало сдерживающим фактором? Согласие общества платить врачам по максимуму, но не более того. Дальней-



ший шантаж был бы чреват быстрым созреванием «гроздьев народного гнева» со всевозможными последствиями. Таким образом, врачи привили американскому народу мысль, или, если хотите, воспитали в нем культурное представление, которое можно сформулировать так: «Пусть уж берут за лечение много, лишь бы лечили хорошо». Такое воспитание, конечно же, одним днем не достигается.

Я думаю, что теперь читателю станет еще понятнее — почему врачам хочется выглядеть самозабвенными героями, величайшими тружениками, учеными и т.п. — о чем мы уже говорили. Поднятие престижа профессии и авторитетности ее представителей в глазах общества позволяет представителям профессии из того же общества успешнее выколачивать деньги.

Известно, что адвокаты нередко ставят клиента перед выбором «кошелек или срок!» Это должно, по моему, окончательно прояснить нарисованную выше картину. Очевидно, что судьба клиента адвоката очень сильно зависит от стараний защиты. Отсюда вытекает величина гонораров, а из нее уже и популярность этой профессии. Предлагаю вам также вспомнить собирательный образ адвоката, созданный Голливудом. Адвокат, благодаря своему таланту выигрывающий «безнадежное» дело, стал в США едва ли не самым популярным героем блокбастеров. Количество адвокатов в США, по мнению самих американцев, превысило все разумные пределы, но это не повлекло, как можно было бы ожидать, снижения стоимости их услуг.

Кстати, то, что адвокаты и врачи — самые излюбленные персонажи американских анекдотов, свидетельствует о наличии пассивного протеста против существующего положения.

Из вышесказанного следует, что еще одним неперемнным условием успешности корпоративного шантажа является договоренность (явная, гласная или негласная, либо на уровне все тех же культурных представлений) всех членов клана (вспомните ст.67 Кодекса мед. деонтологии Франции). Иными словами, существует некий корпоративный ценовой диктат. И если с открытым монополизмом промышленных компаний государства научились как-то бороться, то с профессионально-корпоративным, в частности врачебным диктатом, — нет. Выход здесь только один — общество должно само воспитывать в себе и своих врачах иные культурные представления о стоимости лечения, оплате труда медиков и, конечно же, многие другие.

Больной перед операцией спрашивает врача:

— Скажите, доктор, на что я могу рассчитывать?

— Сначала этот вопрос я хочу поставить вам...



Но сколько же должен получать врач? Мне вспоминается, как при обсуждении «медицинских» статей Государственного бюджета Украины одна депутатка из врачебного лобби, обосновывая необходимость повышения зарплаты врачей, кричала с трибуны парламента, что врачи «...каждый день видят кровь и гной!» При этом она также не забыла напомнить, что «...в США врач — самая высокооплачиваемая и уважаемая профессия».

А что, скажите на милость, каждый день видят, обоняют и даже иногда, простите, оседают ассенизаторы? И что из этого — если придерживаться логики уважаемой депутатки — следует?

Вообще же, человек, как известно, ко всему привыкает, и патологоанатом, с аппетитом поглощающий бутерброд с колбасой через несколько минут после очередного вскрытия — это не только кадры из «черной» комедии, а и вполне обыденная картина.

Интересно, что после того, как в некоторых скандинавских странах правительства и вся общественность в целом стали уделять повышенное внимание экологии, резко возросла престижность профессий уборщиков улиц. Они стали называться «экологическими работниками», труд их максимально механизировали и теперь очень хорошо оплачивают.

Другой удивительный факт. Несколько лет назад в Москве провели анонимный опрос работников дорожной патрульно-постовой службы ГАИ — ныне ГИБДД. На вопрос «Какую зарплату вы считали бы адекватной вашему труду?» усредненным ответом стала сумма в эквиваленте равная 800 долл. США! Естественно, что на дорогах они и действовали в соответствии с таким культурным представлением, пытаясь поборам компенсировать то, что им «не доплатили».

Теперь я хочу сформулировать, на мой взгляд, логично вытекающий из всего вышесказанного и уже известного нам о врачах вывод. Я не вижу причин, по которым профессия, скажем, врача-терапевта должна по престижности и оплате сильно отличаться от профессии учителя или инженера. Зарплата врачей должна быть дифференцированной. Хирурги, например, учитывая сложность и ответственность специальности, должны получать больше терапевтов. При этом труд всех врачей должен оплачиваться достойно, намного лучше, чем теперь, но не запредельно, как это имеет место в США, Японии или Израиле.

Что происходит сейчас? Врачи, на фоне своей отвратительной работы, пользуясь аномальным положением в уже рассмотренной нами системе общество — медицина, при всяком



удобном случае, в различных средствах массовой информации, как заклинание повторяют снова и снова, что хорошее здравоохранение — это всегда очень дорого. Причем большинство из них повторяет это неосознанно, «попугайски» — просто потому, что им самим это внушили. Тем самым они стремятся воспитать в нас, больных, необходимое им культурное представление, подготовить почву для резкого поднятия своего материального положения за счет всего населения на фоне остающегося в целом неудовлетворительным материального благосостояния большинства этого населения.

Проведя подготовительную агитационно-пропагандистскую кампанию, т.е. иначе говоря, манипуляцию с общественным мнением, врачи подвигают общество на некий «культурный скачок». При этом переход к страховой системе используется только как повод для быстрой ломки прежних представлений.

Не меньшую, а пожалуй даже большую роль в «проталкивании» страховой системы играют — по вполне очевидным причинам — страховые компании, в том числе государственные. Именно они «гипнотизируют» врачей якобы ожидаемым от внедрения страховой системы повышением их окладов в 3—5 раз, а население — ростом качества лечения. Страховщики и поверившие им врачи выступают единым фронтом за обязательное медицинское страхование.

На практике же, как показал опыт России, где страховая система введена с 1994 года, все выглядит так. После введения обязательного страхования в государственной системе зарплата рядовых медиков действительно возрастает, но незначительно; оклады медицинских чиновников вырастают существенно, а главное, они получают значительно большую экономическую свободу, со всеми вытекающими последствиями. Обыватели же с удивлением обнаруживают, что заметное похудание их кошельков нисколько не улучшило качества медицинского обслуживания.

Таким образом, главная цель страховых компаний и чиновников-врачей оказывается достигнутой. Отсутствие же улучшений для больных и рядовых врачей сначала будут объяснять тем, что новая система еще «не приработалась», что законы еще «сырые», а потом общество просто забудет, зачем все это затевалось, да и объяснения другие найдутся или, что вероятнее, начнется очередная медицинская реформа — в России ее уже обсуждают.

В качестве некоего «эталона» нам навязывают медицину США, хотя и забывают сказать, что медицинское страхование



там является добровольным.

В то же время, почти ни в чем не уступающие американской, кроме, разве что, области научных исследований, системы здравоохранения Великобритании или Канады на 70 процентов финансируются и контролируются государством.

Причем Великобритания перешла от системы полностью частной медицины к, в основном, государственной после Второй мировой войны по чисто этическим соображениям.

К сожалению, в этой стране в последнее время тоже началась врачебный саботаж. И там США играют роль «развращающего» фактора. Кстати, я хочу обратиться к состоятельным гражданам с призывом: не «поощряйте» неофициально медиков сверх установившихся в обществе средних «норм». Если вы дочитали книгу от начала до этой строки, то, я надеюсь, поняли, что этим вы несколько не улучшите качества вашего лечения, а только развратите медперсонал. В результате многие врачи и медсестры просто перестают нормально относиться к малообеспеченным больным и растет «норма поощрения». Я неоднократно наблюдал такое сам. А чтобы умерить ожидания врачей, не демонстрируйте им своего высокого достатка.

Столпом здравоохранения Германии и ряда других европейских стран является обязательное медицинское страхование граждан. В России его сделали смешанным: и государственным, и частным. В Украине, учтя опыт России, где многие частные страховщики, собрав приличный капитал, пропали, — государственным.

Но, на мой взгляд, в обеих системах нет существенных различий. Почему? Да потому что любая система здравоохранения, основанная на обязательном страховании граждан, порочна уже в своей основе! Вы удивлены? Этот вывод стал и для меня самого неожиданным после стольких дифирамбов страховой системе, слышимых мною из уст медиков. К счастью, я уже давно научился не принимать все только на веру. Особенно же меня насторожило то, что за страховую медицину активно ратуют сами врачи. Теперь мы уже знаем причину этого.

Итак, к своим выводам я пришел из следующих, вполне очевидных, на мой взгляд, посылок.

1. Главным устремлением всякого коммерческого предприятия, в том числе страховых компаний и лечебных учреждений, по определению, является получение максимальной прибыли, а не защита интересов потребителей (клиентов, пациентов).

2. Стремление к наилучшему удовлетворению потребностей клиента появляется у компаний только при наличии конкуренции. Уже по этой причине существование только государст-



венного страхования не оправдано.

3. Государство, выбирая между интересами любой государственной организации и отдельного гражданина, всегда будет защищать интересы организации. Поэтому государственная страховая компания никогда не отстоит интересы клиента, лечившегося в государственном же лечебном учреждении. Как говорится, «ворон ворону глаз не выклюет».

4. Клиент частной страховой компании, лечившийся в частном же лечебном заведении, учитывая п. 1., будет вынужден в одиночку отстаивать свои права и в страховой компании, и в лечебном учреждении.

5. Страховая компания сама является потребителем значительной части средств: она расходует их на обеспечение своей работы, получает прибыль. Кроме того, она платит налог с прибыли, что удорожает страхование для клиента.

6. Страховая компания заинтересована в предоставлении клиенту не наилучших, а самых дешевых услуг. Отсюда стремление ограничить свободу выбора клиентом лечебного учреждения, ограничиться амбулаторным лечением вместо госпитализации и т.п.

7. Страховые компании не заинтересованы в страховании лиц, имеющих хронические заболевания, врожденные пороки развития, пожилых людей и т.д.

8. Не всякая болезнь может считаться страховым случаем, т.е. событием случайным. Каждый человек, за небольшим исключением, обязательно нуждается в медицинской помощи несколько раз в жизни: сразу после появления на свет, при заболевании детскими инфекциями (а они не обходят никого) и перед смертью. А женщины, кроме того, при каждом рождении ребенка. Затрачиваемые при этом средства на лечение должны, следовательно, поступать из источника в лечебные учреждения напрямую, а не кормить страховщиков.

9. Бюджет и доходы граждан — две половинки одного «тришкиного кафтана». Если средства на страхование будут собираться отдельно от бюджетных, но на тех же принципах — в зависимости от доходов (прибыли) — это просто уменьшит реальные доходы всех граждан, кроме врачей. Те, кто скрывают свои реальные доходы, не станут платить взносы в страховые фонды, как процент с доходов реальных, ни при каких условиях. Если же богатые по закону будут платить больше, а находящиеся на социальном обеспечении не будут вообще, что, на мой взгляд, справедливо, то это можно реализовать, как и теперь, через налоговую систему. Финансирование же медицины уве-



личить при этом через статьи бюджета.

Из вышесказанного вытекает, что медицинские страховые компании, в том числе государственные, как субъекты обязательного страхования являются совершенно лишним и вредным звеном, еще одним нахлебником на шее народа. Государственное же обязательное медицинское страхование при государственной медицине — это вообще нонсенс!

Минздрав Украины хочет взять функцию обязательного медицинского страхования на себя — в штате МЗ уже есть управление страхования и готовятся к развертыванию соответствующие подразделения. Фактически это не что иное, как присвоение Минздравом функции налогового ведомства и введение дополнительного налога! Вполне закономерно следует ожидать, что такая «реформа» приведет к увеличению штатов Минздрава и снижению контроля общества за расходом медицинскими чиновниками денежных средств.

В подтверждение некоторых из прочитанных вами выше соображений приведу, мягко говоря, странные статьи из реального страхового полиса одной из украинских страховых компаний. Причем подобные статьи есть в полисах всех компаний.

2.1. Страховым случаем считается обращение Застрахованного в Мед. учреждение, **определенное страховщиком** (выделено мной. — А.Х.).

Застрахованный обязан:

4.2.1. Сознательно не подвергаться риску утраты или нанесения вреда своему здоровью;

4.2.2. Выполнять назначенные врачом лечебно-диагностические и профилактическо-реабилитационные мероприятия, бережно относиться к своему здоровью;

Понятно, что больницу вам выберут похуже, или такую, где страховщик имеет какой-то свой интерес; что о занятиях спортом и даже ходьбе по улице в гололед, исходя из ст. 4.2.1, придется забыть; что вы никогда не сможете доказать точность приема вами назначенных врачами таблеток или микстур, требуемую ст. 4.2.2, а значит получение страховки — если того пожелает страховщик — становится практически невозможным.

Если же вы захотите заключить договор добровольного страхования, вам вообще могут отказать в случае вашего пожилого возраста, наличия хронических болезней и т.п. Перед заключением договора вам придется за свой счет пройти довольно дорогое полное медицинское обследование и заполнить анкету, указав все недуги и имеющиеся вредные привычки.

Обнаружив обман, компания имеет право не выплачивать



оговоренную в полисе страховую сумму. Нравится вам такой поворот? Заполняя анкету, вы, конечно же, честно укажете болезни, диагностированные у вас врачами. А что, если эти диагнозы, как это часто бывает, неполны или ошибочны?

В последнее время плодом активного сотрудничества страховщиков и больниц стало дальнейшее сокращение койко-мест в стационарах. Причем это преподносится как некое достижение! Поводом же к тому стала статистика госпитализаций (Россия — 20%, Великобритания — 15.9%, Япония — 8.3%, США — 13.7%) и утверждение, что госпитализации забирают три четверти ресурсов здравоохранения. В России в 1990 году было 12800 стационаров, в 1998 году — уже 11200. В Украине только в 1997 году было сокращено 30 тыс. коек. В угоду такой политике появились различные «научные» теории о том, что ходячие больные быстрее выздоравливают.

После тяжелейших операций, больных, требующих постоянного врачебного наблюдения, выписывают домой чуть ли не на третий день. Истинная же причина, на мой взгляд, кроется в стремлении медицинских чиновников и руководства страховых компаний использовать сэкономленные таким образом средства, прежде всего, в личных целях. Кроме того, «сэкономленные» площади всегда можно сдать в аренду расплодившимся «доморощенным» медицинским фирмам и фирмочкам — что мы сегодня и наблюдаем.

Приводимую статистику нельзя принять как серьезный аргумент в пользу сокращения койко-мест. Ведь известно, сколь различен в той же России и сопоставляемых с нею странах уровень здоровья населения, а значит и количество больных, требующих госпитализации.

Но, может быть, на практике все выглядит вполне пристойно, а я только зря пугаю себя и читателя страховой медициной? Как работает страховая медицина в России? Ведь Россия имеет по этой части наибольший из стран СНГ опыт.

Приведу несколько цитат из публикаций российских медицинских газет и двух выступлений. Хочу подчеркнуть, что авторы статей — медики.

Наращение платности порождает скрытую коммерциализацию государственных больниц и лечебниц. При этом медицинское страхование... действует неэффективно. ...На основе сети бюджетных медучреждений у нас сформировалась скрытая, почти узаконенная система платной мед. помощи, в которой подчас царит произвол и нет вообще никакой социальной справедливости.

*В.В.Путин. Президент России. 2001 г.*



Надежда на повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения пока не оправдывается, в том числе из-за плохой нормативной базы... Продолжается дискредитация страховых медицинских организаций в России.

*"Мед.вестник". Россия. 2001 г.*

В 1997 году Правительство РФ одобрило «Концепцию развития здравоохранения и медицинской науки в РФ»... в рамках бюджетно-страховой модели развития. Но, как потом оказалось в реальности, все, в конечном счете, свелось лишь к перераспределению финансовых потоков...

*"Мед.вестник". Россия. 2001 г.*

Страховщики не стали эффективными покупателями медицинской помощи в интересах застрахованных и не внесли сколь-нибудь существенный вклад в повышение эффективности ресурсов здравоохранения.

*"Мед.вестник". Россия. 2001 г.*

Людям так и не смогли объяснить преимущества страховой медицины перед прямым бюджетным финансированием.

*В.В.Путин. Президент России. 2003 г.*

Как видим, мои выводы не голословны. Уже можно заметить, что наряду с констатацией фактов, врачи, как и следовало ожидать, пытаются обосновать провал реформ надуманными причинами. В Украине обязательное мед. страхование (ОМС) готовятся вводить с 2003 года. Уверен, что теперь читателю нетрудно представить, что оно принесет.

Но почему же — возможно подумали вы — страховая система отлично зарекомендовала себя в Германии, Франции, Бельгии и некоторых других странах?

На мой взгляд, там система удовлетворительно работает вовсе не потому, что она так хороша, а по следующим причинам.

1. В этих странах давно и эффективно действуют законы о защите прав пациентов.
2. Средний уровень «законопослушности» граждан значительно превышает таковой в странах СНГ. И врачи, и страховые компании стремятся действовать «как написано».
3. Развитость демократических традиций, сильный общественный контроль за соблюдением прав пациентов в медицинских и страховых компаниях.



4. Сильные и независимые судебные системы. Возможно, плата американцев адвокатам и является компенсацией за нормальную работу страховщиков, т.к. без этого последние вовсе не стремились бы защищать права своих клиентов.

5. Достижение приемлемого обществом и врачами «потолка» зарплат в здравоохранении и, как следствие, — отсутствие саботажа.

Наверное, есть и другие причины. Проблема, скорее всего, не в системе, а в зрелости общества.

Почему эти страны создали у себя страховую систему? Видимо, просто потому, что там, во-первых, население привыкло страховать себя от всего. Сыграла роль психологическая привычка «хочешь себя защитить — страхуйся». В этом плане весьма примечательным выглядит рекламный лозунг одной из американских страховых компаний: «Наша компания страхует от всего — даже от самой себя!». Во-вторых, к моменту разработки концепций реформ в этих странах уже преобладала развитая сеть частных медицинских компаний. Дабы не ломать их структуру и сложившийся рынок медицинских услуг — что рассматривалось бы как вторжение государства в частные коммерческие интересы, — реформаторы пошли по более простому пути.

Разрабатывая свою концепцию реформы медицины, я исходил из того, что идеальную систему здравоохранения создать невозможно. Работа любой, даже самой хорошей системы при наличии коррупции будет нарушена, а при высоком ее уровне в обществе — искажена до неузнаваемости.

Но можно создать оптимальную систему, т.е. со структурой, обеспечивающей при равных условиях наилучшее выполнение поставленной задачи.

Приведу основополагающие принципы, из которых, на мой взгляд, нужно исходить при строительстве оптимальной системы, наряду с вышеприведенными соображениями о страховой медицине.

1. Демократическое государство существует для защиты граждан и регулирования общественных отношений.

2. Главная задача системы здравоохранения — поддержание и восстановление здоровья населения.

3. Гуманные принципы: «люди должны помогать друг другу»; «я помогу тебе сегодня, а ты мне — завтра» и другие, уже действующие в обществе через пропорциональные и прогрессивные налоговые системы, должны проводиться и при сборе средств на здравоохранение.

4. Сосуществование государственной и коммерческой си-



стем здравоохранения (однопрофильных ЛУ) недопустимо. Последняя всегда будет паразитировать на первой.

5. Источник финансирования здравоохранения не должен быть коммерческой организацией. Все средства источника, кроме определенного Резервного фонда, должны полностью расходоваться на лечебные и профилактические мероприятия, повышение их качества, развитие системы здравоохранения.

6. Из дохода Государственного бюджета формируется Фонд здравоохранения (ФЗ), представляющий собой законодательно фиксированный процент от первого. Это могут быть рекомендованные ВОЗ 6%, хотя эта цифра может быть пересмотрена, в том числе и в сторону уменьшения.

7. Средства ФЗ содержатся в Государственном банке. Вся прибыль, полученная ФЗ за счет кредитных мероприятий банка, идет только на увеличение самого Фонда.

8. Средства ФЗ находятся в полном распоряжении Министерства здравоохранения (МЗ), расходуются им на оплату лечения в коммерческих лечебных учреждениях и собственную деятельность.

9. С МЗ снимается лечебная функция.

10. Оплата медицинских услуг производится только при выполнении установленных стандартов качества, только после лечения и только при наличии объективного улучшения состояния больных, кроме специально оговоренных случаев «бессилия медицины».

11. Больные имеют право свободного выбора ЛУ и врача.

12. Всему населению законодательно гарантируется бесплатное предоставление всего комплекса необходимых по показаниям медицинских услуг и средств, кроме новейших, не внедренных в широкую практику.

13. Больной не должен платить за ошибки врача. Предлагаемое врачами обязательное страхование врачебной ответственности приведет к удорожанию медицинских услуг и притуплению у врача самого чувства ответственности. Поэтому оно недопустимо. За свои ошибки врач должен платить, пусть небольшим, но ухудшением своего материального положения.

14. Добровольное страхование больных от врачебных ошибок, напротив, целесообразно.

15. Добровольное государственное медицинское страхование должно иметь место только для обеспечения лечения по новейшим, не внедренным в широкую практику технологиям.

16. Около 90 процентов средств, полученных ЛУ от лечения по новейшим методам и технологиям, направляются на их ши-



роекое внедрение. Через срок, определенный МЗ — не более, скажем, пяти лет после появления на рынке, — эти методы и технологии предоставляются всем больным на общих основаниях, бесплатно, т.е. с оплатой из ФЗ, но по цене в 5—10 раз ниже «свободной» рыночной.

17. Больным в критическом состоянии, не имеющим полиса добровольного мед. страхования, необходимые по показаниям новейшие медицинские услуги предоставляются бесплатно — за счет средств ФЗ, но по заниженной цене.

18. Патологоанатомическая служба должна быть разделена на две отдельные структуры. Одна — исключительно для установления посмертного диагноза больных — полностью отделенная от ЛУ, Минздрава и подчиняющаяся Министерству юстиции. Другая — для установления морфологического (т.е. на клеточном уровне) прижизненного диагноза больных — входит в систему ЛУ.

19. Выполнение стандартов качества и результаты лечения контролируются специальными экспертными подразделениями МЗ, не входящими в структуру ЛУ.

20. За ошибки все медработники могут нести моральную, материальную и уголовную ответственность.

21. МЗ представляет интересы пациентов в суде.

22. Медицинские работники и ЛУ освобождаются от уплаты подоходного налога (ведь они сами существуют в основном за счет Фонда, т.е. налогов). Отсутствие налога на прибыль от новейших методик лечения будет стимулом к их быстрому широкому внедрению.

23. Медицинским работникам ЛУ и членам их семей, согласно давно существующей традиции, медицинская помощь оказывается бесплатно и без оплаты из Фонда — за счет ЛУ. Заболевшие медицинские работники ЛУ пользуются всеми правами пациентов.

24. Медицинским работникам Министерства здравоохранения (вопреки традиции) медицинская помощь оказывается на общих основаниях. Это предусмотрено для предупреждения возникновения моральной зависимости работников МЗ от работников ЛУ.

25. Контроль за деятельностью Министерства здравоохранения со стороны общества осуществляется непосредственно через комитеты и комиссии представительских органов власти, различные общественные организации. В состав этих комитетов (комиссий) не могут входить работники МЗ и ЛУ, в том числе и бывшие.



Таким образом, система здравоохранения, по предлагаемой концепции, должна включать в себя две составляющие.

1. Все существующие структуры МЗ, за исключением лечебных и лечебно-научных, но с новыми штатами и с сохранением части существующих функций.

2. Две (хотя возможно и больше) конкурирующие коммерческие медицинские компании — возможно в форме закрытых АО, — которым передается лечебная и некоторые научно-исследовательские функции. Причем каждая из компаний своими подразделениями должна охватывать всю территорию страны.

Обслуживание отдаленных районов может производиться на какой-то договорной или законодательно закреплённой, но тоже коммерческой основе.

В конечном счете, коммерческие медицинские компании могут рассматриваться, как и любые другие, выполняющие, по сути, государственный заказ. Они будут вынуждены сами оптимизировать свою структуру, штаты, зарплату сотрудников и т.д. Они, в частности, сами решат — нужен ли им институт семейных врачей, сейчас активно создаваемый «сверху» и ведущий, по мнению некоторых врачей-практиков, к разрушению в целом прогрессивной поликлинической системы.

Стук в дверь.

— Кто там?

— Это я, ваш семейный доктор.

— Извините доктор, я не могу вас принять. Я себя плохо чувствую.



За государством же остаются мощные рычаги регулирования. Оно является арбитром между врачом и больным и защитником последнего. Для выполнения функций защиты и контроля МЗ должно иметь свои лаборатории и экспертные советы. Причем для судов их заключения, наряду с заключениями экспертов Министерства юстиции, должны быть основанием при вынесении решений.

Конечно, все это требует глубокой дополнительной проработки, но суть, я надеюсь, понятна. Врачи, возможно, ужаснулись, представив воочию все, что я здесь изобразил, и, между прочим, совершенно напрасно. По моим прикидкам, их оклады за счет оптимизации структуры, уменьшения распыления и разворовывания средств возрастут, в сравнении с нынешними, примерно в 3—5 раз, при том, что расходы населения не увеличатся. Но, вместе с тем, возможно (наконец-то!) появится без-



работица среди врачей. В системе здравоохранения останутся работать те, кто этого действительно достоин. Остальным же придется переквалифицироваться в управдомы.

Нельзя не сказать, что многие западные аналитики и философы, исследующие медицину, приходят к неутешительному выводу: конфликт на «фронте» здравоохранения может только углубиться. Это вытекает из того, что может только углубляться ров между притязанием на безграничную индивидуальную свободу и сохранением равенства в общественном распределении услуг под знаком идеала солидарности. Нарастает на Западе и пессимизм населения в отношении возможности построения справедливой системы здравоохранения.

Да, все это неизбежно, если не заменить преобладающую в обществе систему человеческих ценностей. Проблема разрешима только на основе замены материалистического сознания общества религиозным и отказа от идеологии стяжательства.

Современное западное общество построено исключительно на стремлении к наживе, которая является по сути его движущей силой.

*Ж.Сименон*

Французский философ П.Рикер приводит два, по его мнению, парадокса, не позволяющих построить удовлетворяющую всех медицину [8].

**Первый:** личность не товар, а медицина не коммерция; но у медицины есть цена и общество за нее платит.

**Второй:** страдание — дело частное, а здоровье — общественное.

На мой взгляд, здесь просто допущены логические ошибки, приведенные к неправильным формулировкам. Никаких парадоксов нет, но можно сформулировать два постулата.

**Первый** может излагаться так: здоровье — товар, а медицина — коммерция и общество за нее платит.

**Второй:** физическое страдание это болезнь; болезнь, а значит и здоровье, дело как частное, так и общественное.

Пословица «здоровье не купишь» безнадежно устарела — это столь очевидно, что не нуждается в доказательстве.

Здоровье — почти такой же возобновляемый ресурс, как, к примеру, пища. Различие лишь в том, что возобновление имеет предел и потребность людей в возобновлении различна. И поскольку за здоровье платят, значит оно — товар.

Бесплатная государственная медицина, строго говоря, тоже платная. Граждане платят за лечение через налоги. В ряде



случаев общество — через бюджет — фактически дает гражданину безвозмездную ссуду на покупку здоровья и даже — с некоторого порога — жизни.

Но при такой медицине существует действительный парадокс: чем больше ее возможности по восстановлению здоровья, тем выше затраты общества на обеспечение доступа каждого своего члена к новым методам лечения.

Поэтому возникает вопрос: до какого предела общество должно «покупать» человеку здоровье и жизнь? Сегодня ответа на него нет. Но можно предположить, что человек с религиозным сознанием будет сам решать — когда отказаться от лечения. Известно, например, что некоторые больные отказываются от трансплантации органов по нравственным соображениям.

Нравственные барьеры, судя по всему, будут расти, т.к. новые медицинские технологии становятся все более безнравственными. Одно лишь клонирование человека влечет за собой массу неразрешимых этических проблем. Конечно, дух коммерции и состояние здоровья будут толкать безнравственных врачей и богатых, но безнравственных пациентов к пересмотру существующей морали в сторону ее понижения. И общество, несомненно, будет и дальше отступать под их натиском. Полная легализация клонирования, судя по всему, дело времени.

В стоимости лечения значительную, а иногда и основную часть составляет стоимость лекарств. Поэтому, хотя эта книга и посвящена врачам, а не фармацевтике, я не могу совершенно обойти вниманием данную тему.

Мои личные наблюдения ценовой политики фармацевтов и те материалы, которые я читал в прессе, дают повод считать, что положение дел в этой сфере совершенно ненормально. Проблема высокой стоимости лекарств стоит перед больными, как мне кажется, острее, чем проблема оплаты врачей. Люди в буквальном смысле умирают, будучи не в состоянии приобрести жизненно необходимые, но дорогие лекарства.

В больнице:

— К сожалению, таблеток нет, но запить я вам дам.

Но всегда ли обоснована высокая цена лекарств? Я уверен, что в большинстве случаев — нет. Ситуация с ценами в фармацевтике почти полностью повторяет уже рассмотренную нами картину с оплатой мед. услуг в США. Только шантаж здесь еще жестче.

Пенициллин в течение некоторого времени после его изобретения был чрезвычайно дорогим препаратом. Сейчас он сто-



ит гроши, хотя в технологии его производства ничего принципиально не изменилось, разве что стала лучшей очистка. Именно сейчас, когда пенициллин почти никому не нужен, его цена приблизилась к реальной себестоимости. Точно так же обстоит дело и со многими другими лекарствами.

Фармацевты — эти «современные алхимики» — преуспели в том, к чему долго и безуспешно стремились их древние предшественники. Как известно, наряду с поиском философского камня, алхимики активно искали и способ производства золота. Фармацевты изобрели такой способ!

К примеру, несколько десятков килограммов заплесневелого «варева» из дешевых компонентов после пропускания через ряд фильтров и фасовочный аппарат превращаются в миллионы таблеток или ампул, продаваемых на вес по цене золота, а иногда и дороже. Чем не Клондайк?



Одни болеют за народ, другие наживаются на лекарствах.

Конечно же, фармацевты оправдывают дороговизну лекарств высокой стоимостью научных исследований. Но, поверьте, она не столь высока, как нам это представляют. Кроме того, значительная часть научных исследований финансируется из государственных бюджетов. Чем, как не чрезмерным завышением реальной стоимости лекарств, можно объяснить сверхприбыли западных фармацевтических компаний?

К сожалению, в таком положении заинтересованы и держатели акций, и государство — сборщик налогов. Ситуация осложняется еще и тем, что лекарства — товар пересекающий государственные границы. Влиять же государство может только на ценовую политику национальных компаний. Хотя, конечно, возможно и некоторое международное сотрудничество в этой области.

Что, на мой взгляд, могло бы сделать государство в своих границах с целью улучшения ситуации для собственного населения? Оно могло бы, наряду со «стандартными» антимонопольными мероприятиями, через ограничение стоимости медикаментов жестко ограничить максимальную рентабельность компаний и доходность акций, сделав их такими же, как, к примеру, у предприятий пищевой промышленности. Это повлекло бы увеличение объемов производства лекарств с одновременным снижением их стоимости при сохранении прибыльности предприятий и, соответственно, доходов бюджета от них.

Подобный механизм необходим и для регулирования цен в аптеках. Последнее, как мне известно, в России уже делают через внедрение государственной экспертизы цен. Есть скромные начинания в этом направлении и в Украине.



## 8. ВАРВАРОЛОГИЯ

**Скажи мне, кто твой врач и я скажу, сколько тебе осталось.**

Эта глава посвящена классификации, уловкам и хитростям варваров. Я надеюсь, что читатели не возражают против обозначения этим словом тех, кто творит варварство — плохих врачей. Надеюсь, что вы почерпнете полезные для практики лечения сведения.

Когда можно считать, что вы столкнулись с варварством? На мой взгляд, если присутствует хотя бы один из четырех признаков.

### 1. Некомпетентность.

Варвары, естественно, стремятся ее скрыть. Это, как правило, выражается в виде постановки заведомо неправильного диагноза и назначения заведомо неправильного лечения, абсурдность которых врач сам прекрасно осознает.

