ЗДОРОВЬЕ БЕЗ НАЦЕНКИ

Что работает, что бесполезно,
а что вредит

КИРИЛЛ ЛАНСКОЙ

Книга носит информационный характер и не заменяет консультацию врача. Если вам назначено лечение, ничего из написанного здесь не является поводом его отменить.

ВВЕДЕНИЕ

Начну с того, чего в этой книге нет.

В ней нет ни одной схемы лечения. Ни одного диагноза. Ни одной дозировки. Если вам что-то назначено, эта книга не является поводом что-либо менять.

Я не врач и не имею медицинского образования. Говорю об этом на первой странице, а не мелким шрифтом в конце, потому что это меняет то, как следует читать всё дальнейшее.

Тогда зачем она вообще нужна.

ОДНО НАБЛЮДЕНИЕ, С КОТОРОГО ВСЁ НАЧАЛОСЬ

Попробуйте найти хоть одну страницу в интернете, которая подробно объясняет, что какая-нибудь популярная добавка не работает.

Не форумное сообщение. Не комментарий. Подробный, хорошо сделанный материал, с картинками и заголовками, который кто-то оплатил.

Такого материала почти нет.

А материалов, объясняющих, что она работает, тысячи. Красивых, убедительных, со ссылками на исследования.

Причина не в том, что правда на стороне вторых. Причина в том, что у производителя есть бюджет на производство контента, а у фразы «это не работает» бюджета нет и быть не может.

Никто на свете не платит за то, чтобы вы чего-то не купили.

Из этого следует вещь, которую стоит осознать целиком.

Вы всю жизнь слушаете спор, в котором выступает только одна сторона. И громкость, с которой вы о чём-то слышали, почти ничего не говорит о том, работает ли это. Она говорит о том, сколько на этом можно заработать.

Эта книга и есть попытка собрать вторую сторону.

ЧТО Я ДЕЛАЛ

Я читал то, что доступно каждому и что почти никто не открывает.

Приказы. Технические регламенты. Клинические рекомендации. Систематические обзоры. Годовые отчёты надзорных ведомств.

Это скучные документы. Зато у них есть свойство, которого нет у статей в интернете: их можно открыть и проверить за мной.

Поэтому в книге почти нет фразы «учёные доказали». Вместо неё указано, кто именно, где именно и что именно сказал. Иногда это выглядит занудно. Это сделано намеренно.

ГДЕ Я ОШИБАЛСЯ

Теперь то, чего обычно не пишут в предисловиях.

Работая над книгой, я несколько раз собирался написать одно, проверял и обнаруживал другое.

Я собирался написать, что слово «иммуномодулятор» не существует в международной классификации. Оказалось, что категория есть.

Я собирался написать, что один известный гормон повышает риск онкологических заболеваний, потому что так пишут в популярных статьях. Данные говорят обратное.

Я собирался написать, что проверить препарат можно за тридцать секунд и получить окончательный ответ. Выяснилось, что проверка даёт основание для вопроса, а не приговор.

Все эти места остались в книге, вместе с описанием того, как я ошибался.

Я оставил их по одной причине. Книга, которая учит вас спрашивать «а кто это проверял», не может сама подавать свои утверждения без проверки. Если бы я вычистил все следы собственных исправлений, вы читали бы текст, который выглядит безупречно, и у вас не было бы никакого способа понять, насколько ему можно верить.

Автор, признающий, где он ошибся, полезнее автора, который всегда прав.

ДВА ВОПРОСА, А НЕ ОДИН

Прежде чем перейти к устройству книги, нужно разделить то, что обычно смешивают.

Есть вопрос: сколько я проживу.

И есть вопрос: в каком состоянии я проведу последние двадцать лет.

Это разные вопросы. Почти всё, что вам продают, делает вид, что отвечает на первый. Продлить, замедлить, омолодить.

На второй не отвечает почти никто, потому что ответ на него не продаётся: он состоит из скучных вещей, у которых нет производителя.

Вторая часть книги устроена вокруг второго вопроса. Там вы найдёте место, где нужно будет написать пять пунктов: что вы хотите уметь делать в восемьдесят лет. Подняться на свой

этаж. Встать со стула без рук. Донести внука. Жить в своей квартире.

Дальше всё остальное работает как обратный отсчёт от этого списка.

ДЛЯ КОГО ЭТА КНИГА

Для человека, у которого дома стоит несколько баночек, и он уже не помнит, зачем купил половину из них.

Для того, кто пропил курс до конца, как положено, и не заметил вообще ничего.

Для того, кому добавку назначил врач, и она не подействовала, и с тех пор осталось непонятное чувство.

Для того, кто каждую осень закупается «для иммунитета» и болеет ровно столько же.

Для того, кто сдал двадцать восемь анализов платно, получил «в целом всё в норме, приходите через год» и ушёл с ощущением, что его не дослушали.

Если вы узнали себя хотя бы в одном пункте, книга про вас.

И ещё одна категория, о которой стоит сказать отдельно. Эта книга для тех, кто устал не доверять. Постоянное подозрение выматывает не меньше, чем доверчивость. Разница в том, что подозрение не помогает выбирать, а инструмент помогает.

ДЛЯ КОГО ОНА НЕ НАПИСАНА

Для того, кто ищет схему лечения. Здесь её нет, и это не кокетство.

Для того, кто хочет подтверждения, что медицина бесполезна и врачи не нужны. Книга приходит к обратному выводу.

И для того, кто ждёт разоблачения. Никакого злодея здесь не будет.

КАК ЧИТАТЬ, ЕСЛИ ВРЕМЕНИ МАЛО

Читать подряд необязательно. Вот несколько маршрутов.

ЕСЛИ ВЫ ПРИШЛИ С КОНКРЕТНОЙ ЖАЛОБОЙ.

Начните с третьей части, со своей темы. Потом вернитесь к четырём вопросам в конце первой части. Этого достаточно, чтобы разобраться в своей ситуации.

ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ПЕРЕСТАТЬ ТРАТИТЬ ЛИШНЕЕ.

Первая часть целиком, потом приложение про этикетку. Дальше по желанию.

ЕСЛИ ВАМ ЗА СОРОК И ВЫ ДУМАЕТЕ О ТОМ, ЧТО ДАЛЬШЕ.

Вторая часть, начиная с главы про то, что вы хотите уметь в восемьдесят. Там же есть страница, где нужно кое-что написать.

ЕСЛИ ВЫ ЧИТАЕТЕ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ.

Глава про диспансеризацию, глава про мышцы после сорока, тема про суставы. И приложение с вопросами для приёма: его можно отдать целиком.

ЕСЛИ ВРЕМЕНИ СОВСЕМ НЕТ.

Приложение А, один лист. Потом четыре вопроса. На это уйдёт двадцать минут, и это уже изменит то, как вы смотрите на витрину.

ЧТО ПОНАДОБИТСЯ ПО ХОДУ

Ничего покупать не нужно. Но кое-что стоит приготовить.

Все баночки, которые есть дома. Не выбрасывайте заранее, они понадобятся: в первой части вы будете разбирать их по четырём вопросам.

Последние результаты анализов, если они есть. Во второй части вы посмотрите на них иначе.

И лист бумаги для пяти пунктов. Это единственное место в книге, где от вас потребуется что-то написать, и оно важнее всего остального.

КАК УСТРОЕНА КНИГА

Три части, и читать их можно в любом порядке, хотя задуманы они последовательно.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ. Как вам это продали.

Путь от исследования до полки в аптеке. Что происходит с исследованием, которое не подтвердило нужный результат. Что нужно доказать при регистрации, а что не нужно. Почему у врача пятнадцать минут и как в них попадает то, что он выпишет. Что означают надписи на упаковке по регламенту.

Заканчивается она четырьмя вопросами. Это главный инструмент книги, и дальше он работает постоянно.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ. Что делать вместо этого.

От чего люди действительно умирают. Что вы хотите уметь в восемьдесят. Как читать свои анализы. Что проверять и в каком возрасте, и что из этого положено бесплатно. Относительный и абсолютный риск. Витамин Д, магний, омега. Воспаление. Тарелка. Сон. Движение. Мышцы. И список того, что реально влияет на продолжительность жизни.

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ. По вашей теме.

Шесть тем по отдельности: щитовидка, кишечник, кожа, усталость, суставы, сон. По каждой одно и то же: что вам продают, что подтверждается, что просто дорого, что проверить и о чём спросить врача.

И приложения, которыми пользуются, а не читают: короткий список, разбор этикетки, вопросы для приёма и книга рецептов.

ЧЕГО ЖДАТЬ И ЧЕГО НЕ ЖДАТЬ

Не ждите сенсаций. Ничего разоблачительного здесь нет, и ни одного злодея вы не встретите.

Самое неприятное открытие этой книги состоит в том, что никто ни в чём не виноват. Исследователь, не опубликовавший отрицательный результат, поступил разумно для себя. Врач, выписавший знакомое название за пятнадцать минут, поступил разумно для себя. Производитель, оформивший продукт как пищевую добавку, ничего не нарушил.

Каждый по отдельности прав. А на выходе получается то, что получается.

Систему, где никто не виноват, нельзя разоблачить. В ней можно только научиться ориентироваться. Этим мы и займёмся.

И ЕЩЁ РАЗ ПРО ГЛАВНОЕ

Если вам что-то назначено врачом, ничего из прочитанного не является поводом это отменить.

Ни одна глава этой книги не написана для того, чтобы вы перестали лечиться. Несколько глав написаны для того, чтобы вы пришли на следующий приём с вопросами получше.

Это разные вещи, и разница между ними может стоить здоровья.

Книга носит информационный характер и не заменяет консультацию врача.

Теперь можно начинать.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

КАК ВАМ ЭТО ПРОДАЛИ

Что происходит с исследованием, которое не подтвердило нужный результат

Начнём с самого начала цепочки.

Проводится исследование. Проверяют, работает ли средство. Получают результат.

Дальше возможны два варианта. Средство сработало. Или средство не сработало.

Вопрос главы: что происходит с результатом во втором случае.

Ответ определяет всё остальное в этой книге, потому что именно из опубликованных исследований потом складывается то, что знают врачи, то, что пишут в статьях, и то, что в итоге стоит у вас на полке.

ПОЧЕМУ ЭТОТ ВОПРОС ОБЫЧНО НЕЛЬЗЯ ПРОВЕРИТЬ

Тут есть очевидная сложность.

Чтобы понять, сколько исследований не опубликовали, надо каким-то образом узнать про исследования, которые не опубликовали. То есть увидеть то, чего нет.

Обычно это невозможно. Но есть одно место, где такая проверка выполнима.

В Соединённых Штатах компания, которая хочет вывести лекарство на рынок, обязана зарегистрировать у регулятора все исследования, на которые она собирается ссылаться. Независимо от того, что они показали.

То есть у регулятора лежит полный набор. А в научных журналах лежит то, что дошло до публикации.

Остаётся сравнить одно с другим.

Именно это и сделали в две тысячи восьмом году.

ЧТО ПОКАЗАЛО СРАВНЕНИЕ

Взяли семьдесят четыре исследования по двенадцати препаратам от депрессии. Больше двенадцати тысяч участников. Все зарегистрированы у регулятора, все с известными результатами.

Дальше посмотрели, что из этого попало в научную литературу.

Тридцать один процент исследований не был опубликован вообще. Это данные примерно трёх с половиной тысяч человек, которые просто не дошли до читателя.

Теперь самое главное.

Судьба исследования зависела от результата.

Из тридцати восьми исследований с положительным результатом опубликовали тридцать семь.

А из тех, которые регулятор оценил как отрицательные или сомнительные, двадцать два не опубликовали вовсе, а ещё одиннадцать опубликовали так, что результат выглядел положительным.

И вот итог, который стоит запомнить.

Если читать научную литературу, складывалось впечатление, что девяносто четыре процента исследований дали положительный результат.

По данным регулятора положительных было пятьдесят один процент.

Девяносто четыре против пятидесяти одного. Одни и те же исследования.

Разница в оценке силы эффекта при этом составила в среднем около трети.

ЭТО НЕ ЗАГОВОР, И ЭТО ХУЖЕ

Легко представить себе комнату, где кто-то решает, что спрятать. Ничего подобного не требуется.

Авторы того сравнения честно написали, что не могут определить, откуда взялось искажение: то ли исследователи и спонсоры не отправляли рукописи, то ли редакции и рецензенты отказывались публиковать, то ли и то, и другое.

Подумайте, как это выглядит изнутри, для каждого участника.

Исследователь получил отрицательный результат. Писать статью долго, шансов на публикацию мало, карьере это ничего не даёт. Он берётся за следующий проект.

Редактор журнала получает рукопись, где написано, что ничего не произошло. Это скучно, это мало кто процитирует. Он выбирает другую.

Компания получила результат, который не помогает продажам. Обязанности публиковать нет.

Никто не сделал ничего исключительного. Каждый принял разумное для себя решение.

А на выходе получилась картина, в которой девяносто четыре процента вместо пятидесяти одного.

Вот почему это хуже заговора. Заговор можно раскрыть и остановить. А это работает само, из суммы обычных решений обычных людей.

ЧТО ЭТО ЗНАЧИТ ДЛЯ ВАС

Три следствия, и все три пригодятся дальше.

Первое. Когда вам говорят «исследования показывают», это утверждение о том, что опубликовано, а не о том, что изучалось. Это разные множества.

Второе. Отсутствие плохих новостей о средстве не есть хорошая новость о средстве. Возможно, плохие новости есть, просто они не дошли.

Третье, самое практичное. Чем сильнее у кого-то интерес в определённом результате, тем осторожнее стоит относиться к тому, что до вас доносят. Не потому, что вас обманывают, а потому, что фильтр устроен несимметрично.

ЧЕСТНО ПРО САМО ЭТО ИССЛЕДОВАНИЕ

Раз уж глава про то, что надо проверять источники, проверим и этот.

Авторы сами перечислили ограничения своей работы. Она касается только препаратов от депрессии, только исследований, зарегистрированных у регулятора, и только вопроса эффективности в условиях испытаний, а не результата в обычной жизни.

Кроме того, с две тысячи восьмого года многое менялось. Появились требования регистрировать исследования и публиковать результаты в реестрах. Более поздние работы тех же

авторов отмечают, что искажение при публикации сохраняется, но для более новых препаратов выражено слабее, чем раньше.

То есть проблема реальная, документированная и при этом не застывшая. Стало лучше. Не стало хорошо.

И ОТДЕЛЬНО, ЧТОБЫ НЕ БЫЛО НЕДОПОНИМАНИЯ

В этой главе речь идёт о том, как публикуются исследования. Не о том, работают ли препараты от депрессии.

Они были удобным примером ровно по одной причине: только в этой области нашёлся способ увидеть неопубликованное и сравнить его с опубликованным.

Если вам назначено лечение по поводу депрессии, эта глава не имеет к нему никакого отношения и точно не является поводом что-либо менять. Такие решения принимаются с врачом, и цена самостоятельной отмены здесь бывает очень высокой.