Врач никогда не скажет больному: «Я не могу понять, чем вы больны» или: «Я не знаю как вас лечить». Впрочем, второе мне однажды довелось услышать из уст «докторши» — заведующей одним из отделений больницы, когда я пришел к ней с готовым диагнозом в надежде получить соответствующее лечение. Она, как я понял из нашего разговора, действительно впервые столкнулась с такой болезнью. Настоящий врач постарался бы скорее восполнить пробел в своих знаниях и получить практику в лечении «нестандартного» больного. Варварка же поспешила избавиться от лишней проблемы, сказав неправду — что моя болезнь не по ее специальности. Конечно же, я не стал настаивать на лечении у нее.

Вместо того, чтобы обратиться за помощью к коллегам или назначить дополнительные исследования, варвар, из-за боязни потерять свой имидж специалиста, просто выдумывает диагноз «позамысловатее» и назначает бесполезное или даже вредное для больного лечение. Или же вам могут сказать, выслушав все ваши жалобы и формально осмотрев, что это у вас «нервное» и что лечения не требуется, а если и требуется, то прежде всего у невропатолога.

### 2. Нежелание брать на себя ответственность.

Если в результате неправильного лечения вам станет хуже, плохой врач не станет назначать новых исследований, дабы вы



не имели объективных оснований жаловаться на лечение. Он просто отменит одни лекарства или процедуры и назначит другие — возможно, еще менее вам подходящие. Ухудшение же самочувствия варвар, скорее всего, объяснит особенностями вашего организма — «неадекватностью реакции» или же будет уверять, что вам это только кажется.

Сложившаяся практика взаимоотношений пациентов и врачей позволяет последним безнаказанно играть роль помощников смерти. Врач всегда найдет причину для своего оправдания, из тысячи имеющихся в его распоряжении при ухудшении состояния или смерти больного: у больного было слабое сердце; болезнь зашла слишком далеко; у пациента оказалась аллергия на лекарство; болезнь была неизлечима; пациент плохо выполнял рекомендации и т.д. и т.п.

### 3. Защита «чести мундира».

Бывший преподаватель деонтологии Национального медицинского университета профессор А. Грандо в интервью газете «Киевские ведомости» говорит: «Круговая порука существовала всегда, правда не в такой откровенной форме, как сейчас, и не на каждом шагу. Начальство своих подчиненных покрывает — учитывает, что в случае чего ему тоже достанется. («Куда смотрел главный? Плохо со своими врачами занимаетесь, не контролируете» и т.д.). Вот и сходит с виноватых как с гуся вода».

Уж кто-кто, а профессор знает, что говорит. Помните, что вы имеете дело с закрытым кланом. И хотя в клане медиков нет «законов омерты», существующие здесь негласные порядки достаточно жестоки и — что самое страшное — тоже приводят иногда к смерти, но только не членов клана, а больных. Врачи ревностно пекутся о защите своей корпорации. Любой врач, даже прекрасно видя, что его коллега проводил лечение неправильно, следуя деонтологии, никогда не признается вам в этом. Он будет всячески обосновывать его неправильные действия и делать это тем упорнее, чем ближе — вверх или вниз — находится по отношению к нему на служебной лестнице.

Один врач — другому:

— Коллега, а симулянт-то помер.

### 4. Взятничество.

Этот вид варварства очень распространен. Условно я разделю его на два подвида: вымогательство и грабительство. Подробнее мы остановимся на этом чуть позже.

Теперь же давайте поговорим о механизме, который наряду с основными — уже рассмотренными в гл. 5—6 причисляю —



способствует «процветанию» варварства в медицине.

Врачи изобрели прекрасную систему, позволяющую безнаказанно и неограниченно долго издеваться над больными. Ее название — «специализация».

Надо сказать, что существовала она не всегда, по крайней мере в нынешнем виде. Такого понятия не было во времена Галена или Авиценны. Этих врачей — по сегодняшней терминологии — можно назвать врачами общей практики. Они знали о всех, хотя и скромных, достижениях тогдашней врачебной науки и лечили не болезнь, а больного. Не занимались они лишь хирургией и акушерством. Больше того, мы знаем, что врачи, кроме лечения, занимались астрологией, алхимией, поэзией и другими делами. И на все у них хватало времени.

Уже в Новой и Новейшей истории произошло — как объясняют врачи, «в связи с усложнением медицины» — разделение ее на множество, сначала довольно условных, а затем все более очерченных областей.

Специализация в какой-то мере, безусловно, необходима, но в современной медицине она иногда приводит к абсурду.

Дошло до того, что отдельные органы они разделили пополам! Одну половину почки лечит уролог, а другую нефролог; одну половину поджелудочной железы — гастроэнтеролог, вторую — эндокринолог. Причем никакой серьезной научной мотивации под таким разделением нет. Сердце, например, тоже выделяет гормоны, но это же не стало основанием для включения его в компетенцию эндокринолога.

«Узкие специалисты» весьма поверхностно знают все, что «вне их компетенции» и пытаются лечить не весь организм, а какой-то его орган или болезнь без учета общего состояния и реакции организма.

Но это только одна милая врачам сторона специализации. Другая, и наиболее дорогая им, — возможность гонять нас по кругу. Почему же один врач посылает нас к другому, а тот — к третьему, а третий — к первому? Почему наше хождение «по врачам» превращается порой в нескончаемую карусель?

— Доктор, у меня живот сильно болит, и вообще, плохо мне...

— А что случилось?

— Да ягодки в лесу съел.

— Какие ягодки?

— Да я как-то не разглядел...

— Ну, это не ко мне, это — к окулисту.





Очевидно потому, что специализация очень удобна, как механизм обеспечения существования и сокрытия любого типа варварства. Особенно часто специализация используется варварами для распределения ответственности. Ведь давно известно: если виноваты все — не виноват никто. Порою азарт уводит медиков так далеко, что они и сами не рады, что затеяли гонки.

«...Ни для кого не секрет, что когда участковый врач направляет ребенка к узкому специалисту, то он отводит его от прививки порой на 6 мес. или на 1 год. При этом участковый врач спокоен, так как в истории развития есть запись узкого специалиста. А узкий специалист, отведя ребенка от прививки, спокоен в связи с тем, что за ребенком должен следить участковый врач. В итоге ребенок часто остается не только без прививки, но и без необходимого врачебного наблюдения и лечения».

Эта цитата взята мною из «Руководства по внутренним болезням» московского издательства «Медицина». И здесь сетует на существующий порядок не кто-нибудь, а врач-эпидемиолог.

Рассмотрим некоторые приемы, применяемые варварами для достижения своих целей.

Когда врачи собирают консилиум? Вы, конечно, думаете, что тогда, когда случай особо сложный. Да, и такое бывает. Но чаще, чтобы распределить все ту же ответственность. Понятно, что могут иметь место и обе причины вместе.

Если больной умрет из-за неправильного лечения, виновного не будет — решение принимал консилиум. Фактически, это будет убийством, совершенным группой лиц по предварительному сговору — наиболее тяжким преступлением, если следовать Уголовному кодексу, но абсолютно ненаказуемым в данном случае!

Разве кто-нибудь доказал, что решение, принятое не одним, а несколькими дураками, более правильное? Обычно консилиум всегда склоняется к решению, предлагаемому наиболее «авторитетным» членом. А тот, не чувствуя ответственности, не вникая глубоко в историю болезни — ведь не он вел больного — зачастую анализирует ситуацию поверхностно и принимает неверное решение.

Вот что рассказал в своем интервью газете «Зеркало недели» академик А.Шалимов. «В отделе, которым я руковожу, работают четыре профессора. Недавно один из них оперировал больного с опухолью печени. Разрезал и приглашает меня: «Александр Алексеевич, взгляните — считаю пациент неоперабелен». Мое подтверждение защитило бы его потом от возможных обвинений в бездействии. Я посмотрел, помылся и сделал



радикальную операцию». Этому больному очень повезло: А. Шалимов — настоящий доктор.

Варварами широко практикуется «тест на финансовую состоятельность». Когда варвару косвенным путем не удастся установить ваши материальные возможности, он устраивает такое «тестирование». Оно производится, как правило, при первом же вашем визите. Врач предлагает вам провести за ваш счет какое-то дорогое исследование или попринимать дорогое лекарство. Если вы принимаете предложение — тест пройден, если нет — варвар теряет к вам интерес как к возможному источнику своих доходов.

Существует и другая разновидность этого теста — «тест на состоятельность с барьером». Это когда врач сразу ставит условием дальнейшего лечения у него обязательное прохождение вами дорогого исследования или платного специалиста, например, психотерапевта. Если вы не в состоянии это оплатить, варвар как бы и не виноват в том, что вы не можете у него лечиться. Если вы взяли «барьер», ждите вымогательств.

Способов вымогательства множество. Вам могут даже прямо сказать, что лечение обойдется в такую-то сумму. Но чаще варвары прибегают к более тонким методам. Один из очень распространенных — создание у больного «комплекса должника». Его суть довольно проста. Многократные посещения врача не заканчиваются назначением сколь-либо серьезного обследования или лечения. Врач может назначить рутинные анализы, результаты которых покажут, что у пациента все нормально, может порекомендовать попринимать какие-нибудь таблетки или попить отвары трав, от которых ни вреда, ни пользы. Состояние больного, соответственно, или не меняется, или становится хуже и он вынужден обращаться к врачу снова и снова.

Вымогатель начинает проявлять признаки раздражения. У больного возникает мысль: «А может быть, у меня действительно все нормально и я только отвлекаю врача от серьезной работы?» Обычно на некоторое время несчастный прекращает визиты к врачу. Но плохое состояние здоровья вынуждает его опять идти к варвару.

На этот раз больного гнетет чувство вины — ведь он уже столько раз отвлекал доктора от работы с действительно больными людьми. Поэтому больной несет врачу подарок или деньги. Приняв подношение, врач предлагает «сломленному» пройти более серьезное обследование или лечение. Далее все может повториться. Если же больному повезет и у вымогателя окажутся какие-то знания и остатки совести, а подношение его удовлетворит, он, возможно, поправит здоровье пациента.



Больной входит в кабинет врача и, роясь в сумке в поиске медицинской карточки, говорит:

— Доктор, у меня рак. И вот, направили к вам.

— Раки?! Прекрасно, давайте их сюда. А пивка не догадались прихватить?

Плохими врачами широко используются два очень удобных оправдания своей несостоятельности в лечении. Больному в возрасте до сорока лет обычно говорят: «У вас хроническое заболевание» или: «Это у вас нервное», а после сорока лет: «Что же вы хотите — возраст».

Конечно же, существуют пока еще неизлечимые болезни, но, поверьте, их гораздо меньше, чем пытаются представить варвары. Что же касается серьезных возрастных изменений, то они начинаются у человека только с 55 — 60 лет!

Другим, широко применяемым приемом «отшития» больного, является ссылка на вредные привычки. Да, курение и употребление спиртных напитков способны существенно подорвать ваше здоровье и могут являться действительной причиной болезни. Но это вовсе не означает, что любая ваша болезнь от курения или употребления спиртного.

Врач-больному:

— Курите?

— Нет.

— Жаль, я порекомендовал бы бросить и вам сразу стало бы легче.

Последняя приведенная уловка является частным случаем приема, который я называл «зацепка». Обнаружив у вас любое сколь-либо заметное отклонение в работе какого-нибудь органа, варвары часто цепляются за это и пытаются представить, как причину всех ваших бед. Зацепка может применяться варваром для «отшития» больного, для затягивания лечения с целью создания комплекса должника, но может быть и действительным заблуждением некомпетентного врача. Если вы предполагаете, что в вашем случае имеет место именно зацепка, постарайтесь сами изучить вопрос. Можете обратиться к другому врачу, но не говорите ему о поставленном варваром диагнозе.



Врач — больному:  
 — Курите?  
 — Нет.  
 — Пьете?  
 — Нет.  
 — Только не надо идиотски ухмыляться, я все равно что-нибудь найду!

В ряду хитростей несколько особняком стоят те, что применяются варварами-дантистами. Это объясняется спецификой ремесла. Всего арсенала их уловок (видимо, большого) я не знаю. Но я уверен: то, что больные обычно принимают за случайные ошибки, в большинстве случаев является преднамеренными действиями, применяемыми для вынуждения больного к повторному обращению, а значит и платежу. Это может быть:

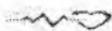
- некачественное пломбирование зубов (пломбы быстро «вылетают»);
- неполное удаление нерва (зуб болит после «ухода» наркоза);
- пломбирование зуба с преднамеренно оголенным под наркозом (а значит уже подлежащим удалению) нервом;
- пломбирование непролеченного (с воспалением у корня) зуба;
- пломбирование сильно подточенного зуба с оставлением небольшой полости (скол зуба — дело времени);
- преднамеренное повреждение эмали здоровых зубов буром (основа для будущего кариеса);
- преднамеренное травмирование десен;
- постановка плохо подогнанных протезов и коронок.

К сожалению, практически невозможно доказать преднамеренность всех этих действий. Какую-то защиту от некоторых из них может давать достаточно большая (не менее года) гарантия на качество работы. Не лечите зубы там, где не дают гарантии!

Кроме того, дантистами-варварами применяются:

- пломбирование более дешевыми (менее прочными) материалами, чем те, за которые вы заплатили (внешне они могут не отличаться);
- меньшее, чем оплачено вами количество золота в протезах (коронках) или подмена его другими материалами;

Последнее иногда можно заметить по цвету. Можно — до постоянной установки протезов — отдать их для анализа ювелиру.



Но вернемся к врачам-клиницистам. Как «вычислить» плохого врача? Думаю, что вопрос этот совсем не риторический, как может на первый взгляд показаться. В своей многолетней личной практике (естественно, большого) я имел дело со множеством — не одной сотней — врачей, отличающихся специализацией, квалификацией, продолжительностью врачебной практики, возрастом, полом и т.д. Сейчас я с уверенностью могу сказать, что мне не очень везло на хороших врачей, но, к счастью, изредка попадались и хорошие. Такая практика дала, на мой взгляд, неоценимую возможность наблюдения и изучения врачей.

Я думаю, что некоторые из вас, дорогие читатели, долго и упорно лечившиеся у разных медиков, до сих пор пребывают в блаженном неведении, что лечились, по большей части, у варваров.

Больные часто склонны винить в плохих результатах лечения кого угодно или что угодно, но только не своего врача. Почему? Сказывается все тот же эффект «ореола» и то, как искусно научились маскироваться многие варвары под докторов, т.е. действительно хороших врачей. Поэтому предлагаю вашему вниманию признаки, присущие плохим врачам, которые я выявил в ходе своих наблюдений.

Чтобы сразу и окончательно определиться в таком важном вопросе, оговорюсь, что если те душевные качества, которые принято относить к плохим, присущи врачу — этот врач плох, ибо не может (и я в этом абсолюте уверен) плохой человек быть хорошим врачом.

Поэтому, прежде всего, спросите себя: а производит ли на вас врач впечатление человека порядочного, т.е. нравственного? Вы скажете, что понятие порядочности очень относительно и у каждого свое. Тем не менее, я надеюсь, что ваше понятие достаточно близко к принятому за «норму» в цивилизованном обществе, и вы сами, даже если когда-то и поступали непорядочно, прекрасно это осознавали.

Осознают ли свою безнравственность непорядочные врачи? Я полагаю, что не всегда. Варварам просто не хватает цивилизованности. А впрочем, вопрос скорее философский, чем практический, и нам это не столь важно знать наверняка. Мы и так отвлеклись.

Понятно, что не всегда больной может достаточно долго общаться с врачом, чтобы заметить в нем непорядочность, да и поднаторели, надо сказать, некоторые современные жрецы от медицины в сокрытии своих истинных лиц, и не только под марлевыми масками.



Вовочка спрашивает у отца:

— Папа, а как правильно пишется: херург или хирург.

— Это, сынок, смотря какой хирург.

Как вы понимаете, условие порядочности является главным, совершенно необходимым, но явно недостаточным для признания врача хорошим. К сожалению, и порядочный человек может оказаться плохим врачом.

По этой причине, для окончательных выводов о степени дикости варвара, надо рассмотреть всю совокупность признаков.

Помня народную мудрость: «Встречают по одежке...», начнем с простейшего — внешнего вида. Эта пословица в приведенной части отлично работает и в нашем случае, но вторая ее часть применительно к варварам абсолютно не подходит. Если врач грязнуля и неряха, он варвар и вам лучше с ним побыстрее расстаться, не вникая в глубину его интеллекта. Гигиена ведь, строго говоря, основа нашего здоровья.

Обратите внимание: моет ли врач руки перед тем, как ощупать, обстучать вас или, например, удалить зуб; стерилизует ли он свои инструменты; пользуется ли марлевой или другой гигиенической маской и т.д. Небольшая наблюдательность наверняка сослужит вам здесь хорошую службу.

Одежда врача заслуживает особого рассмотрения. Если это медицинский халат — уже хорошо. Если врач пытается вести прием в своей повседневной «цивильной» одежде — это варвар. Обратите внимание на цвет (а иногда даже запах!) халата. Халат должен быть чистым, без пятен, дыр и запаха, к примеру, табака. Я говорю «чистым», а не «белым», т.к. с недавних пор некоторые врачи и даже лечебные заведения уже не считают белый цвет своей рабочей формы обязательным и частенько заменяют его на синий, болотно-зеленый или какой-нибудь еще.

Я не нашел этому вполне достоверного объяснения, но предполагаю, что это может быть по следующим причинам: в стране «напряженка» с белой материей; у врачей трудности со стиркой, а на цветном грязь не так видна; больные при скудном, зачастую, ночном освещении в некоторых больницах, часто путали врачей в белом с привидениями, ангелами и т.п. и сильно, возможно до смерти, пугались; в лечебные учреждения иногда попадали больные — представители народов, у которых белый — цвет траура и преждевременная скорбь, естественно, действовала на них угнетающе; и, наконец, самое вероятное: врачи интуитивно чувствуют, что многолетней варварской деятельностью полностью дискредитировали свою прежнюю «униформу»



и белый цвет халатов вызывает у пациентов только раздражение. Как бы то ни было, а я все же так предпочитаю белоснежный цвет халата.

Уже записав эти рассуждения по поводу одежды, я натолкнулся на старую журнальную заметку об исследовании, проведенном американскими психологами в двух больницах Бостона. Оказалось, что внешний вид врача во многом определяет настроение больного и его желание лечиться. Вывод психологов: **врач всегда должен быть в белом халате** — символе медицинского авторитета. Кроме того, 53% опрошенных решительно высказались против ношения врачами джинсов, а 23% — против кроссовок, считая их признаком неуважения к пациентам.

Обратите внимание на другие слагаемые внешнего вида. Если врач — мужчина, то хорошо ли он выбрит, если женщина — не слишком ли много на ней косметики, не соперничает ли ее маникюр с когтями пантеры.

Впрочем, ногти могут выдавать варвара и в мужчине.

Однажды я попал на прием к врачу, у которой не было маникюра, но была черная грязь под нестриженными ногтями. «Бедняжка копала картошку на дачном участке», — подумал я и поспешил закончить свой визит. Для полноты картины добавлю, что врач была паразитологом.

Много может сказать о своем хозяине врачебный кабинет. Обратите внимание на чистоту и общий порядок. Если на столе стоит пепельница и, тем паче, вы почувствовали запах табачного дыма — это большой минус. Врач не должен курить в своем кабинете! По-моему, истинно хороший врач — всегда некурящий. Скажу больше: борьба Минздрава с курением не может считаться серьезной, пока врачи сами курят.

Некоторые кабинеты плохих врачей напоминают чем-то зоопарки — столько водится в них живности. Крысы, мыши, тараканы, пауки, мухи — вот далеко не полный перечень возможных обитателей. Как-то раз, ожидая своей очереди на прием, я стал свидетелем настоящей охоты на тараканов, устроенной хозяйкой кабинета вместе с медсестрой и больной.

Около пятнадцати минут за дверь кабинета что-то стучало, громыхало и шлепало. Периодически приоткрывалась дверь и из-за нее высывалась чья-то нога, давившая убегающую жертву. Все это действо сопровождалось весьма веселым смехом «охотниц».

Когда подошла очередь и я попал в кабинет, пред моими глазами предстало поле недавнего побоища. Повсюду — на полу, на столах, на стенах — были раздавленные тараканы. Иногда



между ними пробегали уцелевшие.

Врач, как ни в чем не бывало, спросила: «На что жалуетесь?..» Дальнейшее общение с этой «Дианой-охотницей» окончательно убедило меня в ее редкостном варварстве. Варваркой, как потом оказалось, была и ее коллега, с которой она делила (посменно) свое рабочее место. Присутствие «кабинетной живности» помогало мне почти всегда безошибочно определить во враче варвара.

Перейдем теперь от внешних признаков варварства к более скрытым от наших глаз. Прежде всего, здесь следует обратить внимание на стиль общения. Грубость, хамство, черствость, невнимание к вашим жалобам сразу выдадут во враче варвара.

Но, как уже говорилось, далеко не все варвары так открыто демонстрируют свою дикость. Поэтому больному очень важно знать канонический порядок действий врача при приеме больного. Любое отклонение от него — большой минус, а существенное отступление — несомненный признак варварства. О том, как должен в идеале действовать врач, мы поговорим в гл.9. А сейчас позвольте остановиться на еще одном признаке, стопроцентно указывающем на варвара.

Каким бы это не показалось, на первый взгляд, странным — это почерк. Графология, как известно, наука серьезная и позволяет определить даже черты характера его владельца. Но это, понятно, под силу только специалисту-графологу. В рукописи ему о чем-то говорит каждая закорючка.

Мы, больные, как правило, таких знаний не имеем, но нам это, к счастью, и не требуется. Достаточно проанализировать только разборчивость и аккуратность почерка — характеристики очевидные для любого читателя.

Я неоднократно задавался вопросом: почему у разных врачей так часто одинаковый почерк? Причем одинаково плохой. Почему почерк врачей стал «притчей во языцех» и вошел даже в устный фольклор?

Вовочка пришел из школы радостный и говорит отцу:

— Папа, а мне сегодня учительница сказала, что когда я вырасту, то, скорее всего, стану врачом!

— А почему она так думает, наверное ты получил «отлично» по биологии?

— Нет, она сказала, что не разобрала в моем сочинении ни единого слова.





Я нашел этому несколько объяснений, но главное, сопоставляя почерк с другими признаками, я убедился, что врач с «куролапым» почерком **всегда** варвар. Вот о чем может свидетельствовать неразборчивость почерка: врач плохо учился в школе — у него проблемы с правописанием и он маскирует неграмотность каракулями; он плохо знает латынь, т.е. плохо учился уже в вузе; он сомневается в своих диагнозах или назначениях; он не уважает больного; он расхлябан и неаккуратен во всем; у него серьезное нервное заболевание; он вчера перепил или просто алкаш и у него дрожат руки.

Естественно, все это может относиться не только к мужчине, но и к женщине-врачу. Думаю, что в любом из этих случаев у вас пропадет желание лечиться у такого лекаря.

Докладчик на конференции египтологов:

— Все папирусы, найденные нашей экспедицией, уже десять лет не поддаются расшифровке. Это неопровержимо доказывает, что мы нашли врачебные рецепты.

Существует мнение, что медики каким-то невероятным образом всегда разбирают почерк друг друга. А между тем, в моей практике врачи неоднократно обращались ко мне с просьбой разобрать, что написано их коллегами в моей же амбулаторной карточке.

Аптекарь вводит в курс дела практиканта:

— А из этой бутылочки мы наливаем лекарство, когда рецепт совсем неразборчивый.

В качестве же утешения для тех, кто имеет плохой почерк, но не является врачом, хочу добавить, что неразборчивый почерк может быть у вас, например, от писчей судороги — заболевания тех, кому приходится много писать. Врач же обязан писать разборчиво, хотя бы и печатными буквами. И здесь мне вспоминается один доктор, который выдавал больным свои заключения и рекомендации отпечатанными на машинке — факт, несомненно, говорящий в его пользу.

И, наконец, возможно, второй по значимости, после порядочности, признак. Варвары не помнят важнейшей заповеди врача, оставленной французским медиком Ламассанем: «Надо уметь сомневаться». Сомнение — побуждение к поиску и залог осторожности. Врач должен вызывать у больного доверие к своим действиям. Именно поисковая активность в диагностике и осторожность в лечении на фоне внушения больному чувства



оптимизма, уверенности в результатах лечения, отличают хорошего врача от самоуверенного, самодовольного варвара.

Кроме уже рассмотренных — широко распространенных — существуют и другие, более специфические признаки варварства. По их совокупности мне удалось выявить несколько условных типов. Какое это может иметь практическое значение? Очень большое. Мы прекрасно знаем, что далеко не все больные и, тем более, не везде могут свободно выбирать себе доктора. Часто обстоятельства складываются так, что больной вынужден получать медпомощь от «первого встречного» врача. Особенно скованы в выборе врача жители сельской местности — ведь в селе и даже в райцентре врачей несравнимо меньше, чем, скажем, в областной больнице. Есть местности, где один врач приходится на несколько сотен квадратных километров.

Здесь больного может успокоить лишь то, что в таких местах работают, как правило, врачи — патриоты своего дела, с большим практическим опытом. Но все же... Как быть, если вы столкнулись с варваром?

Оказывается, как я смог убедиться, и с варварами не все так безнадежно. Понятно, что, если вы нуждаетесь в скорой медицинской помощи, вам будет не до выбора врача. Но если возле вас и окажется в этом случае варвар — не поддавайтесь панике. Случаи, требующие немедленного медицинского вмешательства, все хорошо изучены, описаны и, можно сказать, стандартизованы.

Любой врач, даже самый дикий варвар, знает, что надо делать, если, к примеру, у больного критически повышено давление, сильное кровотечение, пищевое отравление, перелом конечности и т.д. А у некоторых, но только некоторых из них, можно пройти полный курс лечения. И вот тут, для принятия правильного решения, вам понадобится не только выявить варварство, но и определить его тип.

Итак, вот эти типы и соответствующие им рекомендации.

### **Догматик**

Он всегда неприветлив, говорит мало, как бы нисходя до вас со своих медицинских вершин. Иногда много пишет, почти не глядит в вашу сторону. Он груб, может оборвать вас на полуслове. Его не интересует ваше мнение. Он всем своим видом демонстрирует, что относится к касте. За своей напускной суровостью он прячет некомпетентность и неуверенность. Он знает только то, чему его учили в институте, как правило, много лет назад и не хочет знать больше. Он боится упасть в ваших



глазах, показать свою неграмотность и поэтому неразговорчив.

К типу «догматик» довольно часто принадлежат врачи из категории «работающий пенсионер». Он не вылечит вас! С ним бесполезно бороться.

Выход здесь один — бежать без оглядки к другому врачу!



— Доктор, а когда меня выпишут?

— Когда распрямится ваша кардиограмма...

Хочу сказать, что именно встреча с догматиком-пенсионером (о ней я упоминал в гл. 1) и стала одним из побудительных мотивов, толкнувших меня на написание этой книги. Уж очень неприятен этот тип, уж очень много зла он привносит своей «лечебной» практикой в медицину.

В разговоре со мной (если можно назвать наше общение разговором) он продемонстрировал знания, основывающиеся на представлениях медицинской науки двадцатилетней давности — назвал бактерию, вызвавшую мое заболевание, вирусом. В довершение ко всему прописал для лечения токсическую дозу далеко не самого лучшего из имеющихся на тот день в арсенале медицины лекарств. После этого у меня пропало всякое желание еще раз посетить этого инквизитора.

Если вы столкнулись с догматиком, ищите другого, нормального врача, или обращайтесь к народному (но только к испытанному) целителю. Или же займитесь подготовленным самолечением.

## Переученный

Поясню, что давая название этому типу, я отнюдь не имел в виду смену специализации офтальмологом, к примеру, на терапевта или, тем паче, смену профессии слесарем-сантехником на хирурга.

Этот врач обычно безраздельно предан выбранной профессии и всю свою врачебную жизнь стремится к совершенству, понимая это весьма своеобразно. Он выписывает и читает множество медицинских журналов, новые научные книги, стараясь не пропустить ничего из последних мировых достижений и открытий. И в этом не было бы ничего плохого, если бы он относился ко всем этим материалам достаточно критично, а главное, не пытался проверить все вычитанное в своей практике.



Поздно, доктор — больной реанимирован!

Переученный забивает свою голову огромным количеством ненужных фактов, которые, накапливаясь, превращаются про-



сто в «интеллектуальный мусор». Это именно тот случай, когда «за деревьями леса не видно». Переученный просто теряет правильный подход к лечению. Он не видит той стратегической линии, которую каждый нормальный врач должен избрать в лечении больного, умением правильного выбора которой, прежде всего, и отличались знаменитые врачи. Переученный всегда уверен в своей непогрешимости и правоте — ведь он так много знает... Этим он и опасен.

Как распознать его? В разговоре он много и часто оперирует специальными медицинскими терминами, впрочем тут же великодушно снисходя до объяснений больному их значения. Он не преминет упомянуть, в каких медицинских журналах или умных книгах почерпнул те или иные знания. Может рассказать, между делом, что почерпнул на днях полезного, блуждая по «Интернету». Этот варвар, возможно, возьмет с заставленной множеством книг полки толстый том и в подтверждение своего бреда зачитает вам несколько строк. Но он будет, как правило, глух к вашим жалобам, будет весьма вольно трактовать результаты ваших анализов и исследований. Он не назначит вам правильного лечения и не вылечит вас!

Этого врача больной может использовать, разве что, как хороший справочник. Я дважды лечился у такого «всезнайки». О результатах вы можете догадаться. Ваши дальнейшие действия: см. «догматик».

### Потакающий (любезный)

Этот врач неискушенному больному — каких, к сожалению, среди нас большинство — может показаться очень хорошим. Он будет улыбчив и любезен. Он будет часами выслушивать ваши жалобы и кивать головой. Он может долго щупать, прослушивать через фонендоскоп и осматривать вас. Он почти всегда хочет узнать: где, чем, как и у кого вы лечились. За маской любезности и внимания этот врач прячет, как и догматик, свою некомпетентность и, в силу каких-то причин, обычно материальных, не желает терять в вас своего пациента.

Он будет лечить вас по старому диагнозу — если такой был поставлен другим врачом — теми же лекарствами и процедурами. Как исключение, он может назначить заменители этих лекарств, ничем не отличающиеся по характеру воздействия (ведь надо показать свою работу). Потакающий может прописать какие-нибудь лекарства и процедуры, которые не принесут вам вреда, как, впрочем, и пользы; может давать рекомендации, от которых так же — «ни холодно — ни жарко».



— Дорогой, врач посоветовал мне сменить обстановку. Посоветуй, куда бы мне лучше поехать?

— Я думаю, к другому врачу.

Потакающий не вылечит вас, но его можно использовать, если вы имеете познания в медицине и, главное, знаете чего хотите. Требуйте тех исследований и того лечения, которые считаете для себя необходимыми.

Как правило, такой врач удовлетворит ваши требования — ведь он, как мы помним, не хочет терять «клиента», да и свой липовый авторитет. И все же, лучше обратиться, по возможности, к другому врачу.

## Дистрибьютор

Врач-дистрибьютор имеет только одну цель — всучить вам лекарство, продавцом которого сам является. Этот тип в «обхождении» с вами вежлив и приятен. Он формально осмотрит и выслушает вас, но, как правило, не назначит каких-либо исследований. Диагноз дистрибьютор поставит при первой же вашей с ним встрече. При этом «набор» возможных диагнозов довольно ограничен, а содержание очень простое. Самыми «популярными» являются такие, как «зашлаковка организма» (интоксикация), «недостаток микроэлементов или витаминов».

Затем вас плавно подведут к тому, что ваши проблемы могут быть прекрасно разрешены с помощью современных препаратов, разработанных на базе новейших научных достижений известной фирмой. Вам даже расскажут основы новой «научной» теории, положенной в основу нового поколения лекарств или биологически активных добавок (БАД). Новые препараты, конечно же, разработаны на базе природных растительных компонентов, абсолютно безвредны и показаны всем: больным — для лечения, здоровым — для профилактики.

И, наконец, когда ваше любопытство достигнет апогея, дистрибьютор жестом фокусника достанет из ящика стола упаковку с «чудесным» снадобьем. Одна варварка-дистрибьюторша после такой подготовки даже предложила мне сразу выпить одну капсулу. После моего отказа она демонстративно сделала это сама, вместе с медсестрой. Это действие сопровождалось рассказом о том, как «чудо-капсулы» прекрасно помогают ей и всему ее семейству.