Связь со списком: всё, что вы будете читать дальше про пользу чего бы то ни было, прошло через этот фильтр. Ваши пять пунктов зависят от решений, которые вы примете на основании такой литературы.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

(идут в общий список)

1. Turner E. H., Matthews A. M., Linardatos E., Tell R. A., Rosenthal R. Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy. The New England Journal of Medicine, 2008, 17 января, том 358, выпуск 3, страницы 252–260. doi: 10.1056/NEJMsa065779

Отсюда: семьдесят четыре зарегистрированных исследования по двенадцати препаратам, более двенадцати тысяч участников; тридцать один

процент неопубликованных, около трёх с половиной тысяч участников; тридцать семь из тридцати восьми положительных исследований опубликованы; двадцать два отрицательных или сомнительных не опубликованы и одиннадцать опубликованы с положительной подачей; девяносто четыре процента положительных по литературе против пятидесяти одного процента по данным регулятора; увеличение оценки размера эффекта от одиннадцати до шестидесяти девяти процентов по отдельным препаратам и около тридцати двух процентов в целом; перечень ограничений, указанный самими авторами.

2. Turner E. H. и соавторы. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy: updated comparisons and meta-analyses of newer versus older trials. PLOS Medicine, 2022.

Отсюда: искажение при публикации сохраняется, но для более новых препаратов выражено слабее.

Один вопрос к любому исследованию

В предыдущей главе мы разобрали, что до вас доходит не всё, что изучали.

Теперь вопрос про то, что всё-таки дошло.

Оно ведь опубликовано. Оно в приличном журнале. Его можно открыть и прочитать. Значит, с ним всё в порядке?

Есть один вопрос, который стоит задать раньше всех остальных. Он занимает пять секунд и находится обычно в самом конце статьи, мелким шрифтом.

Кто это оплатил.

ЧТО ПОКАЗЫВАЕТ САМЫЙ ОСНОВАТЕЛЬНЫЙ РАЗБОР

Это изучали не раз, и есть работа, которая свела воедино всё изученное.

Международная группа исследователей собрала семьдесят пять научных работ, в которых сравнивали исследования лекарств и медицинских изделий, оплаченные производителем, с исследованиями, оплаченными кем-то другим. Суммарно это охватывало несколько тысяч исследований.

Результат.

Исследования, оплаченные производителем, чаще приходили к выводам, благоприятным для его продукции. По благоприятным результатам разница составила примерно двадцать

семь процентов, по благоприятным итоговым выводам примерно тридцать четыре.

То есть если исследование оплачено тем, кто продаёт, шансы, что оно закончится в его пользу, ощутимо выше.

А ТЕПЕРЬ САМОЕ ИНТЕРЕСНОЕ

Здесь начинается то, ради чего эту главу стоит дочитать. Потому что напрашивающееся объяснение оказалось неверным.

Естественно предположить, что оплаченные производителем исследования просто хуже сделаны. Меньше участников, слабее методика, больше вольностей.

Проверили и это. Не подтвердилось.

По стандартным признакам качества исследования разницы не нашли. А по одному признаку, ослеплению, то есть сокрытию от участников и врачей, кто что получает, исследования производителей оказались даже лучше.

Прочитайте это ещё раз.

Работы, оплаченные заинтересованной стороной, сделаны не хуже. Иногда аккуратнее. И при этом систематически чаще приходят к нужному выводу.

Авторы разбора прямо пишут, что обнаруженное искажение не объясняется обычными оценками качества.

ТОГДА ГДЕ ЖЕ ОНО ПРЯЧЕТСЯ

Там же нашлась подсказка.

В исследованиях, оплаченных производителем, выводы реже согласовывались с собственными результатами, чем в остальных.

Вдумайтесь. Цифры в таблице одни, а фраза в конце статьи другая.

Не подделка данных. Не плохая методика. Интерпретация.

И это меняет то, как вам стоит читать. Самое уязвимое место научной статьи не таблица, а последний абзац. Именно там результат превращается в утверждение, и именно оттуда это утверждение потом попадает в пресс-релиз, в новость, на упаковку и к вам.

Из чего следует практическое правило, которое стоит целой главы: если можете, смотрите на цифры, а не на вывод. Если не можете, хотя бы знайте, что это разные вещи.

ЧЕГО ЭТА ГЛАВА НЕ ГОВОРИТ

Она не говорит, что исследования, оплаченные производителями, надо игнорировать.

Это было бы глупо по простой причине: значительная часть клинических исследований в мире оплачена именно ими. Никто другой такие работы в таком количестве не финансирует. Если выбросить их все, не останется почти ничего.

Она не говорит и того, что исследователи нечестны. Разбор ровно об этом: обычные признаки недобросовестности здесь не нашли.

Она говорит другое. У результата есть контекст, и этот контекст надо знать, потому что он влияет на итог систематически и предсказуемо.

КАК ЭТИМ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ

Практически это выглядит так.

Когда вы встречаете утверждение вида «исследования подтвердили», у вас есть три вопроса подряд.

Кто оплатил.

Что именно измеряли и что именно получилось, в цифрах, а не в пересказе.

И совпадает ли вывод авторов с их же цифрами.

Третий вопрос звучит странно, пока не узнаешь, что несовпадение встречается систематически чаще там, где есть заинтересованная сторона.

Отдельно про добавки, потому что дальше в книге это понадобится. Там ситуация обычно проще и хуже: исследование оплачено производителем, оно небольшое, опубликовано в непрофильном издании, и никакого сравнения с пустышкой в нём нет.

ГДЕ ЭТО ИСКАТЬ НА ПРАКТИКЕ

Вопрос «кто заплатил» звучит хорошо, но полезен он только если вы знаете, где смотреть. Показываю.

В научной статье это отдельные разделы в самом конце, после выводов и перед списком литературы. Называются они обычно «финансирование» и «конфликт интересов».

Пишут там прямо. Кто оплатил работу, получал ли кто-то из авторов гонорары от компаний, состоит ли кто-то в консультативных советах.

Это не спрятано и не является тайной. Просто находится там, куда почти никто не долистывает.

В новостной заметке об исследовании этих разделов обычно нет вовсе. И вот здесь появляется полезное правило: если публикация о результатах не даёт ссылки на саму работу, вы не сможете проверить ничего. Отсутствие ссылки само по себе информативно.

ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ ИСТОЧНИК НЕДОСТУПЕН

Реалистично: полный текст статьи часто платный, и заголовок «финансирование» вы не увидите.

Тогда работает более грубый, но рабочий приём. Посмотрите, кто рассказывает.

Сайт производителя. Блог магазина. Материал на портале, где рядом стоит кнопка «купить». Статья, которая заканчивается названием конкретного продукта.

Ни один из этих признаков не доказывает, что содержание ложно. Все они говорят о том, что у автора есть интерес, и что второй стороны вы здесь не услышите.

В книге вы уже встречали это несколько раз. Материалы о магнии чаще всего размещены там, где продают анализ на магний. Объяснения находок на снимках публикуют центры томографии. Материалы о питании при заболеваниях щитовидной железы нередко заканчиваются названием добавки.

Это не заговор. Это ответ на вопрос, у кого есть бюджет на производство контента.

ОДНА ОГОВОРКА, БЕЗ КОТОРОЙ ВОПРОС ПРЕВРАЩАЕТСЯ В ОРУЖИЕ

Вопрос «кто заплатил» полезен, пока он остаётся вопросом. Он перестаёт быть полезным, когда превращается в универсальное возражение.

Заинтересованность автора не делает утверждение ложным. Она делает его непроверенным.

Разница принципиальная. Из первого следует «значит, неправда». Из второго следует «значит, надо посмотреть, что говорят те, у кого интереса нет».

Первое это способ отмахнуться от чего угодно, включая то, что вам полезно. Второе это работа.

И самая неприятная проверка: примените этот вопрос к тому, во что вы уже верите. Именно там он приносит больше всего пользы и меньше всего удовольствия.

Связь со списком: вы будете принимать решения, читая чьи-то выводы. Знание о том, чей это вывод, стоит дороже, чем любое отдельное исследование.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

1. Lundh A., Lexchin J., Mintzes B., Schroll J. B., Bero L. Industry sponsorship and research outcome. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017, выпуск 2, статья MR000033. doi: 10.1002/14651858.MR000033.pub3

Отсюда: семьдесят пять включённых работ; отношение рисков благоприятных результатов эффективности 1,27 при доверительном интервале от 1,17 до 1,37; отношение рисков благоприятных итоговых выводов 1,34 при интервале от 1,19 до 1,51; отсутствие различий по стандартным показателям риска систематической ошибки, за исключением ослепления, где исследования производителей выглядели лучше; меньшая согласованность выводов с результатами в исследованиях, оплаченных производителем, отношение рисков 0,83 при интервале от 0,70 до 0,98; вывод авторов о существовании искажения, не объясняемого стандартными оценками риска систематической ошибки.

«Улучшает показатели» и «продлевает жизнь»

Две фразы, которые звучат почти одинаково.

Средство улучшает показатель.

Средство продлевает жизнь.

Между ними пропасть, и в этой главе будет история о том, чем эта пропасть измеряется. История настоящая, хорошо задокументированная, и после неё вы будете читать обещания иначе.

ЛОГИКА, КОТОРАЯ КАЖЕТСЯ БЕЗУПРЕЧНОЙ

У людей, перенёсших инфаркт, часто бывают нарушения ритма сердца. Известно, что такие нарушения связаны с риском внезапной смерти.

Появились препараты, которые эти нарушения подавляли. Хорошо подавляли, это было измерено и подтверждено.

Дальше рассуждение, с которым трудно спорить.

Нарушения ритма связаны со смертью. Препарат убирает нарушения ритма. Значит, препарат должен снижать смертность.

Логично? Безусловно. Настолько логично, что препараты применялись.

Но однажды кто-то решил это всё-таки проверить.

ЧТО ВЫЯСНИЛОСЬ

Организовали большое исследование. Больше семнадцати сотен пациентов, двадцать семь центров, случайное распределение, часть получала препарат, часть пустышку.

Отбирали именно тех, у кого препарат действительно подавлял нарушения ритма. То есть условия были максимально благоприятные для гипотезы.

Через несколько лет наблюдение пришлось остановить досрочно.

В группе, получавшей препараты, умирало больше людей, чем в группе, получавшей пустышку.

Не «эффект оказался меньше ожидаемого». Больше смертей.

Независимый комитет, следивший за безопасностью, рекомендовал прекратить эту часть исследования. Авторы в итоговой публикации написали прямо: эти препараты не следует применять у таких пациентов, несмотря на то что нарушения ритма они подавляют эффективно.

Прочитайте последнюю фразу ещё раз. В ней всё.

Препарат делал ровно то, что обещал. Показатель улучшался. Люди умирали чаще.

КАК ЭТО ВООБЩЕ ВОЗМОЖНО

Показатель, по которому судят о лечении вместо самого исхода, называется суррогатной конечной точкой.

Нарушения ритма были суррогатом. Настоящей конечной точкой была смерть.

Суррогат удобен. Его можно измерить быстро, на небольшой группе, не дожидаясь событий, которые происходят редко и через годы.

Проблема в том, что связь между суррогатом и исходом может быть не причинной.

Нарушения ритма действительно сопровождают повышенный риск. Но отсюда не следует, что они его создают. Возможно, и то и другое было следствием состояния сердца. А вмешательство, которое убирало видимый признак, влияло на что-то ещё.

Это та же ошибка, что разбиралась во второй части на примере наблюдательных исследований. Связь приняли за причину. Только здесь ставка была выше.

ГДЕ ВЫ ВСТРЕЧАЕТЕ СУРРОГАТЫ КАЖДЫЙ ДЕНЬ

Практически везде, где вам что-нибудь предлагают.

«Улучшает показатели крови». Какие и что это меняет в вашей жизни?

«Повышает уровень» чего-нибудь. А что происходит с человеком, у которого уровень повышен?

«Снижает маркер воспаления». Про маркеры воспаления была отдельная глава.

«Улучшает плотность костей». Хороший пример, потому что здесь важен не сам показатель, а переломы.

Каждое из этих утверждений может быть чистой правдой и при этом не означать ничего для вашей жизни.

Отсюда второй вопрос из четырёх, и теперь понятно, зачем он нужен.

Что именно обещают: изменить показатель, изменить самочувствие или изменить исход?

Три разные вещи. Продаются по одной цене.

ЧЕГО ЭТА ГЛАВА НЕ ГОВОРИТ

Она не говорит, что суррогатные показатели бесполезны. Без них медицина не смогла бы работать: ждать исходов по каждому вопросу означало бы ждать десятилетиями.

Некоторые суррогаты проверены и хорошо предсказывают исход. Другие нет. Разница устанавливается исследованиями, а не логикой.

И самое важное. Эта глава не про то, что лекарства для сердца опасны. Речь идёт о конкретных препаратах, конкретной ситуации и конкретной гипотезе, которая не подтвердилась почти сорок лет назад. Именно потому это и стало классическим примером: систему проверили, она сработала, применение прекратили.

Если вам назначено лечение по поводу сердца или ритма, эта глава не имеет к нему отношения и не является поводом что-либо менять. Такие решения принимаются только с врачом.

ЧТО ЗДЕСЬ ХОРОШЕГО

История выглядит мрачно, но вывод из неё скорее обнадёживающий.

Кто-то усомнился в логичном рассуждении. Организовал проверку. Проверка показала обратное ожидаемому. Независимый комитет остановил исследование. Результат опубликовали, включая то, что он противоречил ожиданиям.

Именно так это и должно работать.

Проблема не в том, что медицина ошибается. Проблема в том, что между ошибкой и её исправлением лежат годы, а в эти годы вам что-то продают.

Связь со списком: ваши пять пунктов это исходы, а не показатели. Никто не хочет хорошую цифру в анализе. Хотят подняться по лестнице.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

1. The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST) Investigators. Preliminary report: effect of encainide and flecainide on mortality in a randomized trial of arrhythmia suppression after myocardial infarction. The New England Journal of Medicine, 1989, 10 августа, том 321, выпуск 6, страницы 406–412. doi: 10.1056/NEJM198908103210629

Отсюда: замысел исследования; отбор пациентов, у которых нарушения ритма подавлялись; более высокая частота смерти от аритмии в группе активного препарата при среднем наблюдении около десяти месяцев; вывод авторов о том, что эти препараты не следует применять у пациентов с бессимптомными или малосимптомными нарушениями ритма после инфаркта, несмотря на эффективное подавление аритмии.

2. Echt D. S. и соавторы. Mortality and Morbidity in Patients Receiving Encainide, Flecainide, or Placebo: The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial. The New England Journal of Medicine, 1991, том 324, выпуск 12.

Отсюда: численность групп; из 1498 пациентов умерло 89 человек, из них 59 от аритмии, 43 в группе препарата против 16 в группе плацебо; решение независимого комитета по мониторингу данных о прекращении применения двух препаратов в апреле 1989 года.

Что нужно доказать, чтобы попасть в аптеку. И что доказывать не нужно

Вы стоите в аптеке. Перед вами две упаковки.