Возможно, если спектакль не возымеет на вас ожидаемого действия — немедленной покупки снадобья — дистрибьютор даже предложит вам, как и автору этих строк, посетить одно из



проводимых фирмой заседаний, где подробно разъясняются замечательные свойства ее продукции. На ваш же естественный вопрос о том, где можно купить препарат, варвар ответит, что только через него, что средство в аптеках не продается. Данный тип варвара довольно распространен. Мне он встречался трижды.

Не обязательно дистрибьютор распространяет что-то «фирменное». Это может быть и «эксклюзивный» набор трав, состав которого варвар откажется вам сообщить.

Существуют и скрытые дистрибьюторы. Это врачи, которые сами ничего не продают, но подписывают с фармацевтическими фирмами контракты и получают деньги за каждый «правильный» рецепт. Как распознать их? Вот возможные признаки.

Врач сильно настаивает на каком-то одном лекарстве, особенно если оно новое.

Врач не хочет обсуждать аналоги — заменители лекарства и отзывается о них крайне негативно.

В кабинете врача висят рекламные проспекты предлагаемого лекарства.

Рецепт выписывается на «фирменном» бланке производителя лекарства.

Имеют место «диагностика» и агитация, применяемые «открытым» дистрибьютором.

Распознать дистрибьютора, как видим, не сложно. Лечиться же у него, разумеется, не стоит.

## Энтузиаст-экспериментатор

Этот тип будет проверять на вас правильность своих бредовых идей. Будучи неспособным к правильному выбору стратегии диагностики и лечения, он будет назначать новые анализы и лекарства, пока вам не станет совсем плохо. Он тоже некомпетентен. Он может испытывать на вас новые, малоиспробованные методы лечения и препараты, в том числе и собственного изобретения. Его очень трудно сбить с выбранного пути — диагноза или метода лечения.

Опыт к врачу приходит от опыта — к опыту.

Вы можете вылечиться у экспериментатора, если пришли к нему с уже поставленным другим врачом и подтвержденным анализами правильным диагнозом. Но необходимо держать все под контролем!



## Апологет идеи

Такой врач совершенно оторвался от реальности. Он одержим, как правило, одной, а иногда несколькими идеями. Он считает, что нашел панацею или близок к этому. Он, возможно, когда-то вылечил одного или нескольких пациентов с какой-то одной болезнью своим методом и теперь ищет ту же болезнь у всех, дабы вновь блестяще этот метод продемонстрировать. Возможно, ему нужно подтверждение его идей для успешной защиты диссертации, или наоборот — он когда-то защитил диссертацию и теперь стремится подтвердить свои теоретические псевдонаучные выкладки практикой.

Этот тип выдает себя тем, что мало интересуется вашей историей болезни и все пытается подогнать под свои представления.

Возможно, что он сможет вылечить вас, но необходимо жестко направлять его в нужное русло. Если он не поддается, лучше расстаться.

## Практикант

Это молодой врач, не имеющий практического опыта. Это тот, кто будет набираться его на вас. Если он еще не слишком испорчен врачебной наукой и порядками, царящими в «храмах медицины», он, возможно, изберет правильный путь лечения. Но необходим, опять же, жесткий контроль с вашей стороны. Если вы не чувствуете себя достаточно уверенно в медицинских вопросах, лучше поступайте как и в случае с «догматиком».

## Темное «светило»

Он имеет множество заслуг и, как правило, ученую степень. Он окружен толпой прихлебателей, говорящих о нем только в превосходных выражениях и величающих его — даже в разговорах между собой — не иначе как «профессор» или только по имени-отчеству. На двери его персонального кабинета красуется золоченая табличка с ученым званием (академик, доктор мед. наук и т.п.). Впрочем, табличка может быть и скромной, но в кабинете у вас зарябит в глазах от обилия висящих на стенах и стоящих повсюду почетных дипломов, свидетельств на изобретения, наградных грамот, кубков, памятных подарков и т.п. мишуры. Книжный шкаф в кабинете заполнен увесистыми томами, впрочем, обычно довольно пыльными. К темному светилу не просто попасть на прием — у него определенные дни или часы приема.



При встрече вы увидите «светило» восседающим в массивном кресле. Он будет говорить с вами снисходительно-пренебрежительным тоном, перемежая разговор какими-то телефонными звонками, писаниной или чем-либо еще. Он пообещает вам, что решит все проблемы, возможно, намекнет, что стоимость истинно хорошего лечения всегда высока и может составить...

Он давно сам не практикует, не читает новых медицинских изданий — живет за счет старых заслуг и авторитета. Он уже забыл почти все, чему его учили. Сам он не вылечит вас, да и не собирается этого делать. Он поручит ваше лечение одному из своих подчиненных. Возможно, вас и вылечат, но это обойдется значительно дороже, чем аналогичное лечение у простого врача. В худшем случае, из вас просто вытащат кучу денег, а затем скажут, что медицина здесь бессильна. Лечиться ли у него — решайте сами. Я не стал бы...

## Вымогатель

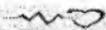
Он с радостью облегчит ваш карман на кругленькую сумму, но, конечно же, постарается сделать это с тактом и даже определенным изяществом. Наверняка он — уже известным нам путем — попытается выяснить ваше материальное положение. Если оно его удовлетворит, этот врач обнаружит, что вы больны одной, а возможно, несколькими болезнями, но не безнадежно. Я думаю, что количество болезней может оказаться в прямой зависимости от толщины вашего кошелька.

Впрочем, у вас может оказаться только одна болезнь, но такая, которая требует постоянного, т.е. пожизненного лечения.

Он скажет, что вам просто необходимы анализы, лекарства и процедуры, которые он в ходе своей многолетней практики успешно применяет. Возможно, вам предложат настои трав, которые должны вернуть вам здоровье.

После успешного лечения (что маловероятно), по результатам, конечно же, исследований у вас будет найдена (что очень вероятно) другая болезнь, которая, несмотря на ваше отличное самочувствие, требует незамедлительного лечения, ибо со временем превратит вас в инвалида. Ваш, уже порядком отощавший кошелек, продолжит свое похудение, и хорошо еще, если не вместе со своим хозяином.

Здесь мне вспоминается рассказанная моим родным дядей история. В пятидесятых годах прошлого века, в г. Запорожье, он попал на крючок сразу к двум вымогателям. Хитрецы, для пущей убедительности, говорили больному: «Я это не лечу,



но вот мой коллега...» — и посылали его к сообщнику, рекомендуя последнего, как прекрасного врача. «Лечение» проводилось «лекарством» в виде таблеток, состоящих из смеси наподобие мела с сахаром.

Дядя уже отдал за «лечение» значительную сумму и, возможно, что «лечился» бы и дальше (несмотря на прекрасное самочувствие), если бы в один прекрасный день не прочитал в местной газете статью под заголовком «Раскрыта банда врачей-вымогателей». За точность названия статьи я не ручаюсь, но суть такая. Из статьи дядя узнал, что его «добрые знакомые»-врачи арестованы и находятся под судом — фамилии приводились. Подробно говорилось и о примененном новаторами способе выколачивания денег из доверчивых граждан.

Время тогда было суровое — недавно прошло «дело врачей» — и вымогатели получили по заслугам. Приведенная история поучительна особенно тем, что прием с направлением к сообщнику используется вымогателями довольно часто. В своей практике я встречал две таких попытки. Лечиться ли у вымогателя? Вы, я уверен, уже сами ответили на этот вопрос.

## Грабитель

Грабитель всегда ставит больного перед выбором: «жизнь или кошелек», ну, в лучшем случае, «здоровье или кошелек». И это ничуть не гипербола автора, ибо в руке у грабителя чаще всего нож. Вы догадались, что речь идет о хирурге. Да, чаще всего грабителями являются именно они, т.к. совершенно уверены, что никогда не ответят перед законом за причиненный больному вред, имеют наибольшие возможности для причинения такого вреда и, вместе с тем, большие возможности для кардинального улучшения состояния больного.

Грабители прекрасно знают психологию больного, идущего на операцию. Вот примерный ход мыслей несчастного: «Не дашь — зарежет. Дашь мало — сделает плохо. Сколько же и кому давать?» И в первой и во второй мысли грабитель не станет вас разубеждать. Что же касается вопроса, то вас плавно подведут к ответу на него. При этом во внимание, конечно же, обычно принимается не только желание грабителя, но и возможности вашего кошелька.



— Наркоз мы дадим вам бесплатно! А вот будить будем за деньги...

В одной из киевских больниц, где делаются операции на щитовидной железе, проверкой, проведенной в 2002 году го-



родской мэрией, было установлено, что из сорока трех опрошенных больных сорок два заплатили по 600 гривен за операцию (около 110 у.е.) и один — 100 гривен за обследование. И это при том, что деньги на лечение выделялись из городского бюджета. «Контору» грабителей попытались разогнать, но Минздрав «горой» встал на защиту варваров. И что вы думаете? Они «выкрутились»! Еще и обвинили мэрию в том, что приостановилось проведение плановых операций!

Как распознать грабителей? Вам не придется напрягаться, ибо в «бесплатных» государственных больницах этим занимаются практически **все** хирурги. Что же касается прочих лечебных учреждений, в тех из них, где хирурги не удовлетворены своей официальной зарплатой, они тоже намекнут вам на необходимость «дополнительных расходов».

Иногда грабитель — не хирург, а просто грамотный, но безнравственный специалист, который реально может оказать больному серьезную помощь, но только за большую «мзду». Здесь главное не перепутать его с «вымогателем» — тем, кто не вылечит вас ни при каких условиях.

Такой грабитель может пожаловаться вам на свою низкую зарплату. Может рассказать, что много платит за обучение детей. Да мало ли что он может сказать... Направленность будет одна — доведение до вашего сознания неизбежности «вытряхивания» кошелька.

При этом до «вытряхивания» одного процесс лечения будет идти как-то вяло и неуверенно. Врач то будет занят писаниной, то разговорами с коллегами или еще чем-нибудь. Он может, осмотрев вас, сказать, что не видит у вас «ничего такого...» Или сказать, что все ваши болезни «не по его кафедре». На вопрос: «А по чьей-же?» — ответом будет: «Не знаю». Если вы лечитесь стационарно, врач может забежать один раз в день к вам в палату на секунду-другую, сказать, что у него очень много работы и умчаться восвояси так скоро, как будто опаздывает на вечерний поезд. Всем своим поведением он будет демонстрировать неудовольствие и невнимание к вам.

Как бороться с грабителями? К сожалению, в нынешних условиях это сложно. Можно попытаться минимизировать свои расходы. Если речь не идет об операции, можно давать деньги (подарки) небольшими порциями. Мне рассказывали, как больные, которым по жизненным показаниям была необходима операция, плакали при выписке из «бесплатной» больницы, будучи не в состоянии заплатить хирургам.

Не надо плакать! Если грабитель вас «достал», можете об-



ратиться в соответствующие органы МВД. Вам помогут поймать его «на горячем». После этого, я думаю, коллеги находящегося под арестом и следствием варвара, не только сделают вам бесплатно и качественно операцию, но еще и поблагодарят за то, что вы у них лечились.

Рассмотренные типы, напоминаю, весьма условны — могут быть и смешанные типы, и некоторые отклонения от «классики». Но я надеюсь, что изложенного выше достаточно для того, чтобы вы смогли распознать во враче варвара и принять правильное решение.

На приеме у врача.

— Доктор, у меня голова болит.

— У меня тоже.

— И сердце колет.

— У меня тоже.

— И печень что-то пошаливает.

— У меня тоже.

Пауза.

— Знаете, доктор, я лучше пойду к другому врачу.

— Эй, подождите!.. Я пойду с вами.



При выборе врача некоторую помощь вам может оказать «Книга отзывов и предложений». Такие книги обычно ведутся в каждом ЛУ. Кстати, судя по названию, врачи даже мысли не допускают о том, что могут иметь место и жалобы. Жалоб вы в книге, как правило, не найдете — больные не привыкли жаловаться, — но найдете в адрес некоторых врачей хвалебные отзывы, которые, возможно, помогут вам выбрать наилучшего лекаря. Хочу предупредить о необходимости критичного отношения к полученной из «Книги...» информации — ведь мы, больные, ее авторы — бываем часто так наивны...

Меня очень развеселила одна из хвалебных записей, сделанная какой-то больной в адрес оперировавшего ее хирурга, в примитивных, но от души стихах. Надо заметить, что операция по неофициальному тарифу обошлась ей примерно в 300—350 у.е. Так вот, наряду с прочим, там была про этого врача и такая, написанная в восторженном порыве строфа: «...Мужчина — ничего себе: цепь золотая в пол-кг и есть, наверно, БМВ».



## 9. ИДЕАЛЬНЫЙ ВРАЧ, КАКОЙ ОН?

Идеальных врачей, конечно же, не существует, как не существует в мире ничего идеального, но во многих научных исследованиях часто используются идеальные модели. Попробуем и мы представить себе идеального врача. Зачем нам это нужно? Прежде всего — раз уж мы исследуем врачей, — чтобы иметь некую меру, позволяющую определить, насколько реальный врач «не дотягивает» до идеального, если он все же хороший, или насколько он плох, если варвар. А в конечном счете, чтобы правильно выбрать себе лекаря. И, кроме того, в глубине души я надеюсь, что врачи, ознакомившись с представленным стандартом-идеалом, станут чуть-чуть лучше или, хотя бы, будут стремиться к этому.

Говоря о качествах идеального врача, мы подробно остановимся на том, каким образом больной может выявить наличие или отсутствие соответствующих качеств у врача реального, т.к. далеко не всегда и не все они «лежат на поверхности».

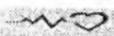
Начнем с возраста — характеристики, на мой взгляд, немаловажной. Оптимальный возраст врача тесно увязан с его профессиональным стажем и, соответственно, с опытом.

 Опыт врача приходит с сединой, а седина к больному: приходит с врачами.

По данным проведенных в США исследований, в медицинской науке знания устаревают каждые 2—3 года на 20—30%. Я очень склонен доверять этим данным, т.к. в своей практике неоднократно сталкивался с врачами, которые понятия не имели о некоторых открытиях в медицине, имевших непосредственное отношение к их специализации, но сведения о которых я смог почерпнуть из научно-популярных статей в периодической печати.

Так, заведующий одного инфекционного отделения в 1981 году узнал от меня об открытии возбудителя гепатита «С». Многие (!) инфекционисты на момент написания этих строк не знают о существовании бактерии *Chlamydia pneumoniae* — возбудителя болезни органов дыхания (и не только), хотя открыта она еще в 1983 году. Встречал я неоднократно и врачей, не знавших о появлении новых, лучших чем они рекомендовали больным, лекарств.

Напичканы новыми знаниями выпускники вузов, но они не



имеют еще практического опыта. Для «вхождения» в профессию — включая интернатуру — врачу необходимо не менее пяти лет. Таким образом, оптимальный по возрасту врач — имеющий стаж 5—10 лет. Он еще не забыл то, чему его учили в университете, его знания еще не очень устарели, он уже имеет некоторый опыт. Врачи редко занимаются самообразованием сами, а к занятиям по повышению квалификации относятся не все серьезно. Учитывая, что из вузов врачи выпускаются, в основном, в возрасте 23 — 26 лет, получаем оптимальный возраст 32 года.

Но здесь необходима поправка на специализацию — в работе хирургов и стоматологов навыки имеют перед свежестью знаний, несомненно, превалирующее значение, т.к. эти врачи лечат больных, буквально, своими руками.

Не случайно многие выдающиеся хирурги достигали вершин мастерства в возрасте более почтенном. Поэтому я считаю, что для этих врачей оптимальным является возраст лет на 10—15 старше, т.е. 42—47 лет. Видимо, закономерно то, что знаменитый К.Бернард сделал первую в истории пересадку сердца в возрасте 46 лет.

Определить с достаточной точностью возраст человека, для читателей, я уверен, не представляет трудности. Поэтому не будем на этом останавливаться.

Теперь, что касается пола... Основываясь на своей практике, я не могу здесь отдать кому-либо предпочтение. Как у врачей мужчин, так и у врачей женщин есть свои преимущества и недостатки, обусловленные известными психологическими и физиологическими особенностями полов.

Еще сравнительно недавно, в XIX веке, в медицине было силье врачей мужчин. Женщинам, как правило, отводилась роль медсестер и санитарок. XX век стал здесь переломным, как мы знаем, для многих профессий, в том числе и врача. И слава Богу! Женщины приносят в медицину, может быть, то, чего ей больше всего сегодня не хватает — душевность и сострадание к больному.

Среди хирургов по-прежнему преобладают мужчины, и это, конечно, закономерно. Хирургия требует от врача большой физической и психологической выносливости. Поэтому при выборе хирурга больной, несомненно, должен отдавать предпочтение мужчине.

Какими личными качествами должен обладать идеальный врач? Я повторюсь, что главное качество — порядочность. А теперь вспомните: «Всех излечит-исцелит добрый доктор Айболит...». Когда К.Чуковский писал для детей эти строки, он, ко-



нечно же, интуитивно выделил здесь две главные черты идеального доктора, каковым хочет представить маленькому читателю Айболита. Первая: он лечит один — всех, то есть все болезни. А значит, имеет широчайшие познания. Вторая же черта — доброта.

Доброта, по-моему, должна проявляться не в сюсюканьи и потакании всем прихотям больного, а в вежливости, чуткости, сострадании, отзывчивости, умении внимательно выслушать и ответить на вопросы. Личные качества врача вы можете оценить, главным образом, в ходе вашего с ним общения. Здесь совершенно не подойдет характеристика, данная вашему врачу его коллегой — действует известный вам деонтологический принцип. Но любой информации чураться не следует.

Иногда и в характеристике, данной другим врачом, могут проскользнуть зерна правды. В чем-то может помочь информация, полученная от других больных, уже имевших опыт лечения у вашего врача. Но и ей не следует слишком доверять, поскольку больные часто не замечают у врача черт, присущих варвару, и запросто могут (в чем я сам убедился) принять, к примеру, «потакающего» варвара за душевного врача. Косвенными указаниями на личные качества врача могут отчасти служить «популярность» среди больных и то, как врач контактирует с другими врачами и медсестрами, его распросы о вашем здоровье.

Что же касается деловых качеств — знаний и умений, то в идеале врач, на мой взгляд, должен знать все, чему его учили и все то новое, что касается его специализации и известно на текущий день. Иначе говоря, он должен учиться постоянно. Уметь же он должен правильно применять свои знания на практике.

Говоря о специализации, я исхожу из существующего положения вещей, а действительно идеальный доктор, я уверен, должен быть специалистом широкого профиля, — эдаким Айболитом, если хотите. Такое вполне возможно. Например, академик А.Шалимов прекрасно освоил и делал практически все полостные операции, работал он и как терапевт широкого профиля.

По-моему, врач не обязательно должен знать, к примеру, тонкости химических процессов в организме при употреблении тех или иных лекарств или при взаимодействии компонентов иммунитета с возбудителями болезней, но должен знать все, что касается практики применения лекарств и реакции тех же компонентов иммунитета на различные воздействия. В своей области он должен знать симптомы болезней и все современные методики лечения.



Как врач должен строить лечебный процесс? Методика лечения имеет много общего для разных врачебных профилей, достаточно хорошо разработана и описана. Я читал о ней в нескольких медицинских учебниках и, признаюсь, был несколько удивлен. Нет, к самой методике у меня претензий нет — она приемлема. А удивлен я был тем, как часто расходится у врачей теория с практикой. Рассмотрим в качестве примера порядок работы идеального терапевта.



- Что болит?
- Здравствуйте...
- Когда заболело?
- Почки...
- Что пили?
- Два дня назад...
- До свидания.
- Тормозную жидкость...

Итак, врач при первом вашем визите выясняет историю заболевания (собирает анамнез). Анамнез включает: жалобы, перенесенные заболевания, привычки (курение, употребление алкоголя и т.п.), наследственность. Врач получает эти сведения путем личных распросов и из амбулаторной карточки (истории болезни, если вы на стационарном лечении).

Кроме того, врач узнает дополнительную информацию: какие лекарства вы принимаете постоянно или принимали в недавнем прошлом; есть ли у вас аллергия на что-либо, в том числе на лекарства; менялся ли недавно привычный уклад жизни или привычки (уход на пенсию, новая работа, командировка, вступление в брак, развод и др.); ваше питание и диета; сведения о вакцинациях на протяжении жизни; сведения о перенесенных операциях, госпитализациях и амбулаторном лечении; сведения о заболеваниях членов семьи; сведения о прошлых и текущей беременностях и кормлении ребенка грудью; причины смерти ближайших родственников. Врач спрашивает о происшедших изменениях при каждом новом к нему обращении.

После сбора анамнеза, врач собирает первичные объективные данные путем осмотра кожных покровов, глаз, ротовой полости, прощупывания (пальпации) живота и лимфоузлов, простукивания туловища больного, измерения артериального давления и температуры, прослушивания дыхания и сердцебиения, измерения и оценки пульса и т.д. На основании собранных сведений он ставит предварительный диагноз.



Вынося такой диагноз, врач учитывает, что различные заболевания могут иметь одинаковые или близкие симптомы, и должен предполагать у больного, в первую очередь, наиболее опасные для его здоровья и жизни (а возможно и для здоровья окружающих) заболевания. Т.е. объективные исследования должны быть направлены, прежде всего, на исключение таких заболеваний.

Меня удивляет, в частности то, что медицинские учебники предписывают врачу исключать в первую очередь не самые опасные, а самые распространенные заболевания.

На основании предварительного диагноза, врач, в случаях не терпящих отлагательства, назначает лечение. Но вне зависимости от того назначено оно или нет, врач уточняет диагноз путем объективных исследований. После уточнения диагноза он назначает соответствующее лечение. При существующей практике, правда, этого почти никогда не происходит.

Обычно терапевт, в зависимости от того, что он диагностировал у больного, направляет его к какому-нибудь узкому специалисту. Фактически, терапевт работает в качестве диспетчера.

Пациент:

— Доктор, меня все игнорируют...

Терапевт:

— Так, следующий, проходите!

Если врач не может сам разобраться в вашей болезни, он обращается за помощью к более опытному коллеге или просит своего непосредственного начальника собрать консилиум. В этом случае врач в дальнейшем руководствуется решением консилиума.

Врач подробно и четко записывает в историю болезни дату, ваши жалобы и полученные в ходе исследований объективные данные, поставленный диагноз и назначенное лечение. Под этой записью он расписывается и четко пишет свою фамилию.

При назначении лечения врач подробно рассказывает вам о вашем заболевании и о выбранной стратегии лечения. С целью подбора оптимальных лекарств он, при необходимости, узнает о ваших финансовых возможностях и рекомендует наиболее вам подходящую аптеку. Врач объясняет действие назначенных лекарств и процедур, порядок их приема, предупреждает вас о возможных побочных эффектах, вызываемых лекарствами или процедурами, и рассказывает, что вы должны делать



в этом случае. Он обязан подробно отвечать на возникшие у больного вопросы.

В ходе лечения врач периодически контролирует ваше состояние и, в зависимости от него, может вносить в лечение коррективы.

Если врач лечит ребенка, престарелого человека или больного, который по своему состоянию не может сам усвоить или выполнять рекомендации, он обращается к их ближайшим родственникам.

— Доктор, неужели моя болезнь так ужасно безнадежна?

— Ну зачем же так мрачно! Давайте скажем по-другому: если я вас вылечу, то стану всемирно известен.

И, наконец, каким должен быть идеальный доктор: платным или бесплатным? Конечно же, «эталлонный» врач — это бессребренник-идеалист, приходящий на помощь больному из чисто гуманистических принципов. Такие врачи, возможно, были в истории, но больному не следует тратить время на их поиски. Если они еще и существуют, то сегодня это исчезающий тип — можно искать всю жизнь и не найти. Выбор нами такого идеала отнюдь не означает, что реального врача нужно выбирать исключительно среди предст-зителей бесплатной медицины.



## 10. ВЫ ИДЕТЕ НА ПРИЕМ...

Для больного иногда совсем не очевидно — к врачу какого профиля надо обратиться, особенно если это первое обращение по поводу новой болезни. Пользуясь существующей, как правило везде, системой узкой специализации, врачи часто играют больными в пинг-понг и скитания по кабинетам в поисках необходимого специалиста могут занять несколько дней.

Если вы в затруднении, обращайтесь сначала к терапевту. Он — после предварительного обследования — должен или сам взяться за ваше лечение, или определить, к какому специалисту вас направить. Пинг-понг обычно начинается, если терапевт оказывается варваром и направляет вас не к тому, к кому надо. Поэтому, пользуясь тем, что уже знаете, и если позволяют обстоятельства, постарайтесь выбрать хорошего терапевта. Выбрав же врача, хорошо подготовьтесь к первому посещению.

Визит к врачу совсем не такое простое дело, как многие думают. Впрочем, некоторые, наоборот, боясь посещения врача как экзамена. И действительно, врачи устраивают больному на приеме экзамен, причем вопросы могут поставить неподготовленного больного в тупик. Один из любимых вопросов «на засыпку»: «С какого времени болеете?» После него обычно следует непродолжительная немая сцена, во время которой испытуемый судорожно пытается вспомнить дату начала болезни. Понятно, что иногда это почти невозможно. Обычно мы не фиксируем в памяти такие даты, а к врачу обращаемся, когда болезнь уже в разгаре. Еще сложнее ответить, если болезней у вас много и длятся они годами.

Другой любимый «экзаменаторами» в белых халатах вопрос: «На что жалуетесь?» И вот вы, как студент, торопливо перечисляя свои «болячки», часто забываете сказать про очень важное.

Врач — пациенту:

— Мы закончили ваше обследование. Итак, на что жалуетесь?

Из всего этого следует, что к посещению врача, как и к экзамену, надо готовиться. К счастью, на этом экзамене врачи пока еще не запрещают больным пользоваться шпаргалкой. Постарайтесь заранее обдумать ответы на два приведенных выше вопроса и, возможно, записать их, особенно на второй. Если вы



не очень надеетесь на свою память, запишите ответы и на другие возможные вопросы, которые врач обязан задать вам, собирая анамнез (см. гл.9).

Учтите, что для получения оценки «отлично» одной шпаргалки вам будет недостаточно. Очень желательно иметь при себе, кроме медицинской карточки, результаты ранее проведенных анализов и исследований (кардиограммы, рентгеновские снимки и др.). Хорошо бы завести для них отдельную папку или скоросшиватель.

Даже если вам удалось выбрать лучшего, на ваш взгляд, врача и он, как вам кажется, приближается к идеалу, отнюдь не лишним будет соблюсти несколько простых правил.

Не демонстрируйте свой социальный и материальный статус. Если вы скажете лекарю, что являетесь председателем, допустим, «Лиги борьбы с врачами» и приедете на прием в роскошном лимузине в сопровождении двух вооруженных телохранителей — это отнюдь не прибавит ему уверенности в действиях.

Если вы придете на прием в платье «от Valentino», в золоте и бриллиантах — это никак не сократит и не удешевит лечение, скорее наоборот. При этом я отнюдь не призываю вас обречься в рубище — просто соблюдайте меру. Врач встречает больного «по одежке» и от этого нам никуда не уйти.

Думаю, не лишним будет напомнить, что аккуратный, опрятный человек уже вызывает некоторое уважение у окружающих. Поэтому не уподобляйтесь некоторым врачам-варварам и приходите на прием в чистой одежде, с чистым телом, зубами и т.д.

Сравнивая прием врача с экзаменом, хочу подчеркнуть, что в отличие от последнего, на приеме нельзя демонстрировать врачу свои познания в медицине до определенного момента. Наоборот, старайтесь скрыть, что вы в чем-то разбираетесь. Врачи очень не любят грамотных больных, задающих вопросы, на которые не может ответить горе-врач, больных, знающих, что должен делать врач. Поэтому не показывайте своих знаний без необходимости.

Если же вы не соблюдаете это правило, врач не пойдет на полный контакт — он «спрячется в ракушке» и вы не сможете получить информацию, необходимую для определения его типа. Только определив, с кем имеете дело, можете при необходимости корректировать действия лекаря соответственно его положению в классификации, прибегая при этом к аргументации, основывающейся на медицинских познаниях. Но, в любом слу-



чае, старайтесь не злоупотреблять этим. Не лишайте врача-варвара, если уж вы решили у него лечиться, иллюзии того, что он является главным в выработке стратегии и тактики лечения.

Часто эскулапы, дабы удержаться на высоте положения, задают более или менее просвещенному больному вопрос: «Вы кто по профессии?». После вашего ответа обычно следует: «Ах, вы не врач...», и саркастическая улыбка. Мол, не суйся в мой монастырь со своим уставом.

Вы, в свою очередь, можете ответить, что врач — это только профессия, а не монополия на правоту. Или же возразить одним из приведенных в гл. 1 контраргументов.

Однажды я быстро сбил спесь с варварки, ответив на известный вопрос, что я больше, чем врач. Это ее почти шокировало. Немного оправившись, она, естественно, спросила, кто же я. Я добил ее, сказав, что я докторолог — специалист по врачам. Врач, конечно, подумала, что я шучу (а ведь я не шутил!), тем паче, что в подробности я не вдавался, но этого хватило, чтобы наш дальнейший разговор происходил на равных.

Надеюсь, что прочитав эту книгу, вы тоже сможете сказать врачу о себе, что вы докторолог, а каждый прочитавший ее варвар сразу поймет, что это значит и что с вами его «штучки» не пройдут.

Демонстрируя свои знания, не говорите: «Я читал об этом...» Лучше сказать, что вы услышали об этом от какого-то врача. Это особенно важно, если вы возражаете врачу. Вы для него, как известно, — не авторитет.



В кинотеатре заканчивается фильм — идут титры. Вдруг с последнего ряда вскакивает мужчина и обеспокоенно кричит:

— Врачи в зале есть?

Зажигается свет, все начинают беспокойно оглядываться. С первого ряда встает мужчина и говорит:

— Я врач.

— Не правда ли, коллега, хороший фильм?

Но стоит сослаться на другого, пусть даже «виртуального» врача, как разговор переходит в нормальное русло. При этом постарайтесь не сморозить какую-нибудь явную чушь — говорите только то, в чем действительно уверены, что почерпнули из серьезных источников. Иначе эффект может быть противоположным — врач заподозрит вас во лжи и вы полностью потеряете контакт с ним.

Ваши действия должны быть различными, в зависимости от того — обращаетесь ли вы к врачу впервые по поводу вашей



болезни или же раньше лечились от нее у другого врача. В первом случае можете показать врачу все свои медицинские документы.

Если же вы уже лечились у варвара и теперь, естественно, ищете другого, нормального врача, не спешите сообщать об этом новому лекарю. Тем более не стоит преждевременно говорить о поставленном ранее диагнозе и о лекарствах, которыми вы уже лечились. Пусть ваш новый врач поработает! Ведь, как уже упоминалось в гл.8, некоторые врачи сразу хватаются за такую информацию, после чего совершенно отключают свои мозги.

Вы можете только частично «рассекретить» эти сведения, в объеме, необходимом для коррекции обследования. А полностью — только при необходимости. Что я имею в виду? А то, что многие исследования наносят нашему организму некоторый вред (рентген, например) или просто очень неприятны, и делать их повторно без особой необходимости просто ни к чему. Ни к чему продолжать и лечение лекарствами, которые вы уже испробовали и которые не помогли.

Справедливо возникает вопрос: «А что же амбулаторная карточка — ведь в ней все это написано и любой врач обязан с ней ознакомиться?» Да, ее лучше, по возможности, не показывать. Ведь могли вы забыть ее дома или потерять? Показать же можете анализы и результаты обследований, т.е. то, что более или менее объективно отражает состояние вашего здоровья.

В частности поэтому я рекомендую результаты анализов и исследований подшивать или подклеивать отдельно от амбулаторной карточки, в хронологической последовательности. Кроме того, вклеивание анализов в карточку существенно затрудняет врачу пользование ею и поиск тех же анализов. Учтите также, что слишком тщательное оформление подшивки результатов исследований может дать повод врачу-варвару заподозрить вас в ипохондрии.

В коммерческих ЛУ проблема карточки частично снимается — там вам, как правило, при первом обращении заведут новую карточку. Старую, из госсистемы, можете показать врачу, если считаете нужным.