Обе примерно одного размера. Обе в картонных коробочках. Обе стоят на одной полке. Обе продаются в одном месте одним и тем же провизором. На обеих написано что-то про здоровье.

Одна из них по закону лекарство.

Вторая по закону еда.

Это не метафора и не преувеличение. Это буквальный юридический статус, и он определяет всё: что нужно было доказать, прежде чем это попало на полку, и что вам можно обещать.

ЧТО ТРЕБУЕТСЯ ОТ ЛЕКАРСТВА

Здесь всё примерно так, как вы и думаете.

Лекарственные средства предназначены для профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Они проходят государственную регистрацию именно как лекарства, по отдельному законодательству.

Путь долгий, дорогой и включает клинические исследования. Производитель обязан показать не только что средство безопасно, но и что оно делает то, ради чего его применяют.

Насколько хорошо этот механизм работает, мы разбирали в предыдущих главах. Он несовершенен. Но требование доказать эффективность в нём есть.

ЧТО ТРЕБУЕТСЯ ОТ ДОБАВКИ

А вот здесь начинается то, ради чего написана эта глава.

Биологически активные добавки определены в техническом регламенте о безопасности пищевой продукции. Это природные или идентичные природным биологически активные вещества и пробиотические микроорганизмы, предназначенные для употребления вместе с пищей или для введения в состав пищевой продукции.

Обратите внимание, в каком документе они определены. В регламенте о пищевой продукции.

Добавки относятся к специализированной пищевой продукции, подлежащей государственной регистрации.

То есть с точки зрения закона это еда. Такая же пищевая продукция, как молоко, хлеб или напитки. Категория специализированная, но категория пищевая.

Государственная регистрация здесь тоже есть, и она не формальность. Проверяют состав, проводят токсикологическую оценку, санитарно-гигиенические исследования. Смысл процедуры в том, чтобы это было безопасно.

Теперь главное.

Клинических исследований, подтверждающих, что средство работает, для этого не требуется.

Не «требуется меньше». Не требуется.

ЭТО НЕ ОБВИНЕНИЕ, ЭТО КАТЕГОРИЯ

Здесь легко скатиться в возмущение, и это была бы ошибка.

Никто ничего не нарушает. От хлеба тоже не требуют доказательств эффективности. От молока не требуют. Это нормально для пищевой продукции, потому что еда и не претендует на лечение.

Вопрос не к регулированию. Вопрос к разрыву между юридическим статусом продукта и тем, что происходит у вас в голове, когда вы стоите у полки.

Вы видите картонную коробочку в аптеке. Вы видите рядом слово, похожее на медицинское. Вы достраиваете остальное сами.

А достраивать не из чего.

САМОЕ ИНТЕРЕСНОЕ: ЧТО НЕЛЬЗЯ ПИСАТЬ

Из статуса пищевой продукции следует ещё одно, и это поворот, которого обычно не ждут.

Раз добавка не лекарство, заявлять о её лечебном действии нельзя. Такое утверждение считается введением потребителя в заблуждение.

То есть производитель не просто не обязан доказывать, что средство лечит. Ему запрещено это утверждать.

Теперь вспомните, как выглядят упаковки и описания, которые вы видели.

«Способствует». «Поддерживает». «Для нормальной работы». «Рекомендуется в качестве дополнительного источника».

Это не косноязычие маркетологов. Это точная юридическая работа. Формулировки подобраны так, чтобы вы поняли одно, а написано было другое.

Прочитайте это ещё раз, потому что дальше вы уже не сможете читать упаковки как раньше. Расплывчатость на них не случайна. Она и есть содержание.

КАК ПРОВЕРИТЬ ЗА ДЕСЯТЬ СЕКУНД

Возьмите любую коробочку у себя дома.

Найдите на ней, что это такое по документам. Ищите формулировку про биологически активную добавку и указание, что она не является лекарственным средством. Эта фраза обязана там быть, и она обычно самая мелкая на упаковке.

Если она есть, вы держите в руках еду. Со всеми следствиями: доказывать эффективность не требовалось, обещать лечение нельзя, а всё, что вы прочитали на лицевой стороне, написано в рамках этих ограничений.

Дальше решать вам. Но теперь вы решаете, зная категорию.

ЧЕГО ЭТА ГЛАВА НЕ ГОВОРИТ

Она не говорит, что все добавки бесполезны.

Есть вещества, польза которых при подтверждённом дефиците показана, и мы разбирали их во второй части. Витамин Д при дефиците, железо при дефиците. Там работает не статус упаковки, а наличие дефицита и назначение врача.

Она не говорит и того, что производители мошенники. Они работают в рамках закона, и закон этот не про эффективность.

Она говорит одно: юридическая категория продукта объясняет, чего от него можно ожидать, и эта категория указана прямо на коробке.

Связь со списком: ни одна из ваших пяти целей не достигается покупкой в аптеке. Но деньги, потраченные там, вполне могли бы пойти на то, что действительно работает.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

1. Технический регламент Таможенного союза ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции», принят Решением Комиссии Таможенного союза от 9 декабря 2011 года № 880, с изменениями.

Отсюда: определение биологически активных добавок к пище в статье 4; отнесение добавок к специализированной пищевой продукции, подлежащей государственной регистрации, в статье 24.

2. Материалы о процедуре государственной регистрации специализированной пищевой продукции: экспертиза состава, токсикологическая оценка, санитарно-гигиенические исследования.

3. Разъяснительные материалы о статусе добавок как пищевой продукции и о недопустимости утверждений об их терапевтическом действии как введения потребителя в заблуждение.

Препараты, которых нет почти нигде, кроме нашей аптеки

Это самая практичная глава книги.

Она про целый класс препаратов, которые продаются у нас десятилетиями, назначаются врачами, входят в списки, стоят в каждой аптечке, и при этом почти не встречаются за пределами постсоветского пространства.

У явления есть народное название, довольно грубое. Пользоваться им не буду, потому что оно превращает разговор в ругань, а нам нужен инструмент.

СНАЧАЛА ЧЕСТНОЕ РАЗЛИЧЕНИЕ

Есть три разные ситуации, и смешивать их нельзя.

Первая: эффективность доказана. Есть рандомизированные исследования, есть сравнение с плацебо, результат воспроизводится.

Вторая: эффективность не доказана. Исследований нужного качества не проводили или их слишком мало. Это не означает «не работает». Это означает «никто не знает».

Третья: эффективность проверяли и не подтвердили. Исследования были, и они дали отрицательный результат.

Разница между второй и третьей принципиальная, и её почти никогда не проговаривают. Во второй ситуации вопрос открыт. В третьей закрыт.

Значительная часть того, о чём эта глава, относится ко второй категории. И честный вывод здесь не «вас обманули», а «вам продали неизвестность как определённость».

КАКИЕ ЭТО КАТЕГОРИИ

Чтобы не превращать главу в список названий, который устареет через год, назову категории. Проверять конкретное вы будете сами, и ниже объясню как.

Гепатопротекторы, средства «для печени».

Иммуномодуляторы и средства «для иммунитета». Про само слово была отдельная глава.

Противовирусные средства широкого бытового применения, назначаемые при обычной простуде.

Ноотропы и средства «для сосудов мозга», «для памяти», особенно назначаемые пожилым.

Гомеопатия.

Многие фитопрепараты с лечебными обещаниями.

Ферментные средства, назначаемые постоянно и без показаний.

Если сейчас вы вспомнили минимум три коробочки у себя дома, это нормально. Так и задумано рынком.

ТРИ ПРИМЕРА, ГДЕ ЗАПИСЬ ПУБЛИЧНА

Не буду перечислять названия оптом. Приведу три случая, где решение принято официально и его можно проверить.

Первый. Пирацетам. В США он исключён регулятором из числа лекарственных средств и относится к биологически активным добавкам. У нас продаётся как лекарство. Одно вещество, разные полки. Мы уже видели такую конструкцию в главе про хондропротекторы.

Второй. Церебролизин при инсульте. Кокрейновский обзор две тысячи десятого года не подтвердил значимого эффекта в терапии инсульта. Препарат при этом остаётся популярным и входит в перечень жизненно необходимых.

Третий. Эссенциальные фосфолипиды, распространённая разновидность средств «для печени». Рандомизированные плацебо-контролируемые испытания не показали влияния на функцию печени большего, чем у плацебо.

Обратите внимание, что во всех трёх случаях я ссылаюсь не на мнение, а на решение регулятора или на опубликованный обзор. Мнений в интернете много, и они спорны. Записи проверяемы.

КАК ПРОВЕРИТЬ ЛЮБОЙ ПРЕПАРАТ САМОМУ

Вот процедура. Она не даёт приговора, она даёт основание для разговора. Про это была отдельная глава, повторю коротко.

Шаг первый. Найдите на упаковке действующее вещество, а не торговое название.

Шаг второй. Поищите его в международных источниках. Есть ли систематические обзоры. Есть ли рекомендации профессиональных обществ за пределами страны. Продаётся ли что-нибудь на его основе в других странах и в каком статусе.

Шаг третий, самый важный. Посмотрите не на наличие публикаций, а на их тип. Сто статей без единого сравнения с плацебо это не доказательная база. Одно приличное рандомизированное исследование весит больше.

Шаг четвёртый. Если ничего не находится, это ещё не приговор. Это вторая категория из начала главы: неизвестность. Дальше решать вам, но теперь вы знаете, за что платите.

ПОЧЕМУ ТАК ПОЛУЧИЛОСЬ

Причины не в чьём-то злом умысле, и их стоит понимать.

Историческая. Значительная часть этих средств появилась и укоренилась тогда, когда стандарты доказательности были другими везде. Потом стандарты изменились, а препараты остались.

Регуляторная. Требования к тому, что нужно доказать при регистрации, менялись, и не всё, что было зарегистрировано раньше, проходило бы сегодня.

Врачебная. Врач учился по учебникам своего времени, работает в пятнадцатиминутном нормативе и получает информацию преимущественно от тех, у кого есть бюджет на её доставку. Про это была отдельная глава.

Пациентская, и это важнее всего. Человек, пришедший с простудой, ожидает назначения. Отпустить его без листка это конфликт, объяснение и потраченное время, которого нет.

Никто в этой цепочке не злодей. Результат тем не менее такой, какой есть.

ЧЕГО ЭТА ГЛАВА НЕ ГОВОРИТ

Она не говорит, что российская медицина плохая. Явление есть везде, просто у нас оно распространено шире.

Она не говорит, что всё перечисленное точно не работает. Вторая категория это неизвестность, и часть средств со временем может получить подтверждение. Международные базы регулярно пополняются.

Она не даёт вам права отменять назначенное. Если препарат назначен врачом, вопрос обсуждается с врачом. Особенно если речь идёт о состоянии, где промедление опасно.

Она даёт другое: язык для разговора. Фраза «я посмотрел и не нашёл исследований с плацебо, расскажите, на чём основано назначение» звучит уважительно и работает.

Связь со списком: вспомните, сколько денег и лет ушло на коробочки из перечисленных категорий. А теперь на что из вашего списка это могло бы пойти.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

1. Материалы о распространённости препаратов с недоказанной эффективностью, о большей их распространённости в России и странах бывшего СССР и о перечне категорий: гепатопротекторы, иммуномодуляторы, противовирусные, фитопрепараты, гомеопатические средства, ферменты, часть биологически активных добавок.

2. Материалы о различении препаратов с доказанной эффективностью, с недоказанной эффективностью и с неподтверждённой при проверке.

3. Сведения об исключении пирацетама регулятором США из числа лекарственных средств и об отнесении его к биологически активным добавкам.

4. Кокрейновский обзор 2010 года о применении церебролизина при инсульте.

5. Данные рандомизированных плацебо-контролируемых испытаний эссенциальных фосфолипидов и отсутствие влияния на функцию печени большего, чем у плацебо.

Проверка препарата за тридцать секунд

Сейчас будет практическая глава. Возьмите любую упаковку из дома, с ней читать удобнее.

Но начну я с признания, потому что иначе получится нечестно.

Эта проверка не даёт окончательного ответа. Она даёт основание задать вопросы. Разница между первым и вторым большая, и я объясню, откуда она берётся, прежде чем объяснять саму проверку.

ЧТО ИСКАТЬ НА УПАКОВКЕ

На любой коробочке с лекарством есть два разных названия.

Торговое название. Крупное, красивое, придуманное маркетологами, у каждого производителя своё.

И название действующего вещества. Мелкое, некрасивое, часто латиницей или в скобках.

Второе и есть предмет разговора. Торговых названий у одного вещества могут быть десятки. Вещество одно.

Первый шаг любой проверки: найти действующее вещество и дальше работать только с ним.

ЧТО МОЖНО ПОСМОТРЕТЬ

Существуют две международные системы, обе ведёт Всемирная организация здравоохранения.

Первая это международные непатентованные наименования. Система работает с пятидесятых годов и присваивает действующим веществам единое имя, узнаваемое во всём мире и не принадлежащее никому.

Вторая это анатомо-терапевтическо-химическая классификация. Она распределяет лекарства по группам и присваивает каждому код. Систему используют многие страны для изучения обращения лекарств.

Проверка выглядит так: берёте действующее вещество и смотрите, есть ли оно в этих системах и продаётся ли что-нибудь на его основе за пределами страны.

ТЕПЕРЬ ГЛАВНОЕ. ЧЕГО ЭТА ПРОВЕРКА НЕ ДОКАЗЫВАЕТ

Здесь я обязан сказать то, что обычно не говорят те, кто советует эту проверку. Включая меня самого в более ранних набросках этой книги.

Коды международной классификации присваиваются не автоматически. Центр включает новые позиции только по заявке: от производителя, от агентства по контролю за лекарственными средствами или от научного учреждения.

Из этого следует неприятное. Отсутствие кода может означать, что никто просто не подавал заявку.

С непатентованными наименованиями похоже. Процедура занимает в среднем больше двух лет. А веществам, которые давно применяются под устоявшимися названиями, таких имён вообще не присваивали.

Значит, вывод «кода нет, следовательно, пустышка» неверен. Это ровно та логическая ошибка, которую книга разбирает в других главах, и было бы странно допустить её здесь.

ЧТО ЖЕ ТОГДА ДАЁТ ЭТА ПРОВЕРКА

Она даёт не приговор, а сигнал.

Представьте вещество, у которого одновременно: нет международного наименования, нет кода в международной классификации, оно не продаётся нигде, кроме нашей страны, и по нему не находится крупных исследований с сравнением с пустышкой.

Каждый пункт по отдельности объясним. Все четыре вместе объяснить сложнее.

Медицина международна. Инфаркт в Рязани и инфаркт в Лиссабоне лечат одинаково. Если у вещества десятилетия применения и при этом ни один регулятор за пределами страны не счёл нужным его одобрить, а производитель не потрудился получить международный код, это как минимум странно.

Не преступление. Странно. И достаточно, чтобы спросить.

ЧТО СПРАШИВАТЬ

Проверка нужна не для того, чтобы вы поставили себе диагноз или отменили назначение. Она нужна для одного короткого разговора.

Вы приходите к врачу и говорите примерно так.