Если вы заметили, что врач по какой-то причине подозревает вас в ипохондрии, налегайте на данные объективных исследований и очевидные внешние (если они есть) проявления болезни: бледность, краснота глаз, отеки, насморк, кожные высыпания и другие. Кстати, строго говоря, анализы не всегда объективны. Но об этом мы подробнее поговорим в следующей главе.



Скрывая или предоставляя информацию, старайтесь не вызвать у врача недоверия к вам. Врачебная этика предусматривает возможность отказа от лечения больного, если последний не доверяет врачу.



— Больной, я ваш врач и вы должны доверять мне!

— Э — э нет, доктор, — это вы должны внушать мне дове-

Будьте начеку! Попробуйте при общении с врачом определить, к чему он клонит, его тип и действовать соответственно. Теперь у вас достаточно знаний для этого.

В любом случае будьте вежливы и спокойны, даже если варвар пытается разозлить вас. С таким лучше сразу расстаться. При этом — если вас «распирает» — можно сказать варвару (вежливо и спокойно!) то, что о нем думаете, но лучше воздержаться от этого.

Перед визитом четко определите свою цель: хотите ли вы диагностики и лечения или новых, углубленных обследований и диагностики, нового лечения, или направления на консультацию к другому специалисту, или чего-то еще. При этом прислушайтесь к аргументам и советам врача, если он заслуживает доверия и, при необходимости, корректируйте свои цели.



## 11. ЕСЛИ ВРАЧ НАЗНАЧАЕТ АНАЛИЗЫ...

Каждому известно, что только по результатам анализов и других исследований врач может поставить диагноз. Но, к сожалению, не все анализы и исследования в равной степени могут претендовать на полную объективность. Более объективными могут считаться те исследования, результаты которых фиксируются аппаратурой, например, рентгеновский снимок. Анализ же крови, сделанный лаборантом в «ручном» режиме, имеет большую вероятность ошибки — ведь людям так свойственно ошибаться... Но тот же анализ, сделанный автоматическим анализатором, дает больше шансов на объективность. Однако и в этом случае мы не застрахованы на 100% от ошибок. Ведь аппаратуру проектируют, изготавливают и регулируют тоже люди. Лаборант, скажем, может перепутать порции крови и вы получите (если еще и врач окажется варваром) чужой диагноз.

В большинстве лабораторий стран СНГ — из-за несовершенства аппаратуры и применяемых (устаревших) методов диагностики — погрешность результатов анализов может достигать 30—40%. Это очень много.

Врач — пациенту:

— У вас в моче обнаружена кровь.

— Но доктор, я и сдавал на анализ кровь!

— Да? Ну значит это у вас в крови повышена мочевины.

С ростом числа измерений вероятность ошибки, как известно, уменьшается. Кроме того, некоторые анализы и исследования приходится производить по несколько раз из-за периодичности и случайности появления в организме больного тех или иных признаков заболевания. Простейший пример: цисты лямблий могут выделяться периодически. Поэтому хорошим правилом для больного и врача могло бы стать такое: «чем больше исследований — тем лучше».

Но здесь есть два «но». Во-первых, медицинские учебники учат, что «чрезмерное увлечение или использование без особых надобностей технических и лабораторных средств в диагностике может привести к дегуманизации медицины, фетишизации технических средств, данных лабораторных и инструментальных методов исследования». Это ерунда, конечно, но врачи часто боятся назначить «лишний» анализ, дабы коллеги не запо-



дорзили их в «чрезмерном увлечении» и «дегуманизации» медицины.

Такое опасение врача усиливается, если «лишний» анализ еще и дорог, а больной лечится в бесплатном ЛУ. Во-вторых, не всегда врачи назначают именно те анализы, которые необходимы. Иногда они делают это в силу своей некомпетентности и растерянности, иногда — чтобы «объективно» подтвердить свой заведомо неверный диагноз или «замести следы» неправильного лечения, а иногда — ради материальной выгоды.

Последнее обычно имеет место, если исследования делаются за ваш счет, а медицинское учреждение, к примеру, — коммерческая организация, в которой зарплата врача поставлена в прямую зависимость от привнесенного им дохода. Могут быть и другие формы материальной заинтересованности, поощряющие врача к неблагоприятным действиям. Поэтому больным желательно знать, какие основные анализы обычно и чаще всего назначаются врачами, а какие в особых случаях.

По данным американских исследований, в клиниках США, именно из корыстных целей, значительная часть анализов (цифры не приводятся — видимо, чтобы не перепугать больных) назначается совершенно необоснованно. Что уж тут говорить о странах СНГ!

Я сам неоднократно сталкивался с подобной практикой в платных лечебных учреждениях. К счастью, тогда я уже кое-что понимал в медицине.



- Доктор, почему вы меня так долго обследуете?  
— Ну не могу же я отпустить вас без болезни!

Часто врач-коммерсант назначает сразу целую «обойму» исследований на кругленькую сумму. Возможно, что для постановки точного диагноза вам придется пойти на все эти назначения. Но очень вероятно, что уже первые два-три рутинных и дешевых исследования из «обоймы» дадут полную картину заболевания. Поэтому не спешите делать все сразу. Начните с наименее дорогого и наиболее информативного.

Поскольку состояние крови специфически меняется почти при всех болезнях, чаще всего назначают общий анализ крови, несколько реже — развернутый. Другой «любимый» врачами анализ — общий анализ мочи. Он также позволяет судить о многих заболеваниях. Но будьте бдительны! Во многих случаях этих двух анализов недостаточно!

Плохой врач, опираясь только на их результаты, может уверять вас, что все нормально — только бы побыстрее отделаться



от больного. Есть целый ряд исследований — тех же крови и мочи, — позволяющих определить состояние иммунной, эндокринной систем, наличие и тип возбудителя заболевания и др. Эти анализы сложнее и дороже, и потому, если лечитесь вы в государственном учреждении и за счет государства, врач назначает их так неохотно, будто платит за них из своего кармана. Впрочем, говоря вам о дороговизне какого-либо исследования, врач имеет в виду совсем другое, как вы уже догадались, — вашу подачку ему за столь «геройское» назначение. При некоторых болезнях без таких исследований действительно не обойтись. Поэтому требуйте своего, а «тонких» намеков можете просто не замечать. В последующих главах вы найдете сведения, которые, я надеюсь, помогут вам в какой-то степени контролировать действия врача.

Хочу предупредить читателя, что иногда действия врачей и лаборантов — касательно анализов — бывают просто преступными и могут повлечь тяжелые последствия. Возможны несколько вариантов таких преступлений.

Первый выглядит так. Материально заинтересованный врач, после выслушивания жалоб, говорит больному, что предполагает наличие у него какого-нибудь хронического инфекционного заболевания — цитомегалии, например — и предлагает сдать кровь на антитела — довольно дорогой анализ. Больной, естественно, соглашается. После этого сданную им кровь выливают, извините, в канализацию, а на бланке анализа пишут, что обнаружены антитела к цитомегаловирусу в количестве, превышающем норму в 2—3 раза. Врач предлагает больному пройти курс лечения, тоже довольно дорогой. Обманутому некуда деваться и в течение некоторого времени он глотает совсем безвредные таблетки. После такого «лечения» ему предлагают сдать теперь уже контрольный анализ. Далее почти все повторяется, но на этот раз выдается заключение, что антитела к вирусу в пределах нормы.

«Прекрасно!» — говорит врач. «Не очень», — отвечает ему несчастный и повторяет все свои жалобы. «Это может быть герпес», — глубокомысленно заключает врач и дальше все происходит по уже известной схеме. Такие циклы «лечения» могут повторяться до тех пор, пока у «пойманного» полностью не истощится кошелек. Запас хронических инфекций у медицины достаточно велик. Впрочем, могут быть и варианты с одной инфекцией, которую пациент «лечит, но не может вылечить». Дорогие, «сэкономленные» на больном, реактивы используются по усмотрению врача или лаборанта — обычно для проверки



своего здоровья, здоровья родственников, медицинских начальников, просто «нужных» людей и т.д.

Другой вариант преступления выглядит так. Больного действительно лечат от реальной болезни, но лечит врач-варвар. Когда он начинает понимать, что его лечение, а возможно, и диагноз, были неправильными — особенно если лечение привело к каким-то осложнениям в течении болезни — врач срочно назначает исследования, которые должны объективно показать состояние здоровья и успех лечения при данном диагнозе.

И здесь на помощь врачам приходят дружба и взаимовыручка, которыми, как мы помним, врачи всегда отличались, к тому же они могут подкрепляться еще и материально. В результате анализы прекрасны и больному предлагают, если он лечится стационарно, быстренько выписаться. На его резонные возражения и жалобы на плохое самочувствие врач отвечает, что это «остаточные явления», которые вскоре пройдут. «Полечитесь еще дома, попейте травки...» — говорит он. После закрытия истории болезни и выписки из стационара дальнейшее ухудшение состояния больного будет трактоваться любым врачом как вновь возникшая болезнь — если первый диагноз и лечение были неправильными, либо как рецидив (обострение) болезни — если неправильным было только лечение.

.....  
 Врач — пациенту:

— Сами подумайте, откуда у вас при вашем образе жизни и зарплате могут быть хорошие анализы?  
 .....

Третий вариант преступления очень простой, но распространенный. Больной — по своей инициативе или по рекомендации лечащего врача — сдает анализ на что-либо в каком-нибудь коммерческом диагностическом центре. Причем его врач вовсе не обязательно должен (хотя и может) быть каким-то образом связанным с этим центром. Сданный материал (кровь, мочу или др.) никто и не собирается исследовать. Больному выдается заключение, что все «о'кеу». Диагностический центр получает свои деньги, а как используются «сэкономленные» реактивы — вы уже знаете.

Четвертый вариант может выглядеть так. Больной сдает, скажем, кал «на яйцеглист». Анализ же делает молоденькая смазливая лаборантка, которая страстно мечтает выйти замуж за прекрасного принца. Она тщательнейшим образом сделала с утра макияж, маникюр и по дороге на работу, в метро, читала в журнале «Космополитен» про красивую жизнь известных су-



пермоделей. И вот, она мечтала, летала в облаках, а тут вдруг такая проза жизни... Конечно же, она воспринимает известный «объект исследования» на своем лабораторном столе — и без того неприятный видом и запахом — чуть ли не как личное оскорбление. «Объект» летит в унитаз, а результатом будет: «я/г не обнаружен».

Возможно, есть и другие схемы и варианты преступлений, связанных с анализами и исследованиями — фантазия варваров неистощима.

Некоторые читатели могут подумать: «Врачи и лаборанты вряд ли пойдут на такие преступления или допустят такую халатность — ведь они несут большую ответственность». Если вы читали эту книгу с начала, то, я уверен, уже поняли, что ответственность — это то, от чего врачи всегда успешно уходили. Как это ни странно, во всех вышеприведенных «проказах» медиков почти невозможно доказать не только злой умысел, но и сам факт преступления.

На обвинение в назначении лишних анализов врач ответит, что действительно считал их необходимыми. На обвинение в фиктивности результата с уровнем антител (а такое обвинение теоретически можно выдвинуть, только если у больного есть другой, более поздний анализ, сделанный в другом учреждении), ему ответят, что во время первого исследования он был действительно болен (или здоров).

На обвинение в сговоре врачей и подлоге результата исследования перед выпиской из стационара, врачи и лаборанты представят свои документы, в которых все записи соответствуют записям в истории болезни.

Даже уже известная вам «будущая принцесса» скажет, что все внимательно посмотрела, но ничего не нашла. Ведь она не хуже нас знает, что при некоторых болезнях (и гельминтозах, в частности) такое действительно бывает — болезнь есть, а анализы, даже добросовестно сделанные, отрицательные.

Врачи, конечно же, знают о тех безобразиях, которые творятся в сфере обследований больных — ведь они сами их и творят. Неоднократно и от разных врачей мне приходилось слышать, что они доверяют только лаборатории своего ЛУ. Но здесь, опять же, трудно разобраться: хотят ли они объективности исследований или ищут выгоду.

Как же противостоять рассмотренным выше медицинским хитростям? В данном случае это действительно сложно. Основываясь на своем и чужом опыте, хочу дать несколько советов.

Во-первых, узнайте как можно больше о ЛУ: платное оно



или бесплатное; платно или бесплатно проводятся в нем исследования (в некоторых «бесплатных» клиниках делают анализы за деньги); имеет оно свою диагностическую базу или исследования проводятся в другом учреждении. Все это позволит вам примерно предполагать — с какими «уловками» вы можете столкнуться.

Во-вторых, напомним: изучить своего врача — «золотое» правило каждого больного.

В-третьих, изучите, каким арсеналом основных диагностических средств и исследований обладает на текущий день медицина. Он, если отбросить морально устаревшие и почти неприменяемые, не так уж и велик. Если есть возможность выбирать, выбирайте лучшее из того, что есть в наличии. Например, те же антитела в крови сегодня определяются несколькими методами, принципиально отличными и дающими различные достоверности. Сильно разнятся они и в цене. Но не всегда необходима очень высокая точность. Зная все это, вы сможете выбрать разумный компромисс. Некоторые полезные сведения по диагностике вы сможете почерпнуть в гл. 16.

В-четвертых, после первого приема у врача и его предварительного заключения по вашей болезни, сразу соглашайтесь на обычные (рутинные) анализы и исследования. Сложные или вредные исследования — если ваше состояние удовлетворительное и позволяет отложить лечение — попросите под каким-то предлогом перенести на более поздний срок — после получения результатов первых анализов. До второго визита к врачу постарайтесь как можно больше узнать о предполагаемой у вас болезни и о применяемых для ее диагностики исследованиях: их стоимость, не вредны ли они для здоровья, не имеют ли противопоказаний. Далее действуйте в зависимости от того, что покажут рутинные анализы и что теперь знаете. Если ваше состояние требует срочных или неотложных врачебных мероприятий, лучше положиться на врача (чтобы не упустить время).

В-пятых, если, по результатам исследований, диагноз очень серьезен или просто вызывает у вас сомнения, постарайтесь обследоваться еще в одном-двух местах, или хотя бы повторно в том же месте. Вы можете сообщить о таком своем желании врачу — ведь оно естественно. Помните о своих секретах! (см. гл. 10). Если лечение может (по мнению врача!) подождать до получения новых результатов, пусть лучше подождет.

Теперь несколько слов о граничных результатах — тех, что находятся в районе верхней или нижней границы «нормы». Иногда врач-варвар, подходя формально, на основании такого



результата делает заключение, что отклонений от «нормы» нет и лечения не требуется. Или наоборот — сразу назначает лечение при незначительном завышении (занижении) параметра. Нормальный же врач, учитывая величину погрешности исследований и возможную периодичность изменений исследуемого параметра, в таком случае просто обязан сделать повторное исследование.

Следует учесть, что получение граничного результата платного анализа может являться преднамеренной его фальсификацией — с целью побуждения больного к повторному исследованию, а значит и платежу. То же самое может иметь место, если совершается, например, третий из уже рассмотренных нами вариантов преступлений. В этом случае граничный результат выдается лабораторией для того, чтобы обеспечить себе «поле для отступления»: болен окажется обследуемый или здоров — всегда есть возможность сослаться на допустимую погрешность измерений. Учитывая «удобство» рассмотренных вариантов для мошенников, можно предполагать и их совмещение. Понятно, что при получении граничного результата у «коммерсантов», не следует повторять исследования в том же месте.

Еще вы должны помнить, что старые анализы и исследования имеют большую ценность. Именно их сопоставление с новыми позволяет судить о развитии болезни или об излечении. Именно они могут стать в суде основным доказательством неправильности врачебных действий. Поэтому не выбрасывайте их, а, как уже говорилось, подшивайте в хронологическом порядке.



## 12. ВАМ ПОСТАВИЛИ ДИАГНОЗ...



- Доктор, что в моем диагнозе означает Ч.Е.З?  
— Черт его знает!

В наше время возможности диагностики чрезвычайно велики и существенно превышают возможности лечения. Все это благодаря сделанным нами, больными, открытиям и изобретениям. Можно с уверенностью говорить, что в мире уже существуют все необходимые средства для того, чтобы диагностировать любое заболевание. Другое дело, что некоторые из них очень дороги или еще не внедрены в широкую практику. Но даже той материальной диагностической базы, которой уже располагают в странах СНГ районные (в крупных городах) и областные ЛУ, достаточно для диагностики большинства известных болезней. Поэтому больные, обращаясь к врачу, вправе рассчитывать на объективный диагноз.

Для общей эрудиции приведу вкратце существующую у врачей классификацию диагнозов [9].

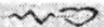
Диагнозы подразделяются на: клинический (прижизненный), патологоанатомический, эпидемиологический и судебно-медицинский.

Клинические диагнозы классифицируются так. По способу установления: прямой и дифференциальный. По времени: ранний и запоздалый (поздний). По методу построения: диагноз по аналогии; синтетический или полный диагноз; дифференциальный и, как часть его — диагноз путем исключения; установленный путем наблюдения; по лечебному эффекту; по результатам вредного действия лечения; установленный при операции; при патологоанатомическом вскрытии.

По степени доказательности: обоснованный (достоверный), который расценивается как окончательный, и гипотетический (предположительный), который расценивается как предварительный.

Предварительный диагноз обычно устанавливают при обращении пациента за медпомощью, но он же может быть и окончательным. В течение трех дней должны быть проведены основные клинико-лабораторные и инструментальные исследования.

Окончательный диагноз формулируется при завершении обследования больного в связи с выпиской или смертью. В за-



ключительном диагнозе указываются основной диагноз, осложнения основного заболевания и сопутствующие диагнозы.

Теперь перейдем к неприятностям, подстерегающим больного при диагностике.

Недавно в России, в Ярославской области, Министерством здравоохранения были проведены проверки правильности постановки диагнозов врачами. Выяснилось, что правильные диагнозы ставятся только в 14—16% случаев! Уверен, что в Украине этот показатель не лучше. Эти жуткие цифры, конечно же, происходят, в основном, от низкого профессионального уровня врачей. Вот почему больные должны быть всегда начеку.

Постановка диагноза, несомненно, является одним из важнейших, если не важнейшим этапом в лечении болезни. Очевидно, что если диагноз поставлен неправильно — неправильным будет и лечение.

Беседуют два врача. Один очень расстроен:

— Лечил больного от язвы, а вскрытие показало — рак.

— Это ерунда. Я год лечил пациента от желтухи. Оказался китаец.



Перескажу историю, которую я услышал в очереди на прием к врачу от пожилого — лет семидесяти — мужчины. Ночью, во время сна, у него отказала одна рука. Утром он обратился к невропатологу — одной из уже известных вам из гл. 8 «охотниц». Варварка поставила диагноз «невралгия». С этим диагнозом больной полгода обследовался в нескольких ЛУ на неврологию — делал снимки позвоночника, консультировался у разных специалистов. Все врачи (конечно же, варвары) в один голос повторяли, что «наверное невралгия», пока больной не попал, наконец, к нормальному доктору, сказавшему, что скорее всего имел место микроинсульт.

Рассказывая это, несчастный стоял в очереди к той же самой варварке, чтобы получить у нее направление на компьютерную томограмму головы — то направление, которое она должна была немедленно дать еще полгода назад. Чем все это закончилось я, к сожалению, не знаю. Но из уже известного понятно, что варварка грубо нарушила канонический принцип диагностики — исключить сначала наиболее опасное заболевание. Впрочем, возможно она пыталась действовать так, как предписывают медицинские учебники и исключить сначала наиболее распространенное заболевание. Но, в таком случае, эти учебники никуда не годятся!



— Доктор, вы просто провидец! Как вы и говорили моей те-  
ще, она не прожила и месяца.

— Да, с таким раком, какой был у нее, дольше не живут.

— Нет, доктор, рака у нее не оказалось. Через три дня после  
вашего диагноза она попала под машину.



Вспомнился и другой случай, рассказанный мне Виктором Б. (имена изменены). Как-то заболел его шестилетний сын. Мальчик в течение продолжительного времени кашлял, состояние его ухудшалось. Наталия — жена Виктора — обратилась вместе с сыном к врачам. Те не могли сказать ничего конкретного. Наконец, мать с мальчиком дошла по инстанциям до ведущего терапевта, профессора — главного аллерголога страны.

Профессор поставила диагноз «астма на почве пылевой аллергии» и сказала, что это пожизненно. Она назначила «лечение» противоаллергическими средствами — спреями, которые используются обычно для временного улучшения состояния астматиков. Вдобавок к этому, профессор настоятельно порекомендовала родителям «навести в доме чистоту».

Виктор и Наталия были в шоке. Фактически их сына, согласно окончательного диагноза, ждала инвалидность. Но вдруг Виктор вспомнил, что несколько лет назад у дочери, которая старше сына, были подобные симптомы, и тогда назначенные врачом анализы выявили стафилококк. После соответствующего лечения у нее все прошло.

Наталия снова обратилась к врачам — с просьбой сделать сыну такой же анализ, — но те, посмотрев заключение профессора, отказывались, ссылаясь на авторитет. Наталия настояла. Анализ подтвердил догадку Виктора! В результате лечения мальчик быстро выздоровел!

Приведенные выше случаи, и другие — подобные им, окончательно убедили меня в том, что я уже давно предполагал: чрезвычайно важна точность именно первого окончательного диагноза. Врачи редко и очень неохотно его меняют, причем тем неохотнее, чем авторитетнее автор первого диагноза. Если первый диагноз ошибочен, последствия могут быть очень тяжелыми.

— Как поживает пациент с манией преследования?

— Мы почти закончили курс лечения, но тут его застрелил  
какой-то киллер!



Я давно заметил, что с методологией диагностики у врачей что-то не так, но когда немного ознакомился с действующими



сегодня теоретическими основами и принципами построения диагноза, то был просто ошарашен! Веками существующие в медицине фатальные причины ее кризиса (см гл.5), тяга врачей к безответственности, привели к тому, что наука о диагнозе развивалась, в основном, в направлении поддержания, сохранения искусственно созданных притворочий, даже несмотря на очевидные логические несоответствия.

Только в конце XX века врачи, будучи вынужденными под давлением общественности что-то менять в прежних подходах к лечению, признали, что имеет место «глубокий нозологический кризис в современной медицине».

Испуганный больной жалуется терапевту:

— Был, мол, у хирурга, сказал, что болит живот, а он хотел отрезать уши.

— Ох уж эти хирурги! — говорит терапевт. — Им бы только резать и резать. Ничего, сейчас я выпишу таблетку, от которой уши сами отпадут.

Здесь я должен пояснить, что «нозологический принцип» предполагает учет типа возбудителя болезни, вызываемых патологических изменений, динамики процесса и причинно-следственных взаимосвязей между патологическими процессами. Все это раньше, как правило, просто игнорировалось, обычно не учитывается и сейчас! Причем такие «великие достижения» — достояние не только врачей СНГ. Тон здесь задавала ВОЗ.

Один из ярких примеров алогичности: «болезни века» — атеросклероз и гипертоническая болезнь, являющиеся причинами инфарктов и инсультов были переведены ВОЗ в ранг фоновых заболеваний. Некоторые здравомыслящие врачи, чуть ли не плача, просят ВОЗ признать, что инфаркты и инсульты — это следствие основного заболевания, но «ВОЗ и ныне там».

Борьба между медиками продолжается. Успокаивает здесь только то, что, по словам врачей, «учение о диагнозе — одно из самых динамичных в медицине». Только с конца XX века медицина начала переходить от симптоматического лечения к этиологическому. Образно говоря, веками больной зуб лечили обезболивающими таблетками, и лишь теперь пришли к выводу, что надо лечить кариес!

Учитывая сложности врачей, я буду кое-где пользоваться, в том, что касается диагноза, собственной, понятной читателю терминологией.

И хороший, и плохой врач могут поставить больному как



правильный, так и ошибочный диагноз — это аксиома. Абсолютно ясно, что варвар делает ошибки чаще. Но самое страшное то, что он может поставить неправильный диагноз преднамеренно. Скажем, он хочет побыстрее отвязаться от больного или надеется выкачать из него побольше денег.



— Ей-Богу, ничего не могу у вас найти! Вы здоровы! — говорит врач больному.

— А если я скажу вам чем болею? Вы поделитесь со мной: гонораром?

При этом не следует думать, что неправильный диагноз просто не ведет к излечению. Нелеченная болезнь, как правило, осложняется, а неправильное лечение чревато возникновением других болезней — ведь многие лекарства имеют побочное действие.

Кто из вас не слышал о чудесных исцелениях больных таким смертельно опасным заболеванием, как рак? Я не имею в виду те виды рака, которые действительно признаны излечимыми. Так вот, ретроспективные исследования этих больных в большинстве случаев приводили к выводу об ошибочности ранее поставленных диагнозов. И все это после того, как люди получили большую психологическую травму и потратили на лечение от «рака» кучу денег и уйму времени!

Как и в случае с анализами, чем больше врачей осмотрят больного и поставят диагноз (только не консилиум!), тем меньше вероятность ошибки.

Хочу успокоить, что во многих случаях диагностика не требует большого врачебного опыта и знаний и по силам простому фельдшеру. Это, прежде всего, такие болезни, как ОРЗ, детские инфекции, травмы и др. Но в большинстве случаев, особенно при хронических заболеваниях, диагноз поставить достаточно сложно.

Еще сложнее врачу поставить углубленный (нозологический) диагноз. Что имеется в виду? Например, врач по результатам рентгеновского обследования и анализа крови «на ревмопробы» ставит диагноз «полиартрит» и назначает вам симптоматическое лечение. Вы довольны? Да — если вы неопытный больной. Нет — если вы знаете, что только выявление причины возникновения полиартрита (лично я знаю их несколько) позволит вам вылечить это заболевание.

У меня, например, симптомы полиартрита появились на почве повышения в крови количества мочевой кислоты (гиперуракемия), но ни один врач не предложил мне сделать анализ на



определение уровня этой кислоты. Я назначил его себе сам! Адекватное лечение полностью устранило болезненные симптомы.

Причины же гиперуракемии до конца еще не изучены. Известно лишь, что в этом бывают «виноваты» почки или печень. Анализом, позволяющих уточнить причину, нигде не делают, хотя, в принципе, это возможно — необходимо исследовать ферменты крови. Лаборатории не имеют соответствующего оснащения и реактивов. Но никто и не стремится к их оснащению. Врачи предпочитают не забираться в такие «дебри» и лечат, опять же, только симптомы — назначают препараты, снижающие уровень мочевой кислоты в крови или тормозящие ее синтез в печени. Последний же способ лечения, уже сам по себе, может привести к серьезному повреждению печени. Аналогично, как вы уже поняли, врачи лечат большинство болезней. В таком подходе, в игнорировании золотого правила исследователя — «смотреть в корень» — и заключается нозологический кризис.

Варвар почти всегда не ставит углубленного диагноза, даже если позволяет диагностическая база ЛУ. Не ставит он, как правило, и расширенного диагноза — учитывающего несколько, а не только одно заболевание. Недостижимым идеалом, к которому должен стремиться каждый врач, является полный диагноз — вся совокупность частных углубленных диагнозов в их взаимосвязи. Иначе говоря, это то, к чему должен как можно ближе приближаться расширенный диагноз. Диагноз, максимально приближенный к полному, можно назвать условно полным.

При любых, особенно хронических, заболеваниях очень поможет врачу в постановке условно полного диагноза рассказ больного о том, как развивалась его болезнь: какие симптомы появились сначала, а какие — позже. Это, возможно, позволит выявить и устранить первопричину всех недугов.



— Алло! Доктор, вы можете мне поставить диагноз по телефону?  
— Раздевайтесь!

Но даже если хороший врач поставил вам условно полный диагноз, а у вас возникли сомнения или диагноз слишком серьезный (говорят: прогноз неблагоприятный), обязательно обследуйтесь у другого врача, а еще лучше — в другом ЛУ. Только не говорите новому врачу своего диагноза, не показывайте результатов прежних исследований — они могут быть ошибочными. И, главное, никогда не отчаивайтесь!



Еще один хороший способ убедиться, что ваши диагноз и лечение правильные — найти «друга по болезни», т.е. больного с той же болезнью, что и у вас или уже вылечившегося от нее. Понятно, что последнее предпочтительнее. Вы сможете взаимно обогатиться неоценимой информацией — сопоставить свои симптомы, узнать полезные сведения о врачах, об исследованиях, о лекарствах, контролировать правильность лечения и многое другое. Именно благодаря «другу по болезни» и я когда-то смог убедиться, что мои анализы и диагноз верны. Имея на руках результаты анализов и зная диагноз, мы просто сравнили свои симптомы. И первое, и второе совпадало, что окончательно рассеяло наши сомнения.

Конечно, лучше, если ваш друг по несчастью обследуется и лечится у другого врача. Еще лучше, если вы познакомитесь с несколькими такими людьми. Тогда у вас будет уже нечто вроде клуба по интересам. Расширяя ваш круг и интересы, со временем, вы сможете составить хорошую конкуренцию даже Пиквикскому клубу. А общение с врачами позволит вам иметь неисчерпаемый источник вдохновения для издания собственных клубных записок.



### 13. ВАМ НАЗНАЧИЛИ ЛЕЧЕНИЕ...

— Знаешь, этот доктор просто чудесник. Вчера он за 5 минут полностью вылечил мою жену.

— И как же он это сделал?

— Он сказал, что ее болезни — признак приближающейся старости.



Возможно, что этот доктор действительно был прекрасным врачом и действительно вылечил больную женщину. Ведь психотерапия и самовнушение способны творить чудеса. Но на этом зачастую и «выезжают» врачи и, особенно, многие «народные целители».

Больные иногда выздоравливают даже вопреки ошибочным диагностике и лечению — только от уверенности в том, что болезнь должна отступить. Эта глава, как и вся книга, ни в коей мере не призвана лишить больных такой веры. Напротив, она должна укрепить ее добавлением еще и действительно эффективного лечения.

Итак, предположим, что вас прекрасно обследовали, и врач поставил вам правильный условно полный диагноз. Вы, естественно, вправе рассчитывать на хорошее лечение. Но и здесь могут встретиться многочисленные «подводные камни».

Врач — пациенту:

— Могу сказать, что все органы у вас в отличном состоянии.

Так что будем лечиться.



Известно, что для большинства заболеваний не существует единой методики лечения и единого лекарства. В ходе анализа лечебной практики научными медицинскими учреждениями, из множества существующих на текущий день методик и лекарств выбираются наиболее эффективные.

Конечно, из того, что вы уже прочитали, вам известно, что эта работа не может быть признана абсолютно безупречной. Из-за множества допускаемых врачами ошибок, конечный результат, т.е. наилучшая методика лечения, на самом деле далека от таковой. И тем не менее, врачи вырабатывают т.н. «золотые стандарты» диагностики и лечения, т.е. то, что признается за наилучшее большинством из них. Такие стандарты, конечно



же, весьма условны — они обычно только рекомендуются к использованию, как наиболее предпочтительные. Но многие врачи-варвары принимают их за абсолютную истину и после постановки диагноза действуют по принципу «всех под одну гребенку». Они забывают о том, что не существует двух одинаковых больных, что могут быть противопоказания к стандартному лечению.

Больной вправе требовать от врача наилучшего варианта лечения из существующих. Правда, этого, к сожалению, часто не позволяет финансовое положение. Поэтому соразмерьте рекомендации врача со своими желаниями и возможностями. Узнайте у врача: какие методики и лекарства применяются на текущий день для лечения вашей болезни, в чем их достоинства и недостатки и сколько они стоят. Учтите, что и не самые дорогие методики и лекарства дают во многих случаях прекрасные результаты.

Всякое лечение относится либо к радикальному (хирургическому), либо консервативному (терапевтическому). Для каждого из них существуют — применительно к конкретному случаю — свои показания и противопоказания.

Одни заболевания лечатся только хирургически, другие — только терапевтически. Некоторые болезни лечатся комплексно, с применением обеих методик, некоторые — как радикально, так и консервативно. Поскольку хирургическое вмешательство обычно является для организма серьезным стрессом, врачи должны, по возможности, использовать в первую очередь консервативное лечение и только если оно безуспешно — прибегать к радикальному.

Это хорошо известное врачам правило, к сожалению, далеко не всегда соблюдается. Иногда хирурги-грабители, в погоне за прибылью, рекомендуют операцию там, где можно обойтись терапией. Поэтому, перед тем как идти на операцию, очень желательно проконсультироваться у врачей, занимающихся консервативным лечением.

Пациент — врачу:

— Скажите, доктор, а можно не делать мне эту дорогую операцию? Мне ведь надо кормить жену, детей...

— И мне тоже...



Прежде чем начинать лечение, удостоверьтесь, что у вас нет противопоказаний для этого. Многие, в том числе часто и широко применяемые лекарства имеют то или иное побочное



действие. Особенно часто страдают при этом печень и почки, так как они, в конечном счете, выводят лекарства из кровяного русла. Поэтому, если известно, что лекарство серьезно влияет на какие-либо органы, врач обязан проверить состояние этих органов перед началом лечения, а если лечение длительное, то и в ходе его.

Больной не всегда может достаточно объективно судить о состоянии своих органов, т.к. какие-либо проявления их функциональной недостаточности могут до некоторой поры никак не отражаться на самочувствии. По этой причине совершенно неприемлемой надо считать ситуацию, когда врач ограничивается вопросом типа: «На печень и почки жалобы есть?». «Нет», — отвечает больной и получает назначение лекарства, добивающего уже больные почки и печень.

Если в ходе лечения ваше самочувствие ухудшилось, немедленно прекратите прием лекарств (получение процедур), сообщите об этом врачу и ждите его решения. В некоторых случаях возможно временное ухудшение, которое может считаться нормальным (например, при получении больными раком курса лучевой или химиотерапии). Но больной должен быть предупрежден об этом заранее! И врач, и инструкция к лекарству должны предупреждать о возможных побочных эффектах.

Приходит больной к врачу и говорит:

— Доктор, у меня хронический насморк.

— Принимайте вот эти таблетки за один доллар, — советует врач.

Через три дня больной снова приходит и жалуется:

— Доктор, от таблеток насморк прошел, но начался понос.

— Добавьте вот эти таблетки за десять долларов.

Через три дня больной опять жалуется врачу:

— Доктор, от новых таблеток понос прошел, но начался энурез.

— Добавьте вот эти таблетки за сто долларов.

Если же, изначально, ничего такого не предполагалось, а врач скажет, что это вам только кажется или что это никак не связано с лечением, требуйте контрольных анализов или исследований и, возможно, замены врача!

Если в результате достаточно продолжительного лечения ваше состояние не меняется, это тоже может считаться в определенных случаях нормальным. А именно — если ваша болезнь признана неизлечимой и вы получаете поддерживающее лече-





ние. Но если вы лечитесь от излечимой болезни, то вправе рассчитывать на улучшение. Пусть врач объяснит вам причину неудачи и что-то предпримет. Новые исследования должны прояснить ситуацию. Если анализы не улучшаются, а врач не меняет лечебной тактики — меняйте врача.

И, наконец, если ваше состояние улучшается... Что же, это прекрасно. Но и здесь возможна ошибка. Главное — не перепутать действительное улучшение с его видимостью. Скажем, применение обезболивающих средств может полностью устранить боль, но никак не вылечить болезнь. Есть множество заболеваний, которые, сами по себе, протекают циклически — с чередованием обострений и ремиссий. Поэтому узнайте, опять же, как можно больше о вашей болезни. Действительное улучшение должно подтверждаться объективно — контрольными исследованиями.

Согласно данным ВОЗ медикаментозная терапия составляет 90% от всех видов врачебной помощи. Поэтому я предлагаю поговорить об опасностях, которые могут здесь подстергать больного.

Приходит один новый русский домой к другому. Смотрит — хозяин держит двумя руками стоящую на столе электрокофемолку, работающую со страшным скрежетом.

— Ты что делаешь? — спрашивает.

— Да понимаешь, — отвечает тот, — вчера была большая разборка и меня поцарапало немного. А сегодня был у врача и этот докторыло прописал смазывать царапины бриллиантовой зеленью. 500 зеленых я быстро смолол, а вот с бриллиантами что-то никак не получается.

Действие лекарства на больного зависит от очень многих факторов. Все их врач должен учитывать при назначении. Однако практика свидетельствует, что врачи чаще действуют шаблонно. Некоторые же «факторы риска» известны врачам, но не могут быть учтены по совершенно объективным причинам. Одним из таких факторов, к примеру, являются врожденные генетически обусловленные отклонения в ферментативной (энзимной) системе больного. Если таковые и имеются, их возможное наличие предполагается врачом, как правило, только после начала лечения — по неадекватной реакции организма. Причина же здесь в том, что в СНГ сегодня практически **нигде** не делаются анализы на выявление энзимных и, тем паче, генетических отклонений. Утешением здесь может быть лишь то, что такие



случаи сравнительно редки.

Но чаще осложнения медикаментозной терапии возникают по субъективной причине — обычного варварства.



— Доктор, после приема вашего лекарства меня чуть не вернуло наизнанку!

— Ничего удивительного, ведь лекарство-то наружное.

Рассмотрим наиболее типичные случаи неправильного применения лекарств.

Помните, что лекарства совершенно безобидные для одних людей, могут оказаться вредными или даже смертельным ядом для других.

Во-первых, у вас может оказаться аллергия на лекарство или просто повышенная к нему чувствительность. Поэтому сначала ознакомьтесь со всеми возможными побочными проявлениями и, если это допустимо (уточните у врача), не принимайте сразу полную дозу, а ограничьтесь половинной. Аллергия вовсе не обязательно возникает как иммунный ответ на новое лекарство. Напротив, одним из обязательных условий развития аллергии является повторное взаимодействие иммунитета с аллергеном (а это может быть и ранее принимаемое лекарство). Но аллергия, конечно же, может развиться и на какой-то компонент нового лекарства, который, возможно был также и составной частью ранее принимаемого вами средства. В любом случае, если у вас возникают какие-то непредвиденные реакции, прекратите прием лекарства и обратитесь к врачу.

Во-вторых, в инструкции к лекарству обычно указывается предельно допустимая доза. Убедитесь, что врач ее не превысил. Если у вас нет инструкции, узнайте предельную дозу у аптекаря или врача.



— Доктор, я не могу спать по ночам — соседский кот кричит под окном.

— У меня есть прекрасное лекарство. Вот оно, возьмите.

— Спасибо, доктор. А как мне его принимать?

— Это не вам. Дайте его коту.

В-третьих, прежде чем приобретать лекарство, узнайте у врача для чего оно предназначено. Вообще-то врач должен сказать об этом сам. Возможно, что лекарство вам и не столь необходимо, а врач прописал его, совершенно не представляя как вас лечить — только чтобы как-то показать свою работу. В таких



случаях врачи-варвары обычно назначают лекарства, от которых ни вреда, ни пользы. Назначение врачом витаминов, успокаивающих средств (и только) часто является именно таким случаем. Встречается также практика назначения «на всякий случай» далеко небезразличных для организма лекарств.

Приходит больной к врачу и жалуется:

— Доктор, у меня энурез.

— Это у вас от нервов, — говорит после осмотра врач. —

Я выпишу вам транквилизаторы, попринимайте с недельку, а потом придете ко мне.

Через неделю встречаются снова, и врач спрашивает:

— Ну что, прошел ваш энурез?

— Нет, но теперь он меня не волнует.



Существует и такое понятие, как врачебная «мода» на новые лекарства и методики лечения. «Модные» препараты зачастую назначаются не столько по клиническим показаниям, сколько из стремления варвара проявить свою осведомленность, чем поднять свой авторитет в глазах больного. А между тем, студентов медицинских вузов учат, что нет хороших и плохих, слабых и сильных лекарств, а есть лекарства, которые наиболее эффективны при данном конкретном состоянии, в данный момент, у данного больного. С этим нельзя не согласиться. Поэтому, если врач гордо заявляет, что выписал вам самое новое и сильное лекарство, — будьте настороже. Постарайтесь, прежде чем принимать его, выяснить все «за» и «против».

Возможно также, что врач-дистрибьютор просто пытается продать вам свой товар. Однажды варвар убеждал меня, что мне как воздух необходимо «кембриджское питание» и предлагал тут же купить его у него. Я с благодарностью отказался.

В-четвертых, лекарство может быть противопоказано из-за имеющихся у вас других заболеваний или беременности. Уточните это у врача. Сам он может забыть об этом. Прочитайте о противопоказаниях в инструкции.

В-пятых, лекарство может оказаться несовместимым с каким-либо из других средств, принимаемых вами. Врач должен это учитывать при назначении. Говорится о такой несовместимости и в инструкции. В случае несовместимости, врач должен решить — какое лекарство отменить, а какое оставить.

В-шестых, покупая лекарство, или, тем паче, получая его бесплатно, убедитесь, что не истек срок его годности. Просроченное лекарство имеет меньшую эффективность и может со-



держат токсины, не пейте его!

В-седьмых, помните, что практически все синтетические лекарства имеют вредное побочное действие. Часто такое действие скрыто и негативные последствия проявляются через много лет. Причем разработчики и производители таких лекарств далеко не всегда знают об этом. А зная, не всегда (по коммерческим соображениям) ставят в известность потребителей. Поэтому старайтесь по возможности избегать лечения такими средствами или хотя бы, ограничивать их применение.



Врач спрашивает у пациента:

— Как вам помогло лекарство?

— Прекрасно. Сына оно вылечило от кашля, у меня благодаря ему перестала болеть спина, а остатком жена отлично вымыла окна.

Если вы согласны с выбранной врачом методикой, будьте целеустремленными в процессе лечения. От этого зависит очень многое. Строго выполняйте все назначения. Если ваше состояние начинает улучшаться, не бросайте лечение на полпути — недолеченная болезнь может вернуться. Даже если после лечения вы почувствовали себя в полном здравии, навестите вашего врача еще раз. Возможно, он предложит вам пройти контрольное обследование — многие заболевания могут считаться излеченными только по данным объективного контроля.

Если вы не знаете, относится ли ваша болезнь к таковым, спросите об этом у врача. Хороший врач должен сам сказать больному о контрольном обследовании.



Лечение — свет, а нелечение — тот свет.



## 14. ПОМОЩНИЦЫ ВАРВАРОВ

Больной может лечиться у прекрасного врача, хорошо обследоваться, получить правильные назначения и иметь современные лекарства, но не вылечиться, а наоборот, стать инвалидом или и того хуже... Как вы уже поняли, в этом ему «помогут» медицинские сестры (медбратьев так мало, что не берем их в расчет). Смерть иногда приходит к больному именно в образе медсестры. Почему? Да потому, что варварок среди них ничуть не меньше, чем среди врачей. В связи с тем, что медсестры, как и врачи, имеют специализации, сразу оговорюсь, что ниже речь пойдет в основном о процедурных (манипуляционных) медсестрах-варварках, как потенциально самых опасных для больного. Т.е. о тех, кто выполняет врачебные назначения.

Как и варвары-врачи, они, на мой взгляд, нуждаются в классификации. Каждый тип опасен по-своему. Могут быть, конечно, и смешанные типы. К сожалению, по внешним признакам можно заподозрить в медсестре разве что «грязнулю». Остальные типы демонстрируют свое варварство только в процессе работы.

### Практикантка



- Сестра, вы взяли кровь у больного из второй палаты?  
— Да, доктор, ее ровно пять литров.

Здесь, в общем, почти то же самое, что и с практикантом-врачом. Молодая медсестра без достаточной практики может причинить больному существенный вред, даже имея неплохую теоретическую подготовку.

Например, довольно часто «практикантка» превращает руки больного в «решето» при попытках попасть иглой в вену. Поэтому, если уже известны ее «большие возможности», следует попросить лечащего врача, чтобы «опасные» назначения делал кто-то другой или попросить саму «практикантку», которая, как правило, переживает за свои неудачные действия, чтобы она позвала на помощь свою более опытную коллегу.

### Недоучка

Этот тип опаснее предыдущего. Такая не только не умеет правильно, но и не знает — как правильно. Она плохо училась и



диплом медсестры, вероятнее всего, купила. Недоучка может не только наделать в руках лишних дырок, но и ввести, к примеру, внутримышечно лекарство, предназначенное для внутривенного применения.

Многие больные (таких фактов сотни, а может и тысячи) получали некроз участков мышечной ткани, когда недоучки вводили внутримышечно хлористый кальций — лекарство очень часто используемое в медицине и предназначенное только для внутривенных инъекций.

Как бороться с недоучкой? Первое, что, естественно, приходит на ум — обучить. Лучше всего будет, если после рассказа больного врачу о ее «талантах», врач сам объяснит недоучке, как делается та или иная манипуляция или назначит над ней шефство в лице грамотной медсестры — до тех пор, пока недоучка не обучится.



— Вы меня не учите, я сама знаю где у вас лучше брать анализ.

Если же «ставки слишком высоки», просите врача отстранить недоучку от «экспериментов» на вас. Если он после вашей просьбы этого не сделает, требуйте замены медсестры через медицинских начальников.

Если же вы видите, что это невозможно (скажем, осталась только одна медсестра, а другие в отпуске), попросите врача, чтобы он лично контролировал ее действия. При этом постарайтесь узнать как можно больше о назначенных вам процедурах и лекарствах. Если почему-либо инструкция к лекарству вам недоступна, узнайте назначенную дозировку и способ введения у лечащего врача.

Все, что обязана знать медсестра, больному знать ни к чему, но некоторые азы, для защиты от варварок при получении самых распространенных манипуляций — уколов и капельниц, надо знать обязательно. Мы поговорим об этом в гл. 17.

## Вымогательша

Это менее опасный, чем предыдущий, но очень вредный тип. Ее можно «вычислить», прежде всего, по манере общения с больными. Она постоянно демонстрирует свое недовольство: разговаривает с вами таким тоном, как будто вы ей задолжали крупную сумму денег; выполняет все назначения небрежно, как бы делая вам большое одолжение, иногда в такой спешке, словно опаздывает на свидание. Она тоже может немилосердно ис-



колоть ваши руки, но сделает это **преднамеренно**. Может делать и другие пакости, но все, так сказать, в рамках дозволенного. Она не сделает намеренно такого, за что ее уволят с работы, накажут иным образом или что даст вам достаточно обоснованный повод требовать ее замены. Она хочет от вас денег или подарков.

Этот тип часто настолько избалован и так поднаторел в своем вымогательстве, что не покупается на «дежурную» шоколадку. Она вымогает большего. Шоколадку обычно берет, но при этом всем своим видом демонстрирует, что недовольна. Как бороться с такой? Возможно, что придется увеличить размер «презента» — в разумных пределах, конечно.



— Больной, примите успокоительное, а то я не буду спать с вами всю ночь.

Если же вы увидите, что ваши возможности и аппетиты вымогательши очень сильно расходятся, прекратите подношения и дайте ей понять, что ваши финансовые дела совершенно разстроены. Или, все ж таки, постарайтесь найти повод для замены вымогательши. Впрочем, если вы человек достаточно терпеливый, можете просто стоически переносить все издевательства и делать вид, что не понимаете чего она хочет. При необходимости можете жестко требовать более внимательного и обходительного к себе отношения. Иногда это действует. Поняв, что с вас «взяты гладки», вымогательша, возможно, первой прекратит войну нервов.

## Грязнуля

Именно грязнуля стала причиной заражения СПИДом более двадцати грудных детей в больнице г.Элиста, сделав всем им укол одним нестерилизованным шприцем. Этот, в свое время сильно наглумивший случай, очень наглядно показывает — сколь опасным может быть данный тип.

Иногда грязнулю можно распознать, как уже упоминалось, по неопрятному снешнему виду. Он в 100% случаев выдает грязнулю. Но бывают грязи или не столь явно выраженные. Поэтому внимательно следите за тем, моет ли медсестра руки в тех случаях, когда это необходимо, где она берет инструменты (шприцы, капельницы и др.) и как с ними обращается. Стерильными инструментами и материалы могут быть только после автоклава или в заводской упаковке. Например, грязнуля может положить стерильный шприц на стол так, что игла буде-



соприкоснуться с каким-то нестерильным предметом, а потом сделать укол этой иглой.

Если вы убедились, что имеете дело с грязнулей, удвойте свое внимание. Не постесняйтесь сделать грязнule замечание. Если попытки разводить грязь не прекратятся, поставьте в известность своего врача. Если и его замечания не помогут — требуйте замены медсестры.

## Воровка

Что может украсть медсестра у больного? Бутерброд и прикроватной тумбочки? А может ключи от квартиры, где деньги лежат? Нет — воровки воруют у больных лекарства! Одноко, если бы дело ограничивалось только этим, это было бы плохо, но поправимо. Но воровки, для сокр тия воровства, часто занимают подлогом. Именно поэтому данный тип тоже чрезвычайно опасен.

Известно, что многие лекарства довольно дороги, а некоторые — очень дороги. В то же время все медсестры неудовлетворены своей зарплатой. Это все не означает, конечно, что все они становятся на путь воровства, но, поверьте, таких немало.

Что я имел в виду, говоря о подлоге? А то, что вместо дорогого лекарства, вам могут ввести обычный физраствор (раствор поваренной соли в воде) или глюкозу. Сами по себе эти растворы безвредны, но лекарства-то вы не получите. Воровками изобретено довольно много способов безнаказанного хищения и реализации лекарств. Не гнушайтесь — они даже хищением у больных одноразовых шприцов и капельниц.

Признаки, которые должны наст рожить вас:

- если медсестра предлагает оставить ваши дорогие лекарства у нее на хранении;
- если введение лекарства в капельницу (наполнение шприца) производится не у вас на глазах, а в другом месте;
- если медсестра иногда «забывает» ввести вам хранящееся у нее ваше дорогое лекарство;
- если количество сделанных уколов (капельниц) не увязывается с количеством хранящихся у вас шприцов (систем) или количеством ампул (флаконов) с лекарством.

При наличии даже одного из этих признаков, рекомендую усилить бдительность — возможно вы «под колпаком» у воровки.

Меры борьбы, а точнее — профилактики, здесь очевидны. Постарайтесь узнать у других больных их мнение о лечащих вас медсестрах. Кстати, это мера защиты не только от воровок



Спросите, не пропадали ли у кого-нибудь из больных лекарства и пр. Знайте, хотя бы примерно, рыночную цену лекарств, которыми вас лечат. Храните лекарства, по возможности, у себя. Попросите медсестру, чтобы лекарство набиралось в шприц (капельницу) у вас на глазах. Знайте и контролируйте время введения лекарств и количество введений. Периодически проверяйте количество хранящихся у вас лекарств и пр.

Если вы поймаете воровку «на горячем», прямо скажите ей о своих подозрениях. Вряд ли она после этого продолжит свое черное дело. Если медсестра уклоняется от выполнения высказанных вами вышерекормендованных просьб, скажите об этом врачу.

Вообще же, доказать факт воровства и, тем паче, вернуть украденное, в данном случае достаточно сложно, почти невозможно. Поэтому мы и говорили здесь о профилактике, как основной мере борьбы.

Теперь поговорим о том, что еще желательно знать больному о медсестрах, и не только о плохих.

Врачи не допускают медсестер до своей святыни — клятвы Гиппократова. Что же, может это и к лучшему... Цену их клятве мы уже знаем.

Но медсестрам уж очень хотелось иметь что-то подобное. А то ведь получается, что врачи герои, а они — нет. Впрочем, героиня нашлась — английская сестра милосердия, участница колониальных войн и учредительница первой в истории школы медсестер — Флоренс Найтингейл. По-моему, это действительно была смелая и очень милосердная женщина. Для отличившихся медсестер даже учреждена медаль ее имени. Придумали они и свою клятву. Надо сказать — не в пример гиппократовой — довольно приличную. Возможно, здесь сказалось то, что написана она только в XIX веке — ведь общественная мораль со времен основоположника современной медицины сильно эволюционировала. Как бы то ни было, привожу здесь этот текст.

## **Клятва Флоренс Найтингейл**

**(этический кодекс медсестры)**

Перед Богом и перед лицом собрания я торжественно обещаю вести жизнь наполненную чистотой и честно исполнять профессиональные обязанности.

Я буду воздерживаться от всего ядовитого и вредного и никогда сознательно не использую и не назначаю лекарств, которые могут повредить.

Я сделаю все, что в моих силах, чтобы поддерживать и повышать уровень моей профессии. Я буду беречь в тайне всю



личную информацию, которая окажется в моем распоряжении во время работы с пациентами и их родственниками.

Я буду преданно помогать врачу в его работе и посвящу себя неутомимой заботе о благополучии всех порученных моей опеке.

\*\*\*



— Больной, не волнуйтесь, никакого пульса у вас сейчас нет.

Теперь, сопоставляя прочитанное с увиденным или даже прочувствованным «на собственной шкуре», вы сможете установить степень варварства той или иной медсестры. И, кроме того, всегда сможете напомнить варварке то, в чем она клялась. А вдруг да поможет?

Взаимоотношения сестер милосердия с врачами складывались всегда довольно сложно. Врачи дистанцируются от среднего медперсонала, явно не желая делить с ним свои доходы и привилегии. В то же время часто имеет место простая зависть среднего, впрочем, как и младшего, медперсонала к более высокой зарплате и статусу врачей и, в частности, большим возможностям для получения взяток.

Иногда медсестры, как, фактически, подчиненные врача, недовольны какими-то его действиями. Хотя, формально, начальницей над рядовыми медсестрами является старшая медсестра. Кроме того, многим женщинам свойственно в разговорах «перемывать косточки» сослуживцам. А нам, больным, конечно же, все это на руку.

От медсестер обычно можно узнать много полезного. Если у вас наладится контакт, они расскажут про вашего врача то, что вы больше нигде не узнаете. Именно от медсестры я узнал, к примеру, что в том отделении госпиталя, где лечился мой отец, начальник — алкоголик.

Потом я и сам смог в этом убедиться. Сведения, полученные от медсестры, помогли мне выбрать для отца наилучшего врача из работавших в отделении — для замены врачихи-варварки.

Не следует думать, что варварки-медсестры встречаются редко. В своей практике я встречал все вышеперечисленные типы. Не стану утомлять вас множеством примеров варварства. Но, поверьте, некоторые из них просто ужасающи. Скажу только, что иногда варваркам, кроме всего прочего, просто не хватает сообразительности. Так, одна недоучка не могла сама сообразить, что для того, чтобы из кислородной подушки поступал кислород, на нее надо просто надавить. Поэтому будьте просто внимательны и вы избежите многих неприятностей.



## 15. ЕСЛИ ВРАЧИ ВАМ НАВРЕДИЛИ

Мы подошли к очень важному и сложному вопросу. Искать ответ на него больным приходится достаточно часто. Количество обращений больных в различные инстанции для защиты своих прав в последнее время имеет тенденцию к росту, видимо, будет расти и дальше. И вовсе не потому, что варваров и вреда от них станет больше, а потому что увеличиваются медицинская, юридическая грамотность больных и возможности защиты. Так, в России за 2000 год поступило более 1 млн. жалоб на качество медицинской помощи в системе учреждений обязательного медицинского страхования (ОМС). Ежегодно количество обращений за защитой в фонд ОМС возрастает в 1,5 раза. Причем обращения в большинстве случаев обоснованы.

Количество же варварства, на мой взгляд, величина довольно постоянная, а редкость в прошлом претензий, предъявляемых больными к врачам, как раз и объясняется тем, что пользуясь «темнотой» первых, варварам удавалось успешно маскировать свои промахи под объективные причины. Системы же защиты «маленького человека», в том числе и в области медицины, при социализме не существовало. Можно предположить, что возможности защиты интересов больных пропорциональны степени демократизации общества.

Для того, чтобы лучше понять, почему безнаказанность варваров пока процветает, предлагаю ознакомиться с той стратегией защиты, которая всегда применяется врачебным кланом при сокрытии и оправдании преступлений и с которой придется столкнуться больному, пострадавшему от врачебных действий, суду, страховой компании и т.д.

Согласно этой стратегии, врачи выстраивают двойную линию обороны. Сначала они категорически отрицают сам факт неправильных действий. Поддерживая друг друга, врачи в один голос будут твердить, что все действия их коллег (коллеги) вполне рациональны и укладываются в обычную медицинскую практику.

Как правило, пострадавшей стороне не удастся преодолеть эту оборонительную позицию. Если же негативные факты столь вопиющи, что их просто невозможно скрыть и рационально объяснить, врачи отходят на вторую — еще сильнее укрепленную линию, — утверждая, что имела место ошибка, а не преступление.



Теперь предлагаю читателю ознакомиться с трактовкой медиками самого понятия «врачебная ошибка» и причин совершения ошибок.

Академик РАЕН А.Н.Орлов, профессор Красноярской государственной медицинской академии, председатель Красноярского краевого этического комитета, считает, что врачебная ошибка — не преступная халатность, а «добросовестное заблуждение». Одним из первых этот термин стал применять академик И.В.Давыдовский. В последнем советском издании БМЭ также читаем, что ошибки — следствие добросовестного заблуждения, и врач не может быть за них наказуем ни в дисциплинарном, ни в уголовном порядке. По мнению российских судебных медиков М.И.Авдеева, Н.В.Поповой, В.М.Смолянинова, термин «врачебная ошибка» близко примыкает к понятию «несчастный случай».

В медицинской практике под несчастным случаем понимается неблагоприятный исход лечения, связанный со случайными обстоятельствами, которые врач не смог предвидеть или предотвратить. Пример «классического несчастного случая» приводит профессор Е.А.Вагнер: «Спасая больного, врач ввел обезболивающее — новокаин, больной погиб от индивидуальной непереносимости».

В 2002 году в Москве погиб известный журналист, его фамилию я, к сожалению, не помню. Если следовать тому определению, что вы прочитали выше, то здесь в точности повторился «классический несчастный случай». Журналист упал с лошади и сломал руку. Врач ввел обезболивающее, на которое у пострадавшего была аллергия. Результат — гибель пострадавшего.

Совершенно ясно, что никакой угрозы жизни больного не было, а значит врач должен был сделать пробу на переносимость лекарства. Здесь имела место обычная халатность, или, в юридической трактовке, — убийство по неосторожности.

Я не знаю, чем закончилось для врачей разбирательство по этому случаю, но думаю, что они, как обычно, ушли от ответственности.

Грехи врачей земля укрывает.

(Пословица).

При существующей трактовке врачебных ошибок, ждать от врачей реальной ответственности не приходится. Все, кто мало-мальски знаком с медициной, знают, что халатность среди медработников — не редкость. Приведенные трактовки рассматриваемых понятий, несомненно, удобны врачам, но они



противоречат не только основам юриспруденции, но и элементарной логике. Да, людям свойственно ошибаться, но ошибка ошибке, как говорится, рознь.

Всегда, в любых сферах человеческой деятельности ошибки делились на случайные и совершаемые по халатности, т.е. по причине пренебрежения установленными правилами. И ответственность за них, естественно, предусматривалась разная. Профессия медработника в этом смысле, по моему глубокому убеждению, не должна ничем отличаться от любых других.

Кроме того, как мы уже могли убедиться, неправильные действия, совершаемые врачами в отношении больных преднамеренно, — отнюдь не редкость. При нынешней же трактовке врачебной ошибки, врачи, фактически, получают индульгенцию на преступление! Ведь чуть ли не все преднамеренные преступные действия врачей очень легко можно выдать за случайную ошибку. Поэтому ошибки врачей следует рассматривать по аналогии с общей юридической практикой, что применяется к причинению какого-либо материального ущерба.

При наличии ущерба на определенную законом сумму, всегда возбуждается уголовное дело, а затем, в зависимости от выясненных обстоятельств, либо находятся и наказываются виновные в его причинении, либо — если установлено, что виновных нет (ущерб произошел, к примеру, по причине «непереборимых обстоятельств») — дело закрывается. Наличие и характер врачебных ошибок (ущерба) должны, конечно же, устанавливать независимые эксперты.

Тот же академик А.Н.Орлов в своей книге «Актерское мастерство врача» (!) пишет: «К сожалению, мы часто являемся свидетелями «общенародного» обсуждения и осуждения врачебных ошибок не только больными, но и журналистами, людьми далекими от медицины. При этом они либо вообще обходят объективные причины врачебных ошибок, либо в сенсационном, обвинительном тоне сообщают о каком-нибудь конкретном случае, причем, как правило, неквалифицированно и, что еще печальнее, далеко не беспристрастно».

Я оставляю эту цитату без комментариев — думаю здесь все понятно. Скажу только, что уважаемый академик путает пристрастность с эмоциональностью. Писать же без эмоций о преступлениях и безобразиях, творимых врачами, просто невозможно!

Интересно, а какие же причины ошибок врачи считают объективными?

Академик Орлов приводит на этот счет такие примеры:



- методы исследования «уводят» врача от рационального диагноза и дают ошибки в 12 — 38% случаев;
- рост лиц пожилого возраста с атипичным течением болезни;
- снижение иммунитета населения.

Если такое понимание не является типичным проявлением профессионального кретинизма (см.гл.2), т.е. видом «добросовестного заблуждения», то это значит, что академик намеренно вводит в заблуждение читателей. А это уже просто непорядочно.

Мы, больные, всегда наивно считали, что врачи для того и учатся так долго своей специальности, чтобы правильно трактовать результаты исследований, учитывать пожилой возраст пациентов, проверять при необходимости уровень иммунитета больных и т.п. Все приведенные «объективные» причины, на самом деле — распространенные среди врачей доводы для оправдания халатности!

Для своего оправдания у врачей даже существуют понятия «стадия мнимого благополучия» в течении болезни и «идиопатия». Последний термин употребляется врачами, когда болезнь протекает «нетипично», т.е. не так, как хотят ее видеть врачи. Не правда ли, очень удобно?

Есть свидетельства, что академик Г.Илизаров — автор известного аппарата и метода лечения переломов — при неудачах в лечении обычно говорил: «Эта кость повела себя неправильно». Конечно же, кость всегда ведет себя так, как ей предназначено природой, но ведь академик не может ошибаться...

Еще одной причиной, призванной вызывать сочувствие к «проштрафившемуся» врачу — по мнению академика Орлова — является то, что объем всей медицинской информации не может быть усвоен одним человеком. Число известных наименований заболеваний превышает 10 тысяч, симптомов — 100 тысяч, наименований операций — десятки тысяч. Методов исследования — тысячи.

Если подходить с таких позиций, то можно отказаться, например, от ремонта телефонных автоматических станций или суперкомпьютеров — там миллионы компонентов и отказ любого из них можно по аналогии трактовать, как отдельную болезнь.

У меня подобные проблемы медиков сочувствия не вызывают. Во-первых, у врачей есть десятки специализаций, а точнее — более семидесяти. Это уже причина для деления приведенных цифр, как минимум, на 70. Во-вторых, я уже говорил, что и в методологии медицины, и в головах многих врачей царит хаос. В число приведенных академиком методов исследований



и наименований операций, конечно же, входят и те, что существуют еще со времен Гиппократов. Многие из них давно не применяются и представляют только историческую ценность. Получая новое, врачи забывают избавляться от старого. В-третьих, болезней со схожими симптомами не 100 тысяч, а раз в тысячу меньше, и это намного упрощает диагностику. Скажем, симптомы перелома конечности трудно спутать с симптомами гриппа, не правда ли?

«Ошибки являются только ошибками, когда у тебя есть мужество их обнаружить. Но они становятся преступлением, когда гордыня тебя побуждает их скрыть».

*Ж.Л.Пти. Французский хирург.*

Это высказывание Ж.Л.Пти я рекомендую врачам читать ежедневно, хотя не совсем с ним согласен — и обнаруженная ошибка может быть преступной.

На сегодня в большинстве стран не существует формально организованной, целостной системы защиты прав пациентов. Сами больные, как категория непостоянная, разобщены. Нет тесного взаимодействия и между организациями, защищающими их права. Но, все-таки, нельзя сказать, что система защиты отсутствует. Какие-то ее элементы есть в любой стране. Рассмотрим же их.

Система защиты граждан от причинения вреда медиками должна выполнять две функции: превентивную и ликвидационно-компенсационную.

Назначение первой, как явствует из названия, предотвращать неправильные врачебные действия и негативные последствия от них. Второй — устранять возникшие негативные последствия и компенсировать больному или его родственникам причиненный медициной моральный и материальный ущерб.

Субъектами же, входящими в систему защиты, могут выступать:

- сами больные, их родственники и близкие;
- общественные организации;
- учебные заведения;
- средства массовой информации и издательства;
- государственные контрольные органы;
- страховые компании;
- законодательные органы;
- суды.