Я посмотрел про этот препарат и не нашёл его за пределами страны. Подскажите, на что опирается назначение и есть ли альтернатива с более понятной доказательной базой.

Это нормальный вопрос. Он не звучит как обвинение и не требует от врача оправдываться.

И вот что важно понимать про ответ. Хороший врач на такой вопрос отвечает спокойно, потому что сам про это думает. Если ответ раздражённый или сводится к «доверяйте спе-

циалисту», вы получили информацию другого рода, но тоже полезную.

ЧЕСТНО ПРО ЭТУ ГЛАВУ

Первая версия этой главы была короче и звучала увереннее. Там было написано, что проверка занимает тридцать секунд и показывает, работает средство или нет.

Когда я стал искать, как именно присваиваются международные коды, выяснилось, что по заявке. И красивая проверка превратилась в полезный, но ограниченный инструмент.

Оставляю как есть, с оговорками. Книга, которая учит вас проверять чужие утверждения, не может подавать свои без проверки.

Связь со списком: ни один из ваших пяти пунктов не зависит от того, что лежит в аптечке. Но время, потраченное на то, что не работает, это время, не потраченное на то, что работает.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

1. Материалы о системе международных непатентованных наименований Всемирной организации здравоохранения: назначение системы, введение резолюцией Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1950 году и начало работы в 1953 году, средняя длительность процедуры присвоения около двадцати шести месяцев, отсутствие присвоения для веществ, давно применяемых под устоявшимися названиями.

2. Материалы об анатомо-терапевтическо-химической классификации: ведение системы Всемирной организацией здравоохранения, использование во многих странах, включение новых позиций в классификацию только по заявке производителей, агентств по контролю за лекарственными средствами или научно-исследовательских учреждений.

Что означает слово «иммуномодулятор»

Собираясь писать эту главу, я знал, что в ней будет.

Хотел написать, что слово ничего не значит, что это маркетинговая обёртка и что за пределами страны такой категории не существует.

Проверил. Всё оказалось сложнее и интереснее.

ЧТО ВЫЯСНИЛОСЬ

Категория существует.

В международной классификации есть группа, которая так и называется: препараты, влияющие на иммунную систему. Она входит в раздел вместе с противоопухолевыми средствами, и это соседство не случайно.

Внутри неё вполне серьёзные вещи. Интерфероны. Интерлейкины. Препараты на основе тканей. Лечебные вакцины. Применяются они в онкологии, при некоторых инфекциях, при редких наследственных состояниях.

С другой стороны той же категории находятся препараты, подавляющие иммунитет. Их применяют при пересадке органов, при аутоиммунных заболеваниях, при тяжёлом воспалении.

То есть речь идёт о настоящей области медицины, где работают серьёзные препараты с серьёзными показаниями и серьёзными побочными эффектами.

Значит, версия «слово ничего не значит» неверна.

ТОГДА В ЧЁМ ЖЕ ДЕЛО

А дело в самом слове.

Модуляция означает изменение. В обе стороны. Усилить и подавить это одинаково модуляция.

Специалисты, которые пишут о классификации препаратов, влияющих на иммунитет, прямо отмечают, что деление на иммуномодуляторы, иммунокорректоры, иммуностимуляторы и иммунодепрессанты неточно, потому что термин «модуляция» предполагает и то и другое одновременно.

Вдумайтесь, что это означает для покупателя.

Вам предлагают средство, которое изменит работу вашей иммунной системы. В какую сторону, из названия не следует. Насколько, тоже не следует. При каком именно состоянии это нужно, не следует тем более.

Слово, которое обозначает изменение в любую сторону, не может быть обещанием. Оно может быть только категорией.

КАК ЭТИМ ПОЛЬЗУЮТСЯ

Теперь понятно, откуда берётся коммерческая часть.

Есть настоящая, узкая, тяжёлая область медицины. Есть слово, которое эту область обозначает и при этом по своему устройству ничего конкретного не утверждает.

И есть огромный рынок средств «для иммунитета», которые этим словом пользуются.

Дальше работает то, что вы уже разбирали в главе про биохакинг. Под одним ярлыком лежат вещи разного порядка, и продаётся эта корзина целиком.

Человек читает на упаковке слово, которое действительно существует в медицине, и достраивает остальное сам.

ЧТО СПРАШИВАТЬ

Вопрос простой и он снимает всю неоднозначность.

Что именно это изменит и как я это увижу.

Не «поддержит иммунитет». Не «повысит сопротивляемость». Что изменится, в чём это будет измеряться и через какое время.

Для настоящих препаратов этой группы ответ есть, он конкретный, и обычно вместе с ним идёт диагноз и наблюдение врача.

Если ответа нет, вы держите в руках слово, а не средство.

И второй вопрос, из первой части: кто это назначил и на что он опирается. Между препаратом, назначенным иммунологом по поводу конкретного состояния, и упаковкой, взятой с полки перед осенью, лежит вся эта глава.

ЧЕГО ЭТА ГЛАВА НЕ ГОВОРИТ

Она не говорит, что препараты, влияющие на иммунную систему, бесполезны. Некоторые из них спасают жизни.

Она не говорит, что всё, названное этим словом, пустышка. Разбирать нужно конкретное вещество, а не слово на коробке.

Она говорит одно: само по себе это слово ничего не обещает, потому что не может. И если оно является главным аргументом на упаковке, аргумента нет.

Связь со списком: осенние закупки «для иммунитета» это самая предсказуемая статья ваших расходов и самая слабо связанная с вашими пятью пунктами.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

1. Анатомо-терапевтическо-химическая классификация, группа препаратов, влияющих на иммунную систему, и её место в общем разделе вместе с противоопухолевыми средствами.

2. Материалы о классификации препаратов, влияющих на иммунитет: разделение на иммуномодуляторы, иммунокорректоры, иммуностимуляторы и иммунодепрессанты, и указание на неточность этого деления, поскольку термин «модуляция» предполагает и стимуляцию, и подавление.

3. Материалы о составе группы иммуностимуляторов: интерфероны, интерлейкины, препараты тимуса, биологически активные пептиды, лечебные вакцины; и о применении иммунодепрессантов при трансплантации, аутоиммунных заболеваниях и воспалении.

Пятнадцать минут

До сих пор мы разбирали то, что происходит далеко от вас. Исследования, публикации, регистрация.

Теперь про комнату, в которой вы сидите.

ОТКУДА БЕРЁТСЯ ЦИФРА

Время на приём не выдумывается на месте. Оно определено приказами Министерства здравоохранения, где для каждой специальности установлены нормы времени.

Участковому терапевту на посещение одного пациента в связи с заболеванием отведено пятнадцать минут. Участковому педиатру столько же. Врачу общей практики восемнадцать. Неврологу и акушеру-гинекологу по двадцать две. Оториноларингологу шестнадцать. Офтальмологу четырнадцать.

Более поздний приказ добавил другие специальности. Кардиологу двадцать четыре минуты. Эндокринологу девятнадцать. Стоматологу-терапевту сорок четыре.

Повторное посещение занимает меньше первичного, порядка семидесяти или восьмидесяти процентов от него.

Это открытые документы. Их можно найти и прочитать.

ЧТО ВНУТРИ ЭТИХ МИНУТ

А вот здесь начинается то, о чём почти никто не знает.

Норма времени включает не только разговор с вами. Для специальностей, добавленных более поздним приказом, вре-

мя на оформление медицинской документации входит в эту же норму.

То есть пятнадцать минут это не пятнадцать минут на вас. Это пятнадцать минут на вас, на осмотр, на заполнение карты, на выписку направлений, на внесение данных в систему.

Вычтите документы. Посчитайте, сколько остаётся на разговор.