Какие превентивные защитные мероприятия и действия



могли бы проводиться и частично уже проводятся этими субъектами? Например, следующие:

- обеспечение необходимого минимума медицинского и правового образования населения;
- периодическая государственная аттестация врачей на допуск к работе;
- разработка и совершенствование критериев качества лечения;
- экспертные проверки качества лечения государственными контрольными органами и страховыми организациями;
- добровольное страхование больных от вреда, причиненного врачебными действиями;
- обязательное предоставление больным информации о профессиональном уровне врачей, количестве и характере совершенных ими ошибок, об уровне аккредитации ЛУ, количестве рекламаций (регрессных исков), предъявленных ЛУ на качество лечения;
- предупреждение врача (медсестры) о неправильности их действий;
- замена плохого врача (медсестры);
- публикации в средствах массовой информации материалов, посвященных случаям варварства и принятым мерам;
- опубликование популярной, учебной, правовой информации на медицинские темы;

К ликвидационно-компенсационным мероприятиям я отнес следующие:

- лечение пострадавшего за счет виновного ЛУ (желательно в другом ЛУ);
- судебные решения о выплате ЛУ пострадавшему или его родственникам компенсации за причиненный вред;
- выплата пострадавшему (его родственникам) страховки;
- лишение виновного медработника права на лечебную деятельность или закрытие ЛУ;
- снижение уровня аккредитации ЛУ или аттестации медработника с переводом на другую работу;
- увольнение виновного медработника;
- штраф, налагаемый на виновного медработника;
- лишение свободы виновного медработника решением суда;

Конечно же, возможны и какие-то другие меры. Часть из перечисленных мероприятий может проводиться уже сегодня во всех странах СНГ, часть — только в некоторых из них.

Больные должны четко знать свои права и пользоваться ни-



ми. Единых для всех стран прав пациентов не существует и вряд ли когда-нибудь они будут. Но те, что на сегодня разработаны, во многом повторяются. Поэтому я приведу в качестве примера права, действующие в лечебных учреждениях Украины.

## Положение о правах пациента

Во всех лечебно-профилактических учреждениях независимо от организационно-правовой формы собственности, должны придерживаться прав и свобод пациента, которые формируются из основных прав гражданина по четырем основным направлениям.

- право на защиту своих интересов;
- право на информацию;
- право на свободу выбора;
- право быть услышанным;

### 1. Право на защиту интересов пациентов реализуется обязанностями лечебного учреждения в:

1.1. получении квалифицированной медицинской помощи в объеме и последовательности, определенных стандартами качества и существующими программами предоставления медицинской помощи без дискриминации по полу, возрасту и социальному положению больного;

1.2. обеспечении безопасности пребывания пациента в лечебном учреждении, внимании и уважении к нему;

1.3. получении неотложной медицинской помощи, а также дополнительной, что предоставляется лечебным учреждением другим пациентам бесплатно (кроме платных услуг, которые оплачивает пациент в случае пользования ними).

1.4. защите от шарлатанства, жульничества и некомпетентности;

1.5. защите от неблагоприятного действия экогенных факторов (курение других пациентов, инфекционное заражение);

1.6. конфиденциальности всей информации и записей (кроме случаев, определенных законом);

1.7. защите от самого пациента (при признании его недееспособным).

### 2. Право на информацию предусматривает ознакомление с:

2.1. членами лечебного персонала, которые непосредственно принимают участие в предоставлении медицинской помощи данному больному;

2.2. определенной информацией о диагнозе, методах и



средствах лечения, прогнозе, терминологии (которую пациенты должны понимать), об изменениях в течении и лечении болезни, о наличии альтернативных методов лечения, последствиях их применения или отказа от них;

2.3. правилами больницы, инструкцией поведения в ней, распорядком дня;

2.4. факторами, которые определяют состояние здоровья, влияние на которые зависит от самого больного;

2.5. необходимостью обслуживания пациента после окончания данного лечения (диспансеризация, перевод в другое лечебное учреждение, протезирование, наблюдение поликлиники, санаторно-курортное лечение, оформление на инвалидность, реабилитация);

2.6. возможность получения подробной сжатой выписки из истории болезни с результатами лечения, доступом к медицинской документации, что имеет отношение к данному пациенту.

### **3. Право свободного выбора:**

3.1. лечащего врача, методов и средств лечения;

3.2. отказ от лечения (до определенной черты, установленной законом) после предварительного предупреждения о последствиях;

3.3 отказ от участия в научно-исследовательских экспериментах;

3.4. отказ от экстренных (срочных) методов лечения при значительной вероятности осложнений;

3.5. отказ от реанимации (при наличии определенного законодательства).

Любой отказ должен быть задокументирован.

### **4. Реализация права быть услышанным объединяет в себе:**

4.1. свободное общение с близкими (родными) в границах лечебного учреждения;

4.2. наличие возможности для общения с духовным пастырем независимо от вероисповедания;

4.3. предъявление жалоб устно или в письменной форме на надзор и обслуживание с требованием их рассмотрения и ответа в письменном виде;

4.4. наличие информации о подчиненности, с указанием атрибутов, куда еще можно обратиться с жалобой;

4.5. обеспечение уверенности в справедливом решении любых конфликтных ситуаций, связанных с обследованием, лечением, диспансеризацией, реабилитацией.

Лечебное учреждение должно гарантировать всем пациен-



там предоставление прав, определенных «Положением о правах пациента». С этой целью должны быть исполнены следующие условия:

1. В каждом подразделении ЛУ должны быть копии «Положения о правах пациента».

2. Медицинский персонал должен быть ознакомлен с «Положением о правах пациента», чтобы уметь разъяснить пациентам их права.

3. При предоставлении медицинской помощи иностранцам, лицам со слабым зрением и слухом, ЛУ должно обеспечить визуальную, вербальную, письменную информацию о правах пациента, а также переводчика или представителя пациента.

4. Ознакомление с «Положением о правах пациента» должно быть задокументировано в истории болезни, амбулаторной карте.

\* \* \*

Приведенные права далеки от идеала, но это уже «кое-что». Любопытно, что в некоторых больницах Киева в тексте из пункта 3.1. незаконно изъято положение о свободном выборе врача.

Необходимо также знать, что ЛУ не имеет права отказать в приеме тяжелобольного, если для его лечения имеется вся необходимая стационарная база (реанимационное отделение и т.п.). Высказывания типа «этот больной не из нашего района» или «...не нашего профиля» противоречат закону.

Кому жаловаться, если ваши права нарушаются? Если речь не идет об очень серьезных нарушениях с тяжелыми последствиями, для начала попробуйте обратиться к непосредственному начальнику того лица, которое, на ваш взгляд, виновно в нарушениях. Например, жаловаться на медсестру можно старшей медсестре и врачу; на врача — старшему ординатору (если он есть) или заведующему отделением. Если вопрос, по которому вы обращаетесь, не мелкий, лучше обращаться в письменной форме.

Пишите вашу жалобу (заявление) в двух экземплярах. Если у начальника в штате имеется делопроизводство или секретарь, обязательно зарегистрируйте оба экземпляра. Второй экземпляр оставьте себе. Если делопроизводства нет, пусть должностное лицо просто поставит дату приема заявления и распишется на вашем экземпляре.

Если вы не знаете, кто виноват в нарушении ваших прав, можете сразу обращаться к начальнику ЛУ или выше.

Помните, что во многих странах имеются законы, регламентирующие порядок рассмотрения обращений граждан. В Украине, например, он так и называется: «Закон об обращениях



граждан». Законом предусмотрены сроки для рассмотрения жалобы и принятия решения. Обычно дается не более пятнадцати суток, в сложных случаях — до месяца.

Если решение по вашей жалобе вас не устраивает, обращайтесь в следующую инстанцию, но уже с приложением полученного ответа. Если вам просто не ответили в установленный законом срок, смело подавайте жалобу выше.

В некоторых случаях, например, когда врачи совершили серьезную ошибку и пытаются это скрыть, приведенный выше порядок жалобы неприемлем. Пока вы будете обходить инстанции, врачи будут «заметать следы». Больше того, ваши обращения только «растревожат улей» — начнется уничтожение или фальсификация документов и т.п. Поэтому в таком случае надо сразу обращаться к юристам и далее действовать по их совету или, если есть медицинская страховка, в страховую компанию [10].

Узнайте, есть ли в вашем регионе общественные организации, защищающие больных. Можете обратиться сначала туда — вам подскажут, что делать и, возможно, помогут.

Если по вине врачей произошло самое страшное и родственники умершего обращаются в прокуратуру, происходит, как правило, следующее. Пока прокуратура рассматривает обоснованность претензий, в ЛУ назначается внутриведомственная комиссия. Врачи действуют по давно отработанной схеме. Лечащему врачу объявляют выговор, переводят на другую работу и т.п. При этом его предупреждают, мол, «раскроешь рот — хуже будет». Следствие использует выводы ведомственной комиссии, проводит судебно-медицинскую экспертизу, которая подчинена... Минздраву [10].

Пока судебно-медицинская экспертиза не будет подчинена Министерству юстиции (как в демократических странах), на справедливость рассчитывать не стоит.

По статистике, «врачебные дела» до суда практически не доходят. Во всех странах мира юристы единогласно признают категорию споров «врачебная ошибка» самой сложной по доказуемости. Медицинский клан стоит за своих членов «на смерть». Не существует действительно независимой медицинской экспертизы. Мало смелых и «денежных» истцов с активной жизненной позицией и, как следствие, юристы не имеют практики в таких делах [11].

Но если вы все же решили идти до победного конца, оптимальным следующий порядок действий [10].

1. Подать заявление в прокуратуру на привлечение к уголовной ответственности медицинского учреждения (а не врача).



2. После признания заявителя потерпевшим, его должны признать гражданским истцом, как правило, в месячный срок.

3. Если такое решение затягивается, можно подавать в суд на юридическое лицо, виновное в этом.

4. Если у заявителя есть деньги, то после принятия решения о возбуждении уголовного дела сразу же обратиться в один из центров независимой судебно-медицинской экспертизы.

5. Для принятия судом решения о возмещении материального ущерба и морального вреда, необходимо собирать все медицинские документы, квитанции, чеки на лекарства, документы, подтверждающие реальные расходы. Кроме того, очень важно, чтобы все жалобы больного и все назначения врача были точно записаны в истории болезни (амбулаторной карточке). Необходимо проверять то, что пишет в карточке (истории болезни) врач, а если надо, то и требовать внесения в карточку тех или иных жалоб на здоровье или назначений, сделанных врачом только в устной форме.

В новые Уголовные кодексы некоторых стран СНГ уже внесены статьи, регламентирующие ответственность врачей и защищающие права пациентов. В России, например, это следующие статьи: 109 — причинение смерти по неосторожности, 118 — причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью, 122 — заражение ВИЧ, 124 — неоказание мед. помощи, 235 — незаконное занятие частной медицинской практикой, 236 — нарушение санитарно-эпидемических правил, 163 — вымогательство, 290 — получение взятки, 292 — служебный подлог, 293 — халатность и др.

В России открывается сеть юридических консультаций «Право на здоровье» в рамках одноименной программы с участием Федерального Союза адвокатов.

Особо надо сказать о патологоанатомической службе (ПС). Только вскрытием точно устанавливается причина смерти. Отсюда понятно, почему врачи-чиновники в свое время немало постарались, чтобы патологоанатомы работали под их «патронажем». Отделения патологоанатомии в СССР и еще недавно во всех странах СНГ входили в систему ЛУ, подчиняясь их главврачам. В Украине и, на сколько мне известно, в России ПС формально вывели из структуры ЛУ, оставив ее в системе МЗ. Это, конечно же, не более, чем отвлекающий маневр и никоим образом не сняло проблемы.

.....  
 Врач — пациенту:

— Все нормально, через недельку вас посмотрит Петр Иванович.

— А кто это?

— Наш патологоанатом.  
 .....





Прозекторские, как правило, находятся вместе с моргами на территориях ЛУ. Это приводит к косвенной зависимости патологоанатомов от начальников ЛУ. Кроме того, позволяет установить врачам-клиницистам тесные неформальные отношения с работниками ПС. Врачи всячески стремятся придать таким отношениям статус дружеских. Такая «дружба», конечно же, подкрепляется материально. Врачам, виновным в смерти больного, необходимое экспертное заключение, надо полагать, обходится недешево. Поэтому в дружбе заинтересованы обе стороны.

А главное — у Минздрава в руках остались все «рычаги» для обеспечения сокрытия правды и обеспечения «красивой» статистики.

Главный патологоанатом МЗ Украины П. Червяк утверждает, что расхождение между прижизненным и посмертным диагнозом составляет 10—15%. Я думаю, что в действительности расхождение намного больше. Но даже если взять за основу эти цифры, то, скажите на милость, где те 10 — 15% врачей, которые ежегодно несут хоть какую-то ответственность за свой неверный диагноз, приведший к смерти больного?

Врачебные ошибки, даже если они доказаны, разбираются на закрытых (!) патологоанатомических конференциях, куда приглашаются только врачи. Родственники больных и юристы остаются в неведении относительно истинного характера ошибок врачей и причин смерти больных.

История с сотнями безнаказанных убийств, совершенных «доктором смерть» — Г. Шипменом, по-моему, стала ярчайшим подтверждением того, что существующая у врачей трактовка понятия «врачебная ошибка» абсолютно неприемлема, и того, что даже в развитых странах фактически отсутствует сколь-нибудь серьезная система защиты пациентов.



## 16. ОСНОВЫ САМОЛЕЧЕНИЯ



Лечение слишком серьезное дело, чтобы доверять его врачам.

Состояние официальной медицины активно подталкивает больных на изучение и развитие вынесенной в название этой главы темы. Кошмарный сон врачей — все больные занимаются самолечением — благодаря самим врачам становится явью.

Предлагаю вам свои ответы на несколько волнующих всех больных вопросов.

### 1. Можно ли заниматься самолечением?

Ответ здесь совершенно очевиден. Больные и раньше успешно лечились сами, будут делать это и впредь. Когда вы, уважаемый читатель, сами вытаскивали себе занозу, вы даже не думали о том, что занимаетесь самолечением. Стал бы обращаться знакомый нам по гл.2 Первый Больной к Первому Врачу по поводу занозы, если бы она вонзилась ему (извините за пикантную подробность) не в «мягкое место», а к примеру, в ладонь? Конечно же, нет. Он вытащил бы ее сам и зализал рану. Но в данном случае, как вы понимаете, природная ограниченность гибкости и поля зрения не позволила Первому Больному проделать эту операцию. Поэтому вытаскивать занозу и зализывать пострадавшее место пришлось Первому Врачу.

Примеры успешного самолечения можно приводить бесконечно, и далеко не все они элементарны. Есть много фактов, когда больные успешно излечивали у себя очень серьезные болезни, иногда даже после того, как врачи ставили на них «крест». Вы, конечно же, читали и слышали о таких случаях, а может быть и успешно «самолечились».

Я напомним вам только один, но воистину классический пример. Когда цирковой артист, силовой жонглер В.Дикуль, повредил позвоночник, светила медицины предрекали ему пожизненный паралич нижних конечностей. Благодаря сильному духу и разработке собственной методики лечения атлет не только встал на ноги, но и продолжил выступления на арене. А что было бы, если бы Дикуль поверил врачам?

Самолечение существовало и будет существовать всегда — независимо от состояния медицины — хотя бы уже потому, что не всегда больной может обратиться к врачу.

При самолечении у каждого больного есть два неоспоримых



преимущества перед любым врачом — сильное желание вылечиться и наличие нервной системы, говорящей больному о болезни и ходе лечения, возможно, больше, чем вся медицинская диагностика. Есть и третье, как правило, присутствующее преимущество — свобода от условностей (специализации, мнения начальника и т.д.). Обычно, как уже говорилось, узкий специалист плохо знает то, что «не по его кафедре» и не копаются в литературе по специальности другого врача. Видя «не свое», он просто направляет больного к коллеге, часто даже не того профиля, который действительно нужен. Больной же может изучить свои болезни в комплексе и получить полную картину. Хватит слепо доверяться врачам! Возьмите на себя ответственность за состояние своего здоровья.

## **2. Почему же врачи запрещают самолечение?**

На мой взгляд, по двум причинам. Одну мы уже рассматривали — нежелание терять доходы от лечения пациентов. Другая — действительная опасность для больного, состоящая в возможности причинения организму серьезного вреда.

Однако «достижение» медициной СНГ уже известного вам уровня позволяет мне утверждать, что вероятность такого события при лечении у медиков на сегодня выше, чем при подготовленном самолечении. Впрочем, возможно это относится не только к СНГ.

В 2001 г. в Великобритании, по инициативе министра здравоохранения, в нескольких больницах страны начато исследование с целью определить, кто лучше справится с лечением — врач или сам больной? В исследовании задействовано несколько тысяч больных с хроническими заболеваниями. Результаты будут известны к 2004 году.

«Мы уже давно поняли, что хронические больные зачастую знают о своих болезнях больше, чем все светила медицины», — заявил Лиам Дональдсон, профессор из Национального центра по подготовке медперсонала, разработавший схему этого исследования. «После небольшой дополнительной подготовки они вполне смогут сами лечить свои болезни, причем, как минимум, не хуже, чем профессиональные врачи. Может быть стоит дать им шанс?»

Похоже, что в Соединенном Королевстве «лед тронулся». Я просто восхищен наблюдательностью и смелостью тамошних врачей и, особенно, министра. Уверен, что если не последует целенаправленной фальсификации результатов, если грамотно составлена схема эксперимента и правильно будет налажена предлечебная учеба больных, то все будет нормально.



Эксперимент вдвойне интересен еще и потому, что в нем участвуют именно хронические больные — те, кто по мнению врачей почти не имеет шансов на излечение.

Следствием многовековой борьбы врачей с самолечением стало его стихийное, неупорядоченное развитие, что, в свою очередь, влекло за собой ограничение возможностей больных по обмену опытом и повторение ошибок. Ошибки же лечившихся самостоятельно использовались врачами, опять же, для аргументации своего негативного отношения к самолечению. К счастью, в наше время этот порочный круг разорван и самолечение становится самостоятельной наукой, несмотря на то, что сопротивление врачей растет.

Самолечение уже давно обрело полное народное признание в области нетрадиционной медицины. Чтобы убедиться в этом, достаточно посмотреть на полки книжных магазинов и рынков. Авторы большинства книг по нетрадиционной медицине — люди полностью разочаровавшиеся в возможностях медицины официальной. И — надо отдать им должное — вполне обоснованно. Но причиной большинства неудач этих авторов при традиционном лечении в ЛУ стала, на мой взгляд, не столько ограниченность возможностей медицины, сколько попадание в лапы варваров. Самолечение в рамках традиционной медицины имеет такое же право на существование, как и в нетрадиционной. Но именно в этой области оно пока еще не стало наукой. Именно здесь врачи держат «последнюю линию обороны».

Я уверен, что самолечение должно проводиться широким фронтом — с сочетанием традиционных и нетрадиционных форм диагностики и лечения.

В этом случае его эффективность, как минимум, удвоится.

**3. В каких случаях надо отдавать предпочтение самолечению?**

Вот возможные ответы.

Когда больной твердо уверен, что его болезнь несерьезна и сам хорошо знает, что надо делать (та же заноза, например, или банальная простуда).

Если поблизости нет врача и в ближайшее время не предвидится, а больной нуждается в неотложной медицинской помощи.

Когда официальная медицина признала свое бессилие.

Если больной не нуждается в скорой медицинской помощи, точно знает чем болен, как лечиться и имеет все возможности для самолечения.

Когда больной ограничен в выборе врачей: единственный



врач, к которому он может обратиться — неукротимый варвар.

Предупреждаю, что этот перечень далеко не полон. В каждом конкретном случае требуется анализ ситуации и соответствующее решение.

Я понимаю, что при более или менее серьезных болезнях работающих больных заставляет обращаться к врачу, кроме самой болезни, необходимость получения больничного листа. Но и в этом случае остаются широкие возможности для самолечения. Основным же полем для самолечения, на мой взгляд, должны стать именно хронические заболевания, т.е. те, где врачи, фактически, признают свое бессилие.

#### **4. Когда самолечение недопустимо?**

Если больной имеет, кроме всего прочего, психическое заболевание.

Когда больной находится в престарелом, детском возрасте или в крайне слабом физическом состоянии.

Когда требуется неотложная помощь.

Если есть показания для срочного хирургического лечения или показания для хирургического лечения, как единственно приемлемого.

Если есть подозрение на какую-либо острую инфекцию или отравление.

Когда самолечение не дает результатов и состояние больного ухудшается.

Этот перечень тоже не претендует на абсолютность во всех отношениях, а является своего рода «трафаретом». Каждая конкретная ситуация должна рассматриваться отдельно.

Кроме того, существуют и ограничения по сложности самолечения. Конечно, вытащить занозу и продезинфицировать рану может любой. Но при серьезных болезнях необходим определенный базовый уровень образования и общего кругозора. Если материал этой главы покажется вам слишком сложным для понимания, как и тексты специальных медицинских книг, лучше обратиться за лечением к врачу. При этом не следует считать недоступной для понимания всякую книгу, в которой встречаются непонятные медицинские термины. Но если «Краткий словарь-справочник медицинских терминов» вам не помогает, не лечитесь в сложных случаях сами.

#### **5. Какие виды самолечения существуют?**

Считается, что наука начинается там, где начинается классификация. Классификация самолечения, действительно, будет нам полезной. Его можно классифицировать по многим критериям.



Прежде всего, подготовленное и неподготовленное. Подготовленным самолечением я назвал такое, которому предшествует достаточная теоретическая подготовка. Она должна включать в себя усвоение определенного минимума знаний по анатомии, физиологии, основ диагностики, подробное изучение собственно болезни и методик ее лечения — после диагностирования. Без такой подготовки, на мой взгляд, о самолечении серьезных болезней не может быть и речи. Поэтому в дальнейшем самолечением будем называть только подготовленное самолечение.

По степени взаимодействия больного с врачами, я разделил самолечение на автономное, подконтрольное и поднадзорное. Как видно из названия, автономное самолечение — такое, при котором больной вообще не контактирует с врачами. Подконтрольное — такое, при котором больной пользуется диагностической материальной базой официальной медицины для диагностики и контроля хода лечения. Поднадзорное — то, при котором больной тесно контактирует с врачами, но только как с консультантами, принимая все решения по лечению сам, а также пользуется диагностической и лечебной базой ЛУ.

Здесь я расположил их в порядке возрастания предпочтительности и, соответственно, возрастания сложности для реализации. Очевидно, что сложность состоит в сопротивлении врачей таким формам работы, росте материальных затрат, ограниченности в доступе к диагностической и лечебной базе и в выборе врача. Поэтому приведенные виды самолечения можно считать расположенными и в порядке убывания распространенности. Кстати, по этой терминологии вышеупомянутый английский эксперимент, видимо, следует отнести к поднадзорному самолечению.

Самолечение может быть частичным или полным. Частичным я назвал самолечение, при котором больной диагностируется в системе ЛУ, а лечится сам или, соответственно, наоборот. Может показаться, что врач не станет лечить больного, если тот придет к нему с самостоятельно поставленным диагнозом. Однако, если диагноз будет поставлен на основании исследований, сделанных больным самостоятельно в системе ЛУ, врач не сможет ничего возразить. В моей практике дважды имела место именно такая ситуация.



Путей к здоровью много, но простых среди них нет.

История свидетельствует, что многие больные успешно вылечивались сами, используя методы как традиционной, так и



нетрадиционной медицины. Поэтому самолечение может быть гомеопатическим, фитотерапевтическим, базироваться на основе психологического аутотренинга и т.д. Каждое направление нетрадиционной медицины, как уже говорилось, кроме явно шарлатанских, имеет право на существование и может применяться для самолечения при соблюдении вышеприведенных ограничительных условий.

Если вы выбрали для себя такой путь — искренне желаю вам успеха. Впрочем, в наше время достаточно специалистов, готовых оказать страждущему нетрадиционную медицинскую помощь. Но лечение у них, строго говоря, уже не будет самолечением. Главная же опасность здесь кроется в большой вероятности нарваться на шарлатана.

Мы будем говорить, в основном, о самолечении в рамках традиционной медицины и назовем его, соответственно, традиционным или, прибегая к терминологии гомеопатов, аллопатическим.

#### **6. Что необходимо знать для успешного самолечения?**

Хочу предупредить — не все ответы на этот вопрос вписываются в бытующие сегодня среди врачей представления. Надеюсь, что это вас уже не испугает.

Речь пойдет об общих принципах, лежащих в основе самолечения, и обязательных базовых знаниях из области традиционной медицины. Если вы почувствуете, что ваших знаний недостаточно для того, чтобы разобраться с болезнью — обращайтесь к специальной литературе.

Прежде всего, необходимо застраховаться от, пожалуй, главной опасности, которая подстерегает каждого вступающего на этот путь. Я говорю об ипохондрии. Медики настолько не верят в возможность человека объективно оценивать состояние своего здоровья, что даже ввели у себя институт «доверенных» врачей, т.е. врачей для заболевших врачей. Они пугают себя и всех больных «синдромом третьего курса». Он состоит в том, что студенты медицинских вузов с третьего курса начинают изучать клинические дисциплины и «находить» у себя все изучаемые болезни. Действительно, опасность самообмана и самовнушения существует, но кто предупрежден — тот защищен. Ведь врачи избавляются от этого синдрома, а значит могут не допустить его у себя и больные.

Сегодня же все врачи, безусловно, ошибочно считают, что каждый читающий специальную медицинскую литературу больной — ипохондрик. Самолечащийся не должен ни при каких условиях впадать в панику. Разбалансированность нервной сис-



темы сама по себе может приводить к возникновению различных заболеваний. Но, в то же время, целенаправленно воздействуя на нервную систему, можно вылечить множество болезней, усилить действие всех лечебных факторов.

Другая реальная опасность — возможность недооценки серьезности своего состояния. Такая недооценка чревата запуском лечения или попытками самолечения, когда оно уже недопустимо. Поэтому лучше переоценить опасность, чем недооценить! Но, опять же, без паники!

Третья опасность — возможность причинения лечением вреда своему организму. Избежать этого можно только одним путем — соблюдать максимальную осторожность, использовать только проверенные методики лечения.

И, наконец, четвертая опасность — завышенные ожидания. Стремясь стать здоровым, больной все же должен соотносить ожидаемые результаты лечения со своим первоначальным состоянием и возрастом. Помните, что здоровье — категория относительная. В противном случае вы можете впасть в депрессию, что приведет к ухудшению здоровья.

Врачи очень часто повторяют, что болезнь легче предупредить, чем лечить. И это, конечно, справедливо. Поэтому профилактическому самолечению должно уделяться первостепенное внимание. Под профилактическим самолечением я подразумеваю периодическую проверку (по показаниям) состояния отдельных внутренних органов и проведение мероприятий, направленных на улучшение их функций.

Что может являться показанием для периодической проверки? Для проверки печени таким показанием, к примеру, может быть перенесение больным в прошлом инфекционного гепатита «В» или «С», а для проверки почек — наличие мочекаменной болезни. Я знаком с больным, который перенес операцию по удалению камня из почки, был вынужден делать ее повторно через шесть лет. Причины тому было две: первая — врачи не установили химический состав камня и не дали никаких рекомендаций по режиму питания; вторая — больной ни разу за шесть лет не проверял свои почки.

Почки и печень играют совершенно особую роль в нашем организме. Их функции являются основой для нормальной работы других органов. Именно поэтому очень часто первопричиной болезней становятся нарушения в работе печени и почек. Они же чаще всего первыми принимают на себя удары различных неблагоприятных факторов. Поэтому всегда уделяйте этим органам особое внимание.



Профилактические мероприятия, направленные на улучшение функций организма, широко известны и хорошо описаны в пособиях по нетрадиционной медицине. Это всевозможные «чистки» отварами трав, «слепое» зондирование печени, промывания кишечника и др.



Что русскому здорово, то немцу — смерть.

Эта пословица, оказывается, справедлива не только в отношении объемов употребления водки или русской бани, но и применительно к лечению болезней. Не существует во всех отношениях двух одинаковых людей. Поэтому лекарства и методики лечения, помогающие одному больному, могут вовсе не подходить и даже вредить другому. Причин этого множество: особенности полов, генетические, анатомические или физиологические отклонения, типы нервной системы и т.д.. Необходимо помнить, что с возрастом различия (из-за заболеваний, неравномерного «износа» органов у разных людей) увеличиваются. Поэтому вероятность того, что лекарство, вылечившее одного ребенка, вылечит и другого с той же болезнью значительно выше, чем в аналогичном случае со взрослыми средних лет.



— Помогло лекарство, которое я выписал вам в прошлый раз?

— Очень помогло. Дядя выпил его по ошибке и оставил меня единственным наследником.

Если вы, допустим, лечитесь травяными отварами, которые помогли больному с тем же диагнозом, что и у вас (при условии, что он точен), а ваше самочувствие не меняется или даже ухудшается, не насилюйте свой организм — ищите другой путь.

Знаний по анатомии и физиологии в рамках курса средней школы обычно вполне достаточно. Поэтому мы не будем на этом останавливаться.

Основой нашего здоровья является иммунитет. Поэтому, даже если вам это покажется несколько скучным, я все же предлагаю ознакомиться в самых общих чертах с его работой. Ученые еще довольно далеки от окончательного раскрытия механизмов работы иммунитета, но и то, что уже известно, дает ключ к пониманию многих явлений.

Удивительно, но еще сравнительно недавно — в шестидесятых годах минувшего века — в словарях врачей отсутствовало само понятие «система иммунитета», хотя сегодня без учета ее состояния уже невозможно себе представить лечение болез-



ней. Она же, по-видимому, является самой сложной системой организма. То, что врачи столь поздно обратили на эту систему свое внимание, еще раз подтверждает, что медицина и наука развиваются порознь.

Существуют, как минимум, две системы иммунитета: неспециализированная (неспецифическая) и специфическая. Первая представлена макрофагами (фагоцитами) — большими клетками, свободно перемещающимися в кровяном русле и поглощающими все ядовитые вещества и чужеродные микроорганизмы. Макрофаги удаляют из организма и его собственные продукты жизнедеятельности, например, отмершие клетки. Макрофаги, подобно амебам, окружают, поглощают и растворяют все ненужное. Применение химически синтезированных лекарств, употребление загрязненной ядохимикатами пищи, курение и другие вредные факторы нарушают работу макрофагов. При длительном и массирующем воздействии этих факторов, макрофаги перестают справляться со своей работой — в крови и лимфе концентрируются ядовитые вещества, что способствует возникновению хронических заболеваний.

Специфическая система иммунитета включает в себя два типа подвижных клеток — Т и В-лимфоциты, которые продуцируются костным мозгом. Т-лимфоциты, в зависимости от специализации, подразделяются на Т-супрессоры, Т-хелперы (помощники), Т-эффекторы и все вместе относятся к т.н. клеточному иммунитету. Полностью их работа еще неясна, но нам достаточно знать, что они, за счет выделения определенных веществ, могут управлять работой макрофагов, распознавать и разрушать крупные чужеродные субстанции. В-лимфоциты обладают способностью производить специфические антитела, которые в большом количестве выбрасываются в кровь и лимфу.

Антитела относят к т.н. гуморальному иммунитету. Они являются сложными белковыми соединениями и по виду напоминают букву Y — ножка с двумя щупальцами. Щупальцами антитела ощупывают все субстанции, которые попадают на пути. Если структура субстанции определенным образом стыкуется с щупальцем, она захватывается антителом. Антитела приспособлены для захвата только чужеродных субстанций, называемых антигенами. К антигенам относятся, таким образом, и возбудители болезней (бактерии, вирусы и др.). Антиген, соединяясь с антителом, образует т.н. иммунный комплекс. Иммунные комплексы могут содержать несколько антител и антигенов, достигая больших размеров. Благодаря антителам они распознаются и поглощаются макрофагами, причем макрофаги погло-



щают большие иммунные комплексы в первую очередь.

Антитела еще называют иммуноглобулинами, или гамма-глобулинами. Всего синтезируется пять классов иммуноглобулинов: IgG, IgM, IgA, IgE, IgD. Среди некоторых классов выделяют субклассы. Например, для IgG их известно четыре. В зависимости от принадлежности антител к тому или иному классу, от их титра (количества) и соотношения, определяется в значительной степени характер реакции организма на антиген.

Известно, что клеточный иммунитет «включается» в работу тогда, когда недостаточным оказывается гуморальный.

Кроме того, существует система из девяти тесно взаимодействующих кровяных сывороточных белков (протеинов), называемых «комплемент».

Система комплемента запускается в работу иммунными комплексами. Протеины комплемента обеспечивают выполнение трех основных функций. Первая: разрушение нежелательных клеток (бактерии, вирусы, раковые клетки и др.) путем растворения (лизиса). Вторая: подготовка образовавшихся после разрушения обломков к транспортировке макрофагами путем заключения их в оболочку из протеинов комплемента, что позволяет макрофагам «узнавать» свой «груз». Третья функция — регуляция воспалительных и иммунных реакций.

Если иммунных комплексов слишком много — запускается вся система комплемента. В этом случае начинается массовое растворение всех типов белков, уничтожение всей соответствующей ткани. Организм уничтожает сам себя. Такой процесс называется аутоагрессией.

Доказано, например, что оседание иммунных комплексов в тканях почек может вести к активации комплемента и появлению аутоиммунного воспаления почек, называемого гломерулонефритом. К заболеваниям той же природы относят ревматоидный артрит, хронические воспаления кишечника и другие. Теперь вы готовы узнать о специализации антител.

IgG — специфическая гуморальная защита; активизирует систему комплемента;

IgM — участвует в первичном иммунном ответе;

IgA — препятствует адгезии и адсорбции микробов на слизистые оболочки;

IgE — участвует в противопаразитарном иммунитете и в аллергических реакциях;

IgD — В-клеточные рецепторы.

Наш иммунитет удивителен еще и тем, что обладает памятью! После того, как организм справился с антигеном — с помо-



щью синтезированных В-лимфоцитами под этот антиген антител — и эти антитела стали больше не нужны, их избыток в течение определенного периода распадается, но не полностью. Небольшая часть антител сохраняется и постоянно воспроизводится лимфоцитами. Эти антитела становятся как бы эталоном для ускоренного налаживания производства своих копий в случае необходимости. Организм стремится встретить повторное внедрение тех же антигенов во всеоружии.

Таким образом, находя в крови те или иные антитела, можно судить о том, встречался ли ранее организм с соответствующими им антигенами. Если вы, скажем, в детстве переболели ветряной оспой, антитела (IgG) к вирусу ее вызывающему сохраняются на всю жизнь и защищают вас от повторного заражения. Поэтому никто дважды не болеет «ветрянкой» в острой форме, хотя вирус ее вызывающий может вызвать опоясывающий лишай. К сожалению, многие инфекции способны «пробивать» гуморальный иммунитет.

Именно определение наличия и количества в организме тех или иных антител чаще всего используется для диагностики множества инфекционных и аутоиммунных заболеваний. Тип антител и динамика изменения их количества позволяют судить о давности, интенсивности патологического процесса и прогнозировать дальнейшее его развитие. Существует множество различных методов для определения титров и типа антител.

Они получили общее название «серологические методы» (анализы). К этим анализам мы еще вернемся, теперь же давайте поговорим о болезнях.

Что такое болезнь и в чем причины болезней? Методология и философия медицины, как ни странно, до сих пор не нашли окончательного ответа на эти вопросы. Но нас больше интересует их практическая сторона. На мой взгляд, человек может считать себя больным тогда, когда об этом ему каким-либо образом сигнализирует нервная система или если имеются данные объективного обследования, указывающие на серьезные отклонения в работе организма.

Причиной болезни может стать инфицирование организма одним из следующих агентов: бактерии, простейшие, вирусы, грибы, риккетсии, прионы, гельминты, насекомые; отравление каким-либо природным или искусственным ядом, недостаток или избыток в организме каких-либо веществ; влияние физических факторов среды; физические и психические травмы; генетические отклонения.

Более 80% болезней имеют в своей основе инфекционную



природу. Причем эта цифра, по мере исследований, постоянно растет. Так, уже фактически признано, что ишемия, а значит и инфаркты, и инсульты вызываются одним из видов хламидий. Единственным фактором, сдерживающим безоговорочное признание этого, является то, что на протяжении длительного времени врачами выдвигались и «научно» обосновывались другие теории, в частности холестериновая. Признать очевидное врачам часто мешают — как мы уже говорили — их «золотые нимбы».

«На подходе» находится множество других болезней, которым раньше приписывали неинфекционную природу. Только в конце прошлого века врачи стали обращать серьезное внимание на так называемые медленные инфекции (TORCH-инфекции). В их число входят: токсоплазмоз, коревая краснуха, цитомегалия, герпес, хламидиозы, микоплазмозы и другие.

Объединяет же их то, что они могут протекать бессимптомно или почти бессимптомно на протяжении многих лет, производя в организме разрушительную работу. Иммунитет почти не борется с ними, т.к. плохо к этому приспособлен. Вирусы и внутриклеточные паразиты (хламидии, токсоплазмы, уреоплазмы и др.) размножаются внутри клеток организма и потому малодоступны для компонентов иммунитета. Только вне клетки они подвергаются иммунной атаке. По той же причине они плоходоступны и для лекарств.

Заканчивая цикл развития, инфекционные агенты прорывают клеточную мембрану, попадают в кровь, лимфу и другие жидкие среды организма, разносятся их током и поражают новые клетки. Внутриклеточные бактерии, кроме того, выделяют токсины, которые угнетают функции даже незараженных клеток, в том числе и клеток иммунитета, ослабляя его. Вместе с бактериями или вирусами в кровь попадают и компоненты разрушенных при их выходе клеток, что вынуждает иммунитет отвлекать свои силы на их удаление. Постоянное напряжение иммунитета приводит к сбоям в его работе. Это может повлечь за собой развитие аллергических реакций.

TORCH-инфекции — воистину, бич человечества. Имеются очень серьезные научные данные (на мой взгляд, вполне достаточные), указывающие на то, что TORCH-инфекции могут являться коренной причиной таких заболеваний, как рак, аллергии, хронические депрессии, энцефалопатии, инфаркты, астенический синдром и многих других.

Большинство людей в мире (если не все) являются носителями одной или сразу нескольких хронических инфекций. Мож-



но уверенно говорить о сопровождающей человечество на протяжении всей его истории скрытой эпидемии, точнее, множестве (по количеству возбудителей) эпидемий.

Что же с этим делать? Надо ли бороться с этой напастью? Многие врачи считают, что не надо — мол, не боролись раньше и ничего, не вымерло человечество. Но ученые с ними не согласны, ибо очень многие давно известные хронические заболевания являются не чем иным, как проявлениями хронических инфекций. Я разделяю точку зрения последних. Подход к лечению должен быть при этом дифференцированным.

Все врачи согласны, что такая борьба необходима, если речь идет об острой форме TORCH-инфекции или о беременности (некоторые хронические инфекции могут вызывать ее нарушения). Но этого, конечно же, недостаточно. От некоторых возбудителей хронических инфекций (вирусных, видимо, всех) на сегодняшний день полностью избавиться невозможно. Но от некоторых бактериальных — можно и нужно. Успех лечения, правда, не гарантирован — слишком устойчивы эти бактерии. Но, во всяком случае, стоит попробовать.

К лечению вирусных TORCH-инфекций следует прибегать только в случае острых проявлений. Например, герпес не будет никак вас беспокоить до тех пор, пока ваш иммунитет будет на должном уровне. Вообще-то, при лечении хронических инфекций ведущее значение имеет состояние иммунитета.

Бывает, что человек заболевает какой-то инфекцией, протекающей в острой форме, а через неделю-две самочувствие улучшается, но какие-то проявления болезни остаются постоянно. В этом случае можно уверенно предполагать хронизацию одной из TORCH-инфекций.

Как узнать, есть ли у вас хроническая инфекция? Вот некоторые возможные симптомы: хроническая усталость, вялость, сонливость, депрессия, субфебрильная (периодически незначительно повышающаяся) температура, темные круги под глазами или потемнение возле внутренних углов глаз, аллергия на что-либо, бронхиальная астма, обложенность языка и запах изо рта (особенно после сна), ощущение сухости во рту (особенно во время сна), частые простуды, «беспричинное» расстройство пищеварения, боли в сердце и в суставах, кожные высыпания с непонятной дерматологам этиологией (никакое лечение не дает результата), не поддающиеся обычному лечению конъюнктивит, насморк, гайморит, бронхит, уретрит, простатит, везикулит, цистит, эпидидимит, цервицит, бартолинит, эндометрит, сальпингофорит, аднексит, проктит, цистит.



Некоторые из этих названий, возможно, ничего вам не говорят. Они даны для тех, кому соответствующий диагноз был поставлен врачом. Под обычным лечением здесь подразумевается то, которое, как правило, применяется в подобных случаях врачами. В основном это местное лечение (капли, мази, полоскания и т.п.), иногда слабые антибиотики, чаще всего пенициллиновой группы.

Если у вас есть хотя бы один (одно) из приведенных симптомов (заболеваний) или, тем паче, несколько, велика вероятность того, что у вас имеется хроническая инфекция. Фактором, существенно повышающим вероятность наличия у больного хронической инфекции, является подтвержденное анализами наличие такой инфекции у кого-либо из членов его семьи.

Я предполагаю, что многие заболевания, которые всегда относились врачами на счет наследственной предрасположенности, на самом деле обусловлены наличием «семейных» хронических инфекций. Если это верно в отношении туберкулеза, то почему не может быть верным в отношении «медленных» инфекций? Восприимчивость человека ко многим TORCH-инфекциям весьма высока, а передаются некоторые из них аналогично гриппу.

Если вы предполагаете у себя хроническую инфекцию, можно обратиться за дальнейшей диагностикой к врачу, но беда в том, что участковые терапевты и семейные врачи очень мало знают о TORCH-инфекциях. Хорошо если вам удастся найти толкового инфекциониста — он может подсказать, на что надо провериться в первую очередь. Но моя практика показывает, что некоторые болезни сегодня оказались «потерянными». Большинство врачей их не знает и не берется лечить (по крайней мере, в СНГ).

К таким инфекциям относятся, прежде всего, хламидиозы. Дело в том, что из четырех открытых видов хламидий, все врачи знают и берутся лечить только два — *s.trachomatis* и *s.psittaci*, хотя два других — *s.pneumoniae* и *s.pecorum* тоже очень распространены, вредоносны и открыты не вчера — несколько позже двух первых.

Хламидии могут вызывать любой из перечисленных выше симптомов. Поэтому я рекомендую вам, в первую очередь, сдать анализ крови на выявление антител к хламидиям. Лучше если это будет типоспецифический анализ — с выявлением конкретного типа возбудителя (одного из четырех). Соответствующие лаборатории, к сожалению, имеются пока только в некоторых крупных городах. Если у вас будет выявлен «потерян-



ный» вид хламидий, вы можете обратиться за лечением к дерматовенерологу.

Дело в том, что все хламидиозы лечатся примерно одинаково. Возможно, что вас согласится лечить пульмонолог, особенно если есть легочные проявления болезни. Но в этих случаях лучше прибегнуть к поднадзорному самолечению (схемы лечения все же отличаются). Необходимая литература имеется в продаже и в медицинских библиотеках.

Если у вас, из приведенных, имеются только урогенитальные симптомы, а хламидии не обнаружены, может иметь место микоплазмоз или уреоплазмоз. Микоплазмы тоже бывают разные. *M. hominis* поражает мочеполовые органы, а *m. pneumoniae* — органы дыхания. Лечатся эти заболевания аналогично соответствующим хламидиозам.

Некоторые хронические инфекции могут являться маркерами иммунитета. При снижении иммунитета в организме активируются возбудители всех имеющихся инфекций, что ведет к увеличению количества соответствующих антител. Учитывая, что вирус герпеса имеется практически у каждого, зная титры антител к нему и сравнив их с «нормой», можно примерно судить о состоянии иммунитета. Это даже в какой-то мере удобнее, чем дорогое и сложное полное исследование иммунитета, хотя и не дает всей картины. О снижении иммунитета можно судить даже без анализов — если у больного часто бывают герпетические высыпания (чаще всего на губах).

К другим маркерам иммунитета можно отнести токсоплазму, цитомегаловирус. Эти возбудители распространены тоже очень широко, но меньше, чем вирус герпеса.

Творец дал нашему телу огромный запас физиологической прочности. И это прекрасно. Но в этом кроется и некая опасность. Даже здоровая нервная система не всегда сигнализирует об отклонениях в работе органов. Не так уж и редко субъективные ощущения болезни возникают, когда орган уже в значительной степени утратил свои функции. Например, утрата почками 50% производительности не приводит к заметным изменениям в метаболизме (люди с одной почкой ведут вполне нормальный образ жизни). Для организма может остаться незамеченной утрата печеночной трети четвертой производительности. Для внешнесекреторной функции поджелудочной железы этот показатель приближается к 90%! Т.е. симптомы панкреатита возникают, когда поджелудочная железа почти полностью атрофирована.

Поэтому я рекомендую всем людям, начиная с 30 лет, не



реже чем раз в пять лет обязательно проверять печень, почки, и поджелудочную железу. Желательно проверить состояние и других основных внутренних органов. Для людей старше 60-ти этот срок должен быть сокращен до двух-трех лет.

Болезни некоторых органов проявляются не болями в соответствующей области, а только заметным расстройством функций других органов. В таких случаях говорят о «масках» болезни. Варвары обычно не замечают этих масок и лечат не тот орган, который надо. Поэтому больным желательно знать хотя бы о часто встречающихся масках. Пожалуй, чаще всего при системных заболеваниях поражаются почки. Причина этого в том, что почки богаты капиллярами, в которых могут задерживаться и образовываться местно иммунные комплексы. Поражение почек характерно для системной красной волчанки, склеродермии, системных васкулитов, хронического активного гепатита, ревматоидного артрита, острого или тяжелого хронического панкреатита, рака различной локализации, миеломной болезни, сахарного диабета, подагры, опухоли надпочечников. Иногда поражение почек опережает на месяцы и даже годы проявления признаков основной болезни.

Нередко имеет место и обратное — болезни почек выступают под масками следующих симптомов: гипертония или гипотония, кожный зуд, сухость кожи, расстройство кишечника, потеря аппетита, нарушения сердечного ритма, полиартрит, слабость, сонливость, одышка, судороги, носовые кровотечения или хронический насморк. При всем этом в почках может не быть болевых ощущений. Если имеют место сразу несколько из перечисленных симптомов — проверьте почки.

Следует помнить, что недиагностирование или запоздалое диагностирование врачами почечной недостаточности — не редкость. Часто почечная недостаточность не сопровождается отеками и, кроме того, существуют другие заболевания почек, т.н. тубулопатии, которые приводят к «перекосам» в работе почек, но не сопровождаются при этом характерными для почечной недостаточности изменениями в рутинных анализах крови и мочи. Поэтому тубулопатии очень часто не диагностируются.

Теперь о собственно диагностике. На основании простых признаков каждый может произвести примерную оценку общего состояния своего здоровья и состояния некоторых органов.

Важным показателем общего здоровья является вес человека. Его заметное отклонение от нормы при правильном питании — уже повод для всестороннего обследования.

Другой важный критерий — состояние кожных покровов: их



сухость или сальность, повышенное потоотделение, наличие кожных высыпаний и т.д.

Если вас часто беспокоит изжога — имеет место повышенная кислотность желудочного сока. Если бывают воздушные отрывки, газы в кишечнике (метеоризм), скорее всего пониженная. Следует помнить, что повышение кислотности может являться защитной реакцией организма на раздражитель. Такими раздражителями могут быть, например, бактерии *h.pylori*, вызывающие язвы, гастриты и, возможно, некоторые болезни печени. Может повышаться кислотность при гельминтозах и лямблиозе. Учтите, что «нулевая» кислотность приводит к интоксикации организма продуктами распада пищи в кишечнике. Первопричиной расстройства пищеварения могут быть и гормональные нарушения (щитовидная, паращитовидные железы).

Гормональные нарушения часто врачами не диагностируются. Следует обратиться к эндокринологу, если у вас есть хотя бы одно из следующих заболеваний: остеопороз, быстро прогрессирующий кариес, камни в почках, «необъяснимые» конъюнктивит или насморк, катаракта, сухость кожи, интенсивное выпадение волос. В гормональных отклонениях нередко кроются причины и других «беспричинных» болезней.

Желтизна кожных покровов и, особенно, глазных склер — обычный признак функциональной недостаточности печени. О том же может свидетельствовать и светлый цвет стула. Постоянное послабление стула — признак свидетельствующий о серьезных нарушениях в пищеварении, которое может быть вызвано как нарушением кишечной флоры, так и плохой работой желудка, поджелудочной железы, печени, желчевыводящих путей.

Цвет мочи в норме соломенно-желтый (при условии, что не употреблялись окрашивающие ее продукты, напитки (свекла, чай и др.) или лекарства. Чтобы предварительно оценить работу почек, соберите и рассмотрите вашу утреннюю мочу. При хронической почечной недостаточности моча очень светлая или бесцветная. При состояниях, вызывающих повышенный распад белков (лихорадка, гипертиреоз, инфекции в острой форме, опухоли и др.), и при беременности моча темнеет, вплоть до темно-коричневой. Помутнение мочи может быть следствием высокого содержания солей, лейкоцитов, бактерий.

Суточный диурез (количество выделенной мочи) является одним из важных показателей работы почек. Значительное увеличение диуреза (более 2000 мл/сут.—полиурия), особенно при преобладании ночного диуреза над дневным, может указывать на хроническую почечную недостаточность. Полиурия в сочета-



нии с повышенным потреблением воды, чувством жажды, похудением — один из признаков диабетов (сахарного и несахарного).

У здорового человека при нормальном питьевом режиме во время ночного сна не должно быть позывов к мочеиспусканию.

При обнаружении отклонений от нормы, обязательно сделайте соответствующие лабораторные исследования.

В приложении приводятся нормы для некоторых, наиболее распространенных, лабораторных анализов. Интерпретацию отклонений от нормы из-за объемности я не привожу, но вы сможете найти ее в специальной литературе, в частности в [27], или получить у хорошего врача. Начинать обследование следует с клинического анализа крови и общего анализа мочи, и уже в зависимости от их результатов планировать дальнейшее обследование.

Вернемся к серологическим анализам, т.е. основанным на реакции антиген — антитело. Я не привожу норм, т.к. для каждой болезни, метода исследования и лаборатории они отличаются. Нормы обычно указываются лабораторией рядом с полученным результатом, имеются они и в литературе, в частности в [6]. Нам, больным, важно знать, какие бывают серологические методы, какие из них предпочтительнее, что означают приводимые цифры.

Существуют два направления серологических исследований. Первое — обнаружение с диагностической целью антител в сыворотке крови обследуемого. В этом случае неизвестными являются антитела, содержащиеся в сыворотке. Поэтому в реакции используют заведомо известные антигены: живые или убитые микробы, их отдельные фракции — при диагностике бактериальных инфекций; тканевые жидкости, культуры тканей содержащие вирусы и т.п. — при диагностике вирусных заболеваний. Положительный результат свидетельствует о наличии соответствующих антител, отрицательный — об их отсутствии.

Второе направление — установление родовой, видовой и типовой (классификационной) принадлежности микроба или вируса. В этом случае неизвестным компонентом реакции является антиген. Поэтому реакцию ставят с иммунными сыворотками, содержащими антитела к заведомо известному антигену в высокой концентрации.

Серологическое исследование, применяемое для обнаружения специфических антител, — обычно более доступный метод диагностики, чем выделение возбудителя из сред организма. В некоторых случаях обнаружение антител — единственный



способ удостовериться в том, что в организме присутствует или присутствовал возбудитель инфекции. Рассмотрим некоторые распространенные серологические реакции.

### 1. Реакция агглютинации (РА).

Широко применяется в разных вариантах (непрямая или пассивная, коагглютинация, гемагглютинация и др.). Классическая РА бактерий заключается в склеивании и выпадении в осадок бактерий под действием антител. По характеру осадка определяют выраженность реакции. Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) имеет довольно высокую чувствительность и часто применяется для диагностики инфекций, вызванных бактериями и риккетсиями.

### 2. Реакция связывания комплемента (РСК).

Это сложный, но и точный метод. Широко применяется для обнаружения бактерий и вирусов. Механизм состоит в том, что антиген, соединившись с соответствующим ему антителом, прочно удерживает комплемент. Свидетельством наличия реакции служит целостность эритроцитов, которые добавляются к сыворотке. При отсутствии реакции комплемент остается свободным и разрушает эритроциты. Разведение исследуемой сыворотки производится (обычно вдвое) до тех пор, пока не освободится комплемент. Поэтому показатель концентрации антител, называемый титром, являет собою отношение  $1:2^N$ , где  $N$  — число разведений. Т.е. выглядит как 1:2, 1:4, 1:8, 1:16 и т.д. Теоретически, конечно, пропорция разведения может быть любой. В некоторых случаях для достижения высокой точности применяются меньшие градации разведения. Чем меньше дробь — тем выше концентрация антител.

### 3. Реакция нейтрализации (РН).

Основана на способности специфических иммунных сывороток подавлять инфекционное действие вирусов. Реакция применяется для определения типов вирусов и титров антител. Существуют две модификации реакции: в первой возрастающее разведение взвеси, содержащей вирус, соединяют в равном объеме с постоянной дозой сыворотки, а во второй — возрастающее разведение сыворотки соединяют с постоянной дозой вируса.

Другие серологические методы в какой-то мере схожи с уже рассмотренными. Это: реакция преципитации, реакция задержки гемадсорбции, иммуноферментный анализ, радиоиммунологический анализ.

Самый точный и совершенный на сегодня, но вместе с тем и самый дорогой и малораспространенный в СНГ серологичес-



кий метод — полимерная цепная реакция (ПЦР). Но такая высокая точность, какую он дает, обычно не нужна.

Существуют микробиологические методы непосредственного выявления возбудителей болезней в материале, взятом из организма. Материал берется до лечения противомикробными препаратами.

Микроскопический (бактериоскопический) метод заключается в исследовании с помощью микроскопа выделений человека или материала (соскобов, биоптатов).

Довольно точные и ранние результаты дает метод флюоресцирующих антител (МФА). Он основан на том, что люминисцентные красители, соединяясь с антителами и иммунными комплексами, придают им способность светиться в ультрафиолетовом свете.

Редко применяется электронная микроскопия препаратов из тканевых экстрактов и ультратонких срезов инфицированных клеток.

Наиболее распространенный в микробиологической практике культурный (или бактериологический) метод состоит в выделении из исследуемого материала чистой культуры микроба-возбудителя с целью дальнейшего изучения. Для этого подбираются питательные среды, оптимальные для исследуемого микроорганизма. Выращенные колонии возбудителей испытываются на чувствительность к антибиотикам.

**Надо учитывать, что в обычных питательных средах внутриклеточные бактерии-паразиты и вирусы не размножаются и, следовательно, не могут быть обнаружены этим методом. Поэтому, если врач говорит, что посев ничего не показал, это еще ничего не значит — нужны серологические исследования.**

#### **7. Что необходимо иметь для самолечения?**

Прежде всего, очень желательно иметь дома небольшую медицинскую библиотечку. Литературы по разным отраслям медицины очень много, но в большинстве случаев лишь несколько книг из этого книжного моря могут вам понадобиться. В зависимости от ваших болезней, выбранного типа самолечения и список необходимой литературы будет разным, но некоторые книги желательно прочитать и иметь под рукой в любом случае (обязательный список). Знания, которые вы в них почерпнете, позволят, кроме всего прочего, лучше контролировать действия врачей. В дополнительный список я включил то, что, на мой взгляд, можно отнести к полезной литературе «второго плана» и читать по необходимости в библиотеке.

Некоторые книги переиздаются чуть ли не ежегодно, и еже-



годно выходит в свет много новых. Они, естественно, содержат самые свежие сведения, в свете последних научных достижений. Поэтому я приведу, в основном, ориентировочный список литературы.

### Обязательный список

1. Фармако-терапевтический справочник.
2. Л.А.Данилова. Анализы крови и мочи. «Салит — медкнига». С-Петербург. 2000. 124 с.
3. Словарь (можно краткий) медицинских терминов.
4. Руководство по инфекционным болезням или хотя бы справочник по инфекционным болезням.
5. Справочник дерматовенеролога.
6. Книги об имеющихся у вас болезнях.
7. Пособие по выбранному нетрадиционному лечению (если вы его предпочли).

### Дополнительный список

8. Большая медицинская энциклопедия. (Часто достаточно любой домашней медицинской энциклопедии — таких сейчас издано много).
9. Руководство по диагностике и лечению болезней почек.
10. Руководство по диагностике и лечению болезней печени.
11. Р.Б.Тейлор. Трудный диагноз. 2 т. Пер. с англ. Медицина. Москва. 1992. Или другое пособие по дифференциальной диагностике.
12. Краткий словарь-справочник медицинских терминов. Например, издательства «Феникс». Ростов-на-Дону. 1999.

Кроме литературы хорошо бы иметь дома простейшие медицинские приборы: термометр, тонометр (прибор для измерения артериального давления), фонендоскоп (прибор, которым врачи слушают легкие, сердце и т.д.).

#### 8. Как лечиться самому?

Прежде всего, оцените «обстановку»: состояние своего здоровья, наличие поблизости ЛУ и их качественный уровень, возможности по использованию их базы и врачей для самолечения, свои финансовые возможности и т.п.. В соответствии с этим выберите оптимальный тип самолечения.

Рекомендую действовать по приведенному на рисунке примерному алгоритму.

Промежуточный контроль необходим, как оценочный — для проверки эффективности лечения, так и профилактический — для предотвращения причинения организму вреда (например,



\* рекомендуемое максимальное количество циклов.

при лечении антибиотиками может быть необходим контроль состояния печени или почек). Коррекция диагноза и лечения может потребоваться неоднократно. Если после двух-трех коррекций нет результата, возможно, лучше отказаться от самолечения или изменить его форму (перейти, скажем, от подконтрольного — к поднадзорному).

Проводя самодиагностику, действуйте так, как должен действовать идеальный врач (гл.9).

Иные лекарства опасней самих болезней.

*Сенека. Римский философ. I в.н.э.*

Хочу напомнить, что, выбирая между несколькими подходящими вам методиками лечения или лекарствами, не всегда следует сразу отдавать предпочтение самым сложным и дорогим. Возможно, достаточно эффективными окажутся простые и дешевые средства. Прежде всего учтите, дает ли вредное побочное действие выбранная методика лечения. Советую начинать с самых безопасных лекарств.

Просмотрите еще раз то, что говорилось о лекарствах в гл.12.



Оценочный контроль состояния может быть субъективным и объективным. Как правило, их результаты совпадают — при лучшем самочувствии лучше и анализы. Но профилактический контроль должен быть только объективным, что обусловлено большими резервными возможностями организма. Например, на фоне улучшения общего самочувствия при лечении антибиотиками может быть существенно нарушена функция почек.

При оценке результата лечения тоже не всегда можно полагаться на субъективные ощущения. Так, при лечении некоторых хронических инфекций делать выводы об успешности лечения можно только через несколько месяцев по его окончании, на основе серологических анализов. Титры специфических антител в крови при отсутствии антигена (возбудителя болезни) понижаются до остаточного (фонового) уровня именно через такой срок. Однако если антигены полностью не уничтожены, титры антител будут выше уровня фона. Это значит, что болезнь постепенно вернется, хотя человек пока что чувствует себя здоровым.

В этом пособии, как вы понимаете, я не могу дать конкретных рекомендаций по лечению всех болезней. Я хотел довести до вас только общие принципы. Ищите необходимую информацию в литературе.

Лечись пока здоров.

*(Пословица).*



## 17. ПОНЕМНОГУ О РАЗНОМ

**В эту главу я включил разноплановую информацию, которая, возможно, пригодится вам для лечения и поддержания здоровья.**

Как сэкономить на лекарствах? Для этого следует учесть два аспекта. Во-первых, многие лекарства, отличающиеся названием, имеют или полностью одинаковый состав, или одинаковое действующее начало, но сильно разнятся в цене (до нескольких раз). Причины этого лежат в плоскости патентного права, лицензирования производства, «авторитетности» производителя, различной удаленности производителей от потребителя и т.д.. Так, например, антибиотик ципрофлоксацин известен на рынке под названиями ципробай, цифран, ципролет, ципринол, офлоксацин и др.

Иногда цена действительно отражает более высокое качество лекарства (степень чистоты и концентрации действующих компонентов, качество основы и т.п.), но чаще это не так. Действительно, в странах «третьего мира» производство зачастую не отвечает современным технологическим и даже гигиеническим требованиям. Но лекарства, выпущенные в странах, которые принято относить к развитым, как правило, ничем не уступают произведенным фирмами-создателями, а цену имеют ниже. Поэтому, при выборе лекарства, ориентируйтесь, прежде всего, на страну-производителя.

Во-вторых, цена одного и того же лекарства в разных аптеках может существенно отличаться. Эта разница тем заметнее, чем дороже лекарство. Но здесь следует соблюдать осторожность. За слишком низкой ценой может прятаться подделка. Аптеки, как правило, снижают цены на товар при близком окончании допустимого срока его использования. Такое лекарство вполне пригодно к применению, если соблюдались условия его хранения (главное — температура).

Не покупайте и не применяйте просроченных лекарств. Не покупайте лекарства «с рук» — у незнакомых людей.

Без крайней необходимости не используйте новых, малоопробованных лекарств. Известно немало случаев, когда через год-два после начала широкого применения лекарства, обнаруживались столь серьезные побочные эффекты, что оно снималось с производства.



В семидесятых годах прошлого века в ФРГ широко применялось снотворное контерган. В результате тысячи детей родились с пороками развития. Один из довольно свежих примеров — история с таблетками для похудения FEN-PHEN, выпускавшимися известной фармацевтической фирмой в США. А в 2001 году американская фармацевтическая компания «Органон» отозвала анестетик «Раполон», который рекламировался как быстрое обезболивающее средство без побочных эффектов. Оказалось, что он вызывает бронхоспазм. Подобных случаев великое множество.

\* \* \*

Говоря о подделках лекарств, нельзя не сказать, что по данным проведенных в России исследований, их объем на рынке составляет 4 — 7% от оборота. Все подделки можно условно разделить на три группы. Первую составляют лекарства, по своим свойствам ничем не отличающиеся от подлинных — они произведены, как правило, на тех же предприятиях, что и оригиналы. Подпадают же под категорию «подделка» только потому, что не учтены при производстве в соответствующих документах. Обычно они реализуются в аптеках по цене чуть ниже оригинала, что большим очень кстати.

Вторую группу составляют подделки, которые имеют, по сравнению с оригиналом, более низкое качество, хотя содержат указанные в аннотации компоненты и обладают декларируемым лечебным действием. Их цена обычно заметно ниже, чем у подлинных лекарств. Иногда их можно отличить по качеству упаковки.

В третью группу входят подделки, не имеющие ничего общего с лекарством, название которого указано на упаковке. Широко известен случай, когда под видом антибиотика сумамед продавался стрептоцид. Масштаб подделки был столь велик, что фирма «Плива» была вынуждена отозвать свой препарат из торговой сети для дополнительной защитной маркировки. Такие подделки продаются дешевле подлинных лекарств и могут выдавать себя отсутствием защитных маркеров и, опять же, качеством упаковки.

В какой-то мере можно защититься от попадания на подделку, если требовать в аптеке сертификат соответствия на лекарство.

\* \* \*

В последнее время широкое распространение получили биологически активные добавки (БАД). По ряду причин они не подпадают под жесткий контроль, действующий в отношении



лекарств, что дает возможность непорядочным фирмам злоупотреблять доверием потребителей.

Некоторые БАД могут иметь вредные побочные действия, другие противопоказаны лицам с определенными заболеваниями. Все это часто не оговаривается в аннотации. Если вы употребляете БАД, соблюдайте осторожность. Выясните, какие компоненты входят в БАД, и прочитайте об их возможном побочном действии в справочнике.

Например, эфедра встречается в БАД под более чем 20 названиями: ma Huang, huna, yellow horse, seagrape и др. Она может вызывать нарушения сердечного ритма, обострение сердечной недостаточности, повышение сахара в крови, головокружение, бессонницу, рвоту и другие побочные явления. Эфедра противопоказана при диабете, заболеваниях сердца, щитовидной железы, гипертонии, нарушениях мозгового кровообращения, глаукоме, детям до 6 лет. Описаны случаи летального исхода от БАД с этим компонентом. Тем или иным вредным побочным действием обладают входящие в некоторые БАД хром, гуарон, тиратрикол, алоэ (сабур) и другие. За пять лет в США зарегистрирован 2621 случай побочного действия БАД, из них 101 с летальным исходом.

\* \* \*

В народе широко бытует представление об абсолютной безвредности фитотерапии. Больше того, подобные утверждения я неоднократно слышал в теле- и радиопередачах от врачей-фитотерапевтов. При этом единственный аргумент в пользу такого утверждения — природное происхождение лекарственных трав. Мол, все, что от матери-природы — полезно. Это, конечно же, не так! Достаточно вспомнить, что Сократ был отравлен соком болиголова. Многие, широко применяемые в народной медицине травы, обладают выраженным токсическим или наркотическим действием. Вот только некоторые из них: рута душистая, чистотел, белена, беладонна (красавка), чемерица белая, багульник болотный, конопля, копытень европейский, семя тыквы, волчье лыко (волчья ягода), дурман, душица (материнка), боярышник, бессмертник.

Лечиться подобными травами надо так же осторожно, как и любым другим лекарством: не превышать указанные в лечебниках дозировки и продолжительность лечения, учитывать возможные противопоказания для лечения тем или иным растением.

\* \* \*

О том, что нормальная температура тела человека  $36,6^{\circ}\text{C}$  известно всем. Но не все знают, что температура в  $37^{\circ}$  считает-



ся ненормальной, а не верхней границей нормы. Повышение температуры является защитной реакцией — некоторые бактерии и вирусы угнетаются или гибнут даже при том незначительном повышении температуры, которое способен создать наш организм — чуть выше  $41^{\circ}\text{C}$  (гиперпиретическая).

Кроме того, при повышении температуры повышается активность макрофагов. Поэтому не следует принимать жаропонижающие средства, если температура не приближается к высокой (выше  $39^{\circ}$ ) и больной хорошо ее переносит. Хотя разрушение белков начинается где-то при  $44$  градусах, повышение температуры до чрезмерно высокой (выше  $40^{\circ}$ ) опасно тем, что все системы организма работают в очень напряженном режиме. Больное сердце, например, может не выдержать нагрузки. Скорость метаболических процессов увеличивается на  $7\%$  при повышении температуры на  $0,5$  градуса.

Нижняя граница нормы в медицине почему-то четко не установлена, но я думаю, что она находится в районе  $36^{\circ}$ . Температура тела регулируется головным мозгом. Некоторые лекарства и заболевания могут приводить к ее понижению до критических значений (ок.  $35^{\circ}$  для головного мозга). Локальное охлаждение других органов и конечностей до значительно более низких температур хорошо переносится организмом.

В ходе лечения важно учитывать не только температуру, как таковую, но и ее перепады. Резкое понижение температуры на  $3-4$  градуса опасно и может привести к потере сознания. Именно поэтому нельзя ставить больному горчичники или банки при температуре выше  $39^{\circ}\text{C}$ .

\* \* \*

Часто врачи приписывают больному в качестве общестимулирующего средства витамин С (аскорбиновая кислота). Этот витамин играет в организме чрезвычайно важную роль, поскольку активно участвует во многих окислительно-восстановительных реакциях. Его недостаток приводит, в частности, к снижению иммунитета, а сильный дефицит — к развитию цинги. Но, в то же время, и его избыток опасен, поскольку приводит к таким явлениям, как-то: снижение проницаемости капилляров, ухудшение зрения, патологии беременности и выкидыш, предрасположенность к тромбообразованию, изменение формулы крови, необратимые изменения в сердце, атрофия надпочечников.

Такие явления наблюдаются при назначении в массивных дозах — более  $0,1$  г/сут. Новые исследования, проведенные в США, окончательно подтвердили, что суточная доза витамина С не должна превышать  $0,1$  г.



Показано также, что после длительного потребления кислоты аскорбиновой в умеренно увеличенных количествах, организм становится необычайно чувствительным — даже при самом ничтожном дефиците ее развивается острый авитаминоз С.

Врачи часто злоупотребляют назначением витамина С. Так, например, в моей практике врач назначила витамин С в инъекциях в количестве 0,1 г/сут. и, кроме того, прописала поливитамины в таблетках, совершенно упустив при этом из виду, что с ними я получал еще 0,18 г/сут. К счастью, я скоро заметил передозировку и врач, после моего замечания, была вынуждена изменить назначение.

Иногда витамин С назначают в виде настоя, экстрактов или сиропа шиповника. В этих случаях соблюдение дозировки столь же важно.

О серьезности проблемы свидетельствует тот факт, что в мире резкий (на 100%) рост заболеваемости болезнью Аддисона (недостаточность коры надпочечников) стал наблюдаться с началом широкого применения в терапии витамина С. Врачи не знают (или не хотят знать) действительной причины такого роста и называют "необъяснимые" случаи поражения коры надпочечников "идиопатической атрофией".

Определенная осторожность нужна при назначении и других витаминов — почти все они имеют вредное побочное действие при передозировке. Известно, например, множество случаев, когда люди, узнав о пользе бета-каротина (эфир витамина А), с лечебно-профилактическими целями начинали «укреплять» здоровье путем употребления большого количества моркови или морковного сока. В результате вместо ожидаемого улучшения зрения, получали его ухудшение, и, кроме того, желтизну кожи, расстройство нервной системы и др.

\* \* \*

Некоторые производители лекарств и пищевых продуктов, в погоне за прибылью, прибегают к приемам, которые должны в глазах потребителя создавать видимость новых полезных качеств товаров. При этом потребителя не предупреждают, что эти качества могут быть не только полезны, но и вредны.

Скажем, вскоре после опубликования в печати выводов некоторых западных исследователей о том, что химический элемент селен играет важную роль в защите клеточных мембран от инфекций, в продаже появились витамины с добавлением этого элемента. При этом совершенно не учитывалось, что анализы на содержание селена в организме нигде не делаются, а его избыток приводит к развитию многих заболеваний, в том числе



способствует возникновению рака.

Спекулируя на том, что недостаток йода в организме чреват заболеваниями щитовидной железы, производители выпустили в продажу йодированную соль, минеральную воду, йогурт и даже... водку. При этом не оговаривалась необходимость какой-либо консультации с врачом по поводу употребления этих продуктов. А ведь избыток йода столь же вреден, как и его недостаток и приводит к развитию тяжелого заболевания — йодизма. Не может служить достаточным основанием для назначения йодосодержащих продуктов даже дефицит йода в питьевой воде той или иной местности, — сейчас люди получают едва ли не большую часть потребляемых продуктов питания и, соответственно, йода не из регионов своего проживания.

\* \* \*

Сколько должен спать человек? Последние американские исследования показали, что норма для взрослого человека составляет примерно 9-10 часов, а не 8, как считалось ранее. Поэтому возьмите свою «норму» хотя бы в выходные дни.

Возникает вопрос: а как понимать пословицу «Много спать — мало жить»? Ведь она основана на народной наблюдательности. Пословица правильная, но неправильно понята, в том числе, как это ни странно, и ее неизвестным автором.

Сонливый человек меньше живет вовсе не потому, что много спит, а потому, что болен. Сонливость, депрессия — это признаки интоксикации. Интоксикация же, как правило, вызывается какой-то хронической инфекцией. Поэтому не следует искусственно сокращать свой сон. Такая «тренировка» организма не принесет ничего, кроме вреда. Надо искать причину сонливости и лечиться.

До недавнего времени вирус Борно, вызывающий острое заболевание у лошадей, считался для людей безвредным. И вот немецкие ученые открыли, что у людей он может вызывать депрессию. Депрессия в этих случаях прекрасно поддавалась лечению противовирусными препаратами, которые обычно применяются против вируса гриппа (амантадин, ремантадин). Но учтите, что депрессия не всегда вызывается хроническими инфекциями, возможны и чисто психологические причины.

\* \* \*

Раз инфекции лежат в основе большинства болезней, то гигиена — основа здоровья. Недавно появились «научные» данные о том, что излишняя чистота вредит иммунитету. Он, якобы, не тренируется в борьбе с постоянно поступающими микробами и утрачивает свою силу. Я думаю, что это не так. Средняя продолжительность жизни людей за последние несколько сто-



летий увеличилась почти вдвое во многом благодаря гигиене.

Хотим мы того или нет, ежедневно мы сталкиваемся с миллионами бактерий и вирусов, которые, как ни оберегайся, попадают в организм с пылью, водой и пищей. Этого количества достаточно для «тренировки».



После долгих и безуспешных попыток найти уборщицу: больница №5 перепрофилирована в грязелечебницу.

Повышать же свой иммунитет надо не разведением грязи, а закаливанием, очищением организма от шлаков, спортом, полноценным питанием, правильным образом жизни.

Существует множество возбудителей болезней, против которых не может устоять даже самый крепкий иммунитет и единственный способ уберечься от них — соблюдать правила гигиены и санитарии.

Иммунитет, к сожалению, почти беззащитен против макрообъектов, какими являются, к примеру, чесоточные клещи или гельминты. Не случайно гельминтологи считают, что те или иные глисты есть почти у всех людей. Некоторые из них не вызывают серьезных проблем, но есть и чрезвычайно опасные — способные сократить продолжительность жизни на 10 лет и более. Мытье рук, фруктов и овощей, термическая обработка пищи и кипячение питьевой воды существенно уменьшают вероятность подхватить какой-нибудь гельминтоз.

\* \* \*

Широко бытует заблуждение, что холод убивает вирусы, микробы и прочие болезнетворные агенты. Это не так. Подавляющее большинство микроорганизмов и яйца гельминтов прекрасно переносят холод, в том числе и замораживание, но лишь немногие из них выдерживают высокую температуру. Большинство микроорганизмов гибнет мгновенно при температуре кипения воды, многие — при кипячении в течение 10 минут. ВИЧ, к примеру, инактивируется при 100°C в течение 1-5 минут. А вот споры столбнячной бациллы кипячением не убиваются. Поэтому промывание раны кипяченой водой из лужи недопустимо.

\* \* \*

Можно ли отличить добропорядочного народного целителя от шарлатана? Можно, хотя иногда и довольно трудно. Приведу некоторые признаки, которые, на мой взгляд, присущи подлинным народным лекарям.

1. Большой авторитет лекаря среди жителей района, где он



2. Отсутствие фиксированной платы за оказанную медицинскую помощь — берет столько, сколько дают, а иногда и меньше, чем дают.

3. Большой практический опыт, и, следовательно, немолодой возраст.

4. Отсутствие какой-либо коммерческой рекламы предоставляемых медицинских услуг.

5. Отсутствие «заумных» титулов и званий, как-то: биоэнергоинформотерапевт, экстрасенс, академик Академии народной медицины, магистр ассоциации природного лечения и т.п..

6. Применение в практике только хорошо и давно известных или даже новых, но признаваемых наукой и народной медициной средств и методов.

Наличие у целителя лицензии на врачебную деятельность ни в коей мере не может гарантировать защиту от шарлатанства. Почему? Да потому, что формальную процедуру лицензирования пройти достаточно просто, особенно лицам с медицинским образованием. Не секрет, что некоторые врачи, не сумев реализовать себя в традиционной медицине, ударяются в псевдоцелительство. Кроме того, следует помнить, что в наше время покупаются и подделываются документы куда серьезнее, чем лицензия МЗ.

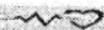
Лицензия не является не только достаточным, но и необходимым условием подлинности целителя. Некоторые бабушки-целительницы и слова-то такого не знают, не говоря уже о процедуре лицензирования. Многие знахари не имеют средств для оплаты далеко не дешевой лицензии, что не мешает им, впрочем, прекрасно лечить людей.

Если вы решили обратиться к народному лекарю, прежде всего убедитесь, что он действительно помогает людям. Рассказы об исцелениях, напечатанные в газетной рекламе или обнародованные по телевизору, не могут быть при этом приняты, как достоверное свидетельство. Лучше всего услышать такое свидетельство при непосредственном общении с исцелившимся или, хотя бы, со слов их родственников или знакомых. Желательно иметь несколько таких свидетельств.

Учтите также, что:

— многие академии и институты, присваивающие «целителям» академические и прочие высокие ученые звания, на самом деле вовсе никакие не академии, а зарегистрированные под громкими названиями общественные организации;

— не существует никаких научных данных (и в ближайшее время не предвидится), подтверждающих существование в



природе биополей, информационных полей и их резонансов, ауры человека и т.п., тем паче, не существует приборов, фиксирующих их наличие, измеряющих их уровень или генерирующих их в лечебных целях. Но слабые электромагнитные поля, создаваемые телом человека, существуют.

— выпускается промышленностью и применяется псевдо-врачами или рекомендуется ими же для домашнего применения множество псевдомедицинских приборов — иногда довольно сложных, но не оказывающих никакого лечебного действия, кроме обусловленного самовнушением;

— под маской наукообразия обычно скрывается шарлатанство: чем больше «научных» терминов и словесного тумана, тем больше вероятность того, что вы попали в лапы жуликов;

— случаи реального излечения даже у шарлатанов могут иметь место и объясняются самовнушением.

\* \* \*

Несоблюдение определенных правил при инъекциях лекарств (уколы, капельницы) может нести серьезную угрозу здоровью и даже жизни больного.

1. Лекарство должно вводиться только тем способом, для которого оно предназначено: подкожно, внутримышечно, внутривенно, внутриаартериально.

2. Из шприца, капельницы (системы) должен быть удален воздух. Внутривенное введение уже двух кубических сантиметров воздуха смертельно опасно.

3. Некоторые лекарства нельзя смешивать в одном шприце (капельнице) — они должны вводиться поочередно. Если физическое, химическое и фармацевтическое взаимодействие нескольких веществ заранее неизвестно, вводить их в одном шприце (капельнице) можно только после проведения специальных экспериментальных исследований! Поскольку такие исследования в больницах, как правило, не проводятся, если совместимость лекарств неизвестна, их вводят с небольшим (до 1ч.) перерывом. Это правило касается, кстати, всех лекарственных форм, в том числе и таблеток (хотя, возможно, и в меньшей мере).

4. Максимальная скорость введения некоторых лекарств специально оговаривается в инструкции. При ее превышении возможны серьезные осложнения.

5. Если вводится лекарство, способное вызывать аллергию, обязательно делается подкожная аллергическая проба.

\* \* \*

Академик А.Возианов утверждает, что одним из последствий Чернобыльской катастрофы стало то, что 95% населения



пострадавших территорий имеет мочевой пузырь в предраковом состоянии. Для населения Киева эта цифра составляет 94%, а в других регионах Украины — 40%. В Швеции и Австрии этот показатель равен нулю. Я не ставлю под сомнение эти цифры. Сомнение вызывает причина. Авторы исследования считают, что кроме Чернобыля, новых неблагоприятных экологических факторов в Украине за последнее время не появлялось.

Я думаю, что если бы соответствующие исследования не ограничивались только урологией, а были проведены на всем населении Украины и гастроэнтерологами, картина была бы примерно та же. Ведь не случайно гастроэнтерологи бьют тревогу по поводу резкого роста заболеваемости раком желудка, поджелудочной железы и циррозом печени.

Естественно, Чернобыль — первое, что приходит при этом на ум врачам. Да, несомненно, Чернобыль здесь дает свой «процент». Но существует и другой «чернобыль», который народ Украины (да, вероятно, и других стран СНГ) постоянно создает себе сам. Я имею в виду массовую медленную травлю отравленными продуктами.

Если читатель покупает более или менее регулярно продукты на рынках, то он не мог не заметить, что даже весной на них в большом изобилии присутствуют яблоки и груши, причем в прекрасном (внешне) состоянии и даже тех сортов, которые в обычных условиях столь долго не хранятся.

Часть этих фруктов свежими завозят к нам из теплых стран, другие — из стран южного полушария (Н.Зеландии, например). Довольно много плодов завозится из стран нашей же климатической зоны (стран ЕС). Эти плоды особым образом обрабатываются и хранятся, что позволяет им длительно сохранять свежесть (химическая обработка практически безопасными для человека консервантами, восковое покрытие, специальная газовая или вакуумная среда, низкая температура). Все эти фрукты имеют, по понятным причинам, довольно высокую цену. И вот среди этого иностранного нашествия мы с гордостью обнаруживаем огромное количество доморощенных яблок и груш от нашего родного крестьянина — фермера. Причем по красоте фрукты почти ничем не уступают «заморским» и значительно (в несколько раз) выигрывают в цене. За счет чего же они так прекрасно сохранились? Да за счет обработки ядами!

Наш «находчивый» народ, глядя на «заморских» конкурентов и не желая терять прибыль от пропадающего урожая, быстро сообразил, что если средства от плодовой гнили помогают сохранить урожай от гибели на ветках деревьев, то они же помогут со-



хранить его и в погребе, и в сарае, и на базарном прилавке. Фрукты, уже после сбора, обрабатываются столь сильно, что присутствие ядов ощущается даже в запахе и вкусе. Для отравления используются такие широко распространенные яды, как топсин-м, фундазол и другие. Как говорится, «дешево и сердито».

Характерной чертой этих ядов является то, что при поступлении в малых дозах они не вызывают выраженных симптомов острого отравления, но могут постепенно накапливаться в организме и, в конечном счете, приводить к «чернобылю». При разовом поступлении в большой дозе они вызывают острый панкреатит, гастрит и, возможно, почечную недостаточность.

Куда смотрят лаборатории при рынках? Они смотрят, в основном, на продукты животного происхождения. Критерием же пригодности к употреблению фруктов и овощей у нас всегда считался, главным образом, их внешний вид. Даже при желании, лаборатории при рынках выявить пестициды и инсектициды не смогут — у них нет для этого соответствующих приборов и реактивов (хотя зачастую для этого достаточно обоняния). В лучшем случае проводится проверка на нитраты и радиацию.

Сколь широко распространено отравление других фруктов и овощей? Трудно сказать, но специфический запах фундазола, напоминающий запах новой кожаной обуви, я неоднократно ощущал и у винограда.

Картофель, выращиваемый в частных хозяйствах для продажи, подвергается немилосердной обработке ядами против колорадского жука. При этом, конечно же, не соблюдаются и рекомендуемые производителями ядов минимальные сроки выдержки до употребления картофеля в пищу. Кроме того, зачастую значительно превышаются нормы внесения нитратных удобрений при выращивании разных овощей.

На Украине, только в Донецкой области, в 2001 году было зарегистрировано три случая опыления с воздуха полей запрещенными к использованию ядохимикатами. Были пострадавшие.

В Германии, где контроль за качеством пищевых продуктов поставлен на должный уровень, в 2002 году в «экологически чистых» продуктах был обнаружен запрещенный еще в 1981 году препарат нитрофен, причем в очень больших концентрациях. Есть все основания предполагать, что в странах СНГ положение с пищевыми продуктами значительно хуже, и отравление населения стало главной причиной роста числа раковых и ряда других заболеваний.

\* \* \*

Шутка - здоровому спорт не нужен, а больному не поможет.



Широкая пропаганда спорта, бега трусцой, аэробики и т.п. привела многих людей к мысли, что спортом можно вылечить все болезни. Физические упражнения в умеренных дозах действительно очень полезны больным, особенно в сочетании с другими лечебными факторами. Некоторые же больные по своей инициативе занимаются физическими упражнениями до изнурения, чем, зачастую, приносят себе только вред. При многих болезнях большие физические нагрузки категорически противопоказаны! Они могут сильно ухудшить состояние больного. К таким заболеваниям относятся, в частности, некоторые хронические инфекции, несколько болезней печени и почек. Если вы больны чем-либо, обязательно обсудите с врачом, какая физическая нагрузка допустима и полезна для вас. Если же вы лечитесь сами — почитайте об этом в литературе.



## 18. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эта книга получилась не такой, какой первоначально задумывалась — материалы, с которыми я знакомился в ходе работы заставляли неоднократно корректировать одни главы и добавлять другие. Новые знания и факты, тем не менее, не давали мне ни малейшего повода для изменения уже сложившегося мнения о врачах и медицине — скорее наоборот. К сожалению, много интересного осталось «за кадром» — я хотел, чтобы книга была доступной для всех, не слишком утомительной и стремился ограничить ее объем. Добавлю только, что информация, не вошедшая в пособие, лишь подтверждает изложенное в нем.

Теперь, когда вы все прочитали, я могу сказать, что в смерти моего отца виноваты врачи. Это не утверждение человека, который под влиянием эмоций всегда склонен во всем плохом, что касается его лично, искать виновных. Это уверенность, базирующаяся на моих знаниях и опыте. Я не сказал об этом раньше, дабы у вас не сложилось превратное впечатление — будто книга является плодом мести автора врачам. Нет, я начал писать ее еще при жизни отца. Надеюсь, читатель убедился в том, что автор стремился быть максимально объективным и имел добрые намерения.

Что касается непосредственно трагедии, которая случилась с моим отцом, то я не хочу описывать подробно историю медленного убийства — слишком тяжел груз воспоминаний. Скажу только, что не помогли мне мои знания — я взял под контроль действия врачей, когда было уже слишком поздно. Прости, папа.

Весь мой горький опыт нашел свое отражение в этом скромном труде — я хотел, чтобы читатели не повторяли моих ошибок и ошибок многих тысяч неопытных больных.

Вы, наверно, читали книги, авторы которых излагают открытые ими новые способы исцеления и рассказывают о чудесных результатах, которых они благодаря этим открытиям добились. Я не берусь судить о правдивости таких историй. Скажу лишь, что слухавил бы, если бы написал, что мои знания о врачах и основах самолечения позволили мне решить все проблемы со здоровьем. Но, вместе с тем, эти знания дали возможность получить свой условно полный диагноз, улучшить самочувствие, предотвратить вред, который варвары вольно или невольно пытались мне причинить, сэкономить немало денег, все-



гда уверенно чувствовать себя при общении с врачами. Согласитесь, что это уже немало.

Я знаю, что коснулся не всех проблем медицины и больных, тем паче, мои рецепты их разрешения не претендуют на абсолютную верность. Тема слишком объемна и запущена, чтобы ее можно было «поднять» всю в такой небольшой по объему работе. Но я надеюсь, что больные и честные врачи внесут свою лепту в разрешение насущных вопросов.

Буду рад, если мои пожелания о предназначении этой книги, высказанные в гл. 1, оправдаются хотя бы в одном из пунктов. А если общественность учтет, к тому же, предложения по реформированию медицины, я буду просто счастлив.

Я не привожу здесь всю библиографию, поскольку она очень обширна и большинство источников сами по себе не слишком интересны, ну, может быть, только для врачей. Желающие всегда смогут найти подтверждение всему, что я изложил, практически в любых общемедицинских газетах и журналах, специальной медицинской и другой литературе соответствующей тематики и, главное, — при общении с врачами.

Жду отзывов и предложений читателей.

**Будьте здоровы!**

**Асклепий Хворый**

2003 г.

E-mail: [esculap\\_hvory@ukr.net](mailto:esculap_hvory@ukr.net)



## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. М.Месарович, Д.Мако, И.Такахара. Теория иерархических многоуровневых систем. Москва. Мир. 1973.
2. А.Брайсон, Хо-Ю-Ши. Прикладная теория оптимального управления. Москва. Мир. 1972.
3. А.Ефимов. Элитные группы, их возникновение и эволюция. Знание-сила. № 1-1988. Москва.
4. Под ред. А.И.П.Шрийверса. Здоровье и здравоохранение в Нидерландах: критическая оценка состояния медицины и здравоохранения научными работниками Нидерландов. Киев. Сфера. 1998.
5. E.Scrivens. Врачи и менеджеры: встретятся ли эти двое? — Британский медицинский журнал. 1988.
6. Под общ.ред. Е.Чазова. Серия: Руководство по внутренним болезням. Москва. Медицина. 1996.
7. И.Макшанов. Врачебная деонтология. Учебное пособие для студентов мед.институтов. Минск. 1998.
8. Л.Рене и др. Кодекс медицинской деонтологии. Перев.с франц. Киев. Сфера. 1988.
9. Под ред. Г.Матвейкова, Н.Сороки. Клиническая диагностика. Справочное пособие для семейного врача. Минск. Беларусь. 1999.
10. Ю.Павловская. Не навреди. — Контракт № 2-1999. Киев.
11. С.Торопчина-Агалакова. Врачебная тайна покрыта мраком. Контракт № 13-1999. Киев.
12. А.Линденбратен. Цель выбрана правильно, но к ней ли мы идем? — Медицинский вестник. № 4-2001. Москва.
13. Н.Игнатов, Т.Сибурина. Роль средств массовой информации в подготовке общественного сознания в ходе реформ здравоохранения. — Здравоохранение Рос.Федерации. № 1-1997. Москва.
14. Под ред. В.Москаленко. Законодательство Украины по охране здоровья: сборник нормативных актов. Киев. Юринком Интер. 2000.
15. В.Тихонов. Сначала делаем, потом думаем. — Медицинская газета. № 59-1998. Москва.
16. Н.Наглый. Где бывает бесплатный сыр. — Медицинская газета. № 52-1998. Москва.
17. Г.Кирилкина. Врач, вылечись сам. — Медицинская газета. № 63-1998. Москва.



18. Д.Павлов. Есть ли сердце под белым халатом? — Зеркало недели. № 49-1999. Киев.
19. А.Рожен. К медицине с гарантированным результатом. — Зеркало недели. № 49-1999. Киев.
20. Л.Покрышка. От здравоохранения...в обратном направлении. — Зеркало недели. № 35-1999. Киев.
21. Л.Суржик. Минздрав считает, да кто ж ему верит? — Зеркало недели. № 7-2002. Киев.
22. А.Солодов. Хирурги воровали почки у пострадавших в ДТП. — Резюме. № 3-2001. Киев.
23. М.Гарина. Концептуальные подходы к оценке качества мед.деятельности. — Журнал дерматологии и венерологии. № 2-1998. Киев.
24. А.Ербактанов. Что записывает «черный ящик». — Медицина и здравоохранение. № 74-1998. Москва.
25. В.Павлиев. «Ангелы смерти» в белых халатах. — Зеркало недели. № 6-2002. Киев.
26. И.Слободянюк. Диагноз-коррупциоз. — Сегодня. 18.02.2003. Киев.
27. Л.Данилова. Анализы крови и мочи. Салит — медкнига. С-Петербург. 2000 г.



## ПРИЛОЖЕНИЕ

Печатается по изданию:  
Л.А.Данилова. Анализы крови и мочи.  
Салит — медкнига. С-Петербург. 2000 г.

Все величины приводятся в Международной системе единиц (СИ).

### Клинический (общий) анализ крови (для взрослых).

Количественное содержание гемоглобина:

— женщины — 115 — 145 г/л;

— мужчины — 132 — 164 г/л;

Эритроциты:

— женщины —  $(3.7 — 4.7) \times 10^{12}/л$ ;

— мужчины —  $(4.0 — 5.1) \times 10^{12}/л$ .

Лейкоциты —  $(4...9) \times 10^9/л$ ;

Цветовой показатель: 0.86 — 1.05

Скорость оседания эритроцитов (СОЭ):

— женщины — 2-15 мм/ч;

— мужчины — 1-10 мм/ч.

Тромбоциты:  $(200...400) \times 10^9/л$ .

Ретикулоциты: 0.2 — 1.2% .

Нейтрофилы: 48 — 79.0% .

Эозинофилы: 0.5 — 5.0% .

Базофилы: 0 — 1.0% .

Лимфоциты: 19 — 37.0% .

Моноциты: 3 — 11.0% .

Палочкоядерные: 1 — 6% .

Сегментоядерные: 47 — 72% .

### Общие свойства мочи (для взрослых)

Суточный диурез — 1200 — 1500 мл.

Относительная плотность — 1.010 — 1.025.

Реакция мочи (при смешанном питании) (рН):

5 — 7 (кислая).

Сахар, глюкоза — отсутствуют.



### Организованный осадок мочи:

- эритроциты — не более трех в поле зрения;
- лейкоциты: мужчины — не более трех в поле зрения; женщины — не более пяти в поле зрения;
- эпителиальные клетки — единичные в поле зрения;
- цилиндры — отсутствуют (кроме гиалиновых — единичные);

## Биохимические показатели крови (для взрослых)

### Органические вещества крови

Белки крови: — до 60 лет — 64 — 83г/л;

— старше 60 лет — 62 — 81г/л.

Белковые фракции (сокращенный анализ):

Альбумины — 50-70% .

Глобулины — 20-30% .

Гамма — глобулины — 15 — 25% .

Остаточный азот — 14,3 — 28,6 ммоль/л.

Мочевина — до 60 лет — 3,5 — 8,3 ммоль/л;

— старше 60 лет — 2,9 — 7,5 ммоль/л.

Креатинин — мужчины — 44 — 100 мкмоль/л;

— женщины — 44 — 88 мкмоль/л.

Индикан — 0,19 — 3,18 мкмоль/л.

Мочевая кислота

— мужчины до 60 лет — 0,10 — 0,40 ммоль/л;

— старше 60 лет — 0,25 — 0,47 ммоль/л;

— женщины до 60 лет — 0,24 — 0,50 ммоль/л;

— старше 60 лет — 0,19 — 0,43 ммоль/л.

Фенилаланин — 46 — 109 мкмоль/л.

Аммиак — 12 — 65 мкмоль/л.

Пигменты (билирубин) — 8,5 — 20,5 мкмоль/л.

Глюкоза — до 60 лет — 4,44 — 6,38 ммоль/л;

— старше 60 лет — 4,61 — 6,10 ммоль/л.

Холестерин — 3,9 — 7,2 ммоль/л.

### Неорганические вещества крови

Калий — 3,4 — 5,3 ммоль/л.

Кальций — общий — 2,3 — 2,75 ммоль/л;

— ионизированный — 1,05 — 1,3 ммоль/л.



Магний — 0,7 — 1,2 ммоль/л.

Натрий — 130 — 156 ммоль/л.

Фосфор — 1 — 2 ммоль/л.

Хлориды — 96 — 109 ммоль/л.

Железо — 9 — 31,0 мкмоль/л.

Аминотрансферазы:

— АлАТ — 0,1 — 0,68 мкмоль/(мл х ч);

— АсАТ — 0,1 — 0,45 мкмоль/(мл х ч);

— АсАТ/АлАТ — 1,3.

Амилаза — 3,3 — 8,9 мг/(с х л).

Щелочная фосфатаза — 278 — 830 нмоль/(с х л).

Кислая фосфатаза — 67 — 167 нмоль/(с х л).

Липаза 0 — 470 нмоль/(с х л).



## ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава 1. Как появилась эта книга .....	3
Глава 2. Почему с врачами приходится бороться .....	10
Глава 3. Как мы боролись .....	36
Глава 4. Этика больных и врачебная этика .....	43
Глава 5. Причины болезни .....	55
Глава 6. Куда пойти лечиться? .....	75
Глава 7. Страшная страховая медицина .....	82
Глава 8. Варварология .....	100
Глава 9. Идеальный врач, какой он? .....	122
Глава 10. Вы идете на прием .....	128
Глава 11. Если врач назначает анализы .....	133
Глава 12. Вам поставили диагноз .....	140
Глава 13. Вам назначили лечение .....	147
Глава 14. Помощницы варваров .....	154
Глава 15. Если врачи вам навредили .....	160
Глава 16. Основы самолечения .....	172
Глава 17. Понемногу о разном .....	195
Глава 18. Заключение .....	207
Список литературы .....	209
Приложение .....	211

Науково-популярне видання

**Асклепій ХВОРИЙ**  
**ЯК БОРОТИСЯ З ЛІКАРЯМИ**

**На допомогу практикуючому хворому**

Коректор — *О.Коваленко*

Комп'ютерна верстка — *Д. Рубін*

Комп'ютерне оформлення обкладинки — *Д.Рубін*

*Свідоцтво про реєстрацію ДК №17 від 20. 03. 2000.*

Підписано до друку 16.06.2003. Формат 84x108/32.  
Гарнітура Pragmatica. Офсетний друк. Ум.-друк. арк. 6,75.  
Обл.-вид. арк. 11,34. Тираж 1000. Зам №22.

ДП «Видавництво «Оріяни»  
02121, м. Київ, вул. Декабристів, 9

ДЛЯ НОТАТОК



Дом технической книги Сек№3

Авт.Хворый А. Доп.Нет  
Как бороться с врачами



221078

107.00