Теперь вспомните свой последний приём и то ощущение, что врач вас не дослушал.

Он вас действительно не дослушал. Только причина не в нём.

ЧТО ИЗ ЭТОГО СЛЕДУЕТ МЕХАНИЧЕСКИ

Когда времени мало, оно тратится на самое необходимое. Не по злому умыслу, а потому что физически иначе не получается.

Первым сокращается то, что дольше всего занимает и меньше всего заметно.

Расспрос. Уточняющие вопросы про образ жизни, про то, когда началось, что вы уже пробовали, что происходило в последние месяцы.

Объяснение. Почему назначено именно это, что оно должно сделать, чего ждать и когда, что будет, если не делать ничего.

Именно эти две вещи вы и не получаете. Именно из-за их отсутствия вы уходите с листком и без понимания.

А назначение вы получаете, потому что назначение занимает секунды и потому что оно ожидается. От вас, от системы, от вашего собственного представления о том, зачем вы пришли.

ЧЕЛОВЕК ПО ТУ СТОРОНУ СТОЛА

Здесь важно сказать прямо, иначе вся книга будет прочитана неверно.

Врач в этой ситуации не противник. Он находится внутри той же конструкции, что и вы, только с другой стороны.

У него норматив, который он не устанавливал. Очередь в коридоре. Документация, которая входит в те же минуты. И ответственность, которая никуда не девается от того, что времени мало.

Всё, что разбирает эта книга, устроено так, что проигрывают обе стороны стола. Вы получаете меньше, чем вам нужно. Он делает работу хуже, чем умеет.

Понимание этого меняет тактику. Претензия не сработает и только сожжёт часть тех самых минут. А подготовка сработает.

ЧТО МОЖНО СДЕЛАТЬ

Из ограничения по времени следует довольно очевидная стратегия: приходить с тем, что экономит минуты.

Сформулированная заранее жалоба. Когда началось, как часто, что усиливает, что облегчает. Три-четыре предложения, продуманные дома, а не на ходу.

Хронология в письменном виде, если история длинная. Даты, что принимали, что помогало.

Результаты предыдущих обследований, принесённые с собой, а не пересказанные по памяти.

И два-три вопроса, записанные заранее. Не десять. Два-три самых важных.

Отдельный набор вопросов есть в приложении к этой книге. Их можно прочитать прямо в кабинете с телефона.

Смысл всего этого простой. Вы не можете добавить себе минут. Вы можете сделать так, чтобы имеющиеся были потрачены на то, что вам нужно.

КАК ЗВУЧИТ ЖАЛОБА, КОТОРАЯ ЭКОНОМИТ ВРЕМЯ

Раз минут мало, имеет смысл посмотреть, на что они уходят впустую. Уходят они чаще всего на первые две минуты.

Сравните два начала одного и того же приёма.

Первое: «Доктор, у меня всё болит, я устал, ничего не помогает, началось давно, я уже что только не пробовал».

Второе: «Болит поясница. Началось около трёх месяцев назад. Больнее к вечеру и после сидячего дня, легче после ходьбы. Ночью не будит. Принимал вот это, стало полегче на неделю. Раньше такого не было».

Второе заняло меньше времени и содержит почти всё, что врачу нужно для первого шага.

Обратите внимание, что во втором варианте нет ни одной догадки о причине. Только факты. Это важно: предположение пациента о диагнозе часто уводит разговор в сторону, и на возвращение обратно тратятся те же минуты.

ПЯТЬ ВЕЩЕЙ, КОТОРЫЕ СТОИТ СФОРМУЛИРОВАТЬ ДОМА

Не десять. Пять. Их можно записать в телефоне за три минуты накануне.

Что именно беспокоит. Одним предложением, конкретно.

Когда началось. Не «давно», а примерно когда.

Что усиливает и что облегчает. Это едва ли не самая полезная информация, и её почти никто не приносит.

Что уже принимали и что из этого дало эффект. С названиями, а не «какие-то таблетки».

Чего вы ждёте от этого приёма. Разобраться, снять боль, получить направление, понять, опасно ли это.

Последний пункт особенно недооценён. Врач и пациент нередко расходятся именно в нём, и выясняется это уже после приёма.

ЧТО ВЗЯТЬ С СОБОЙ

Результаты прежних обследований, а не пересказ. Фраза «у меня когда-то что-то находили» стоит минуты и не даёт врачу ничего.

Список принимаемых препаратов и добавок, включая те, что вы назначили себе сами. Особенно добавки: из главы про ферритин вы помните, что приём влияет на трактовку анализов.

Если история длинная, короткую хронологию на листе. Даты, события, что помогало.

ЧЕГО ЛУЧШЕ НЕ ДЕЛАТЬ

Не приносите распечатанный список из интернета с готовым диагнозом. Не потому, что это неуважение, а потому, что разбор чужого списка съедает те самые минуты, а вы пришли за своим случаем.

Не откладывайте главное на конец. Есть известное явление: самое важное пациент называет, уже стоя в дверях. К этому моменту время закончилось, и разговор о серьёзном происходит в худших условиях.

Не приходите с десятью вопросами. Из десяти разобранных наспех пользы меньше, чем из двух разобранных нормально.

Связь со списком: почти всё, что стоит между вами и вашими пятью пунктами, проходит через эти пятнадцать минут. Стоит подготовиться.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2015 года № 290н об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики, врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога.

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 декабря 2016 года № 973н, устанавливающий нормы времени для ряда других специальностей, включая врача-кардиолога, врача-эндокринолога и врача-стоматолога-терапевта, с включением времени на оформление медицинской документации в норму времени.

Как препарат попадает в привычку врача

В предыдущей главе мы разобрались, что времени у врача пятнадцать минут и часть из них уходит на бумаги.

Теперь вопрос: откуда берётся то, что он напишет на листке.

Ответ кажется очевидным. Из образования, из руководств, из опыта.

Всё это правда. Но есть ещё один источник, про который редко говорят вслух, и он работает постоянно.

ЧЕЛОВЕК, КОТОРЫЙ ПРИХОДИТ В ЧЕТВЕРГ

У производителей лекарств есть сотрудники, чья работа состоит в том, чтобы встречаться с врачами.

Это законно и открыто. Они приносят информацию о препаратах, оставляют материалы, рассказывают о результатах исследований, приглашают на мероприятия.

Индустрия объясняет это просто: врач не может сам следить за всем, что выходит, а мы помогаем ему оставаться в курсе. Аргумент не бессмысленный. Информации действительно слишком много.

Вопрос в том, что происходит с назначениями после таких контактов. И это измеряли.

ЧТО ПОКАЗАЛ САМЫЙ ОСНОВАТЕЛЬНЫЙ РАЗБОР

Международная группа исследователей собрала работы, в которых изучали врачей, имевших дело с информацией от фармацевтических компаний. Визиты представителей, реклама в журналах, участие в мероприятиях при поддержке компаний, рассылки.

Смотрели три вещи: как это связано с количеством назначений, с их стоимостью и с их качеством.

Вывод авторов.

Улучшения назначений после таких контактов они не обнаружили.

Обнаружили связь с более частыми назначениями, с более высокой стоимостью и с более низким качеством назначений. Либо не обнаружили значимой связи вообще.

Авторы формулируют осторожно: имеющаяся литература не исключает, что иногда назначения могут и улучшаться. Но чистого улучшения они не нашли, и поэтому рекомендуют врачам следовать принципу предосторожности и избегать такого источника информации.

Обратите внимание, кому адресована эта рекомендация. Не пациентам. Врачам.

КАК ЭТО РАБОТАЕТ НА САМОМ ДЕЛЕ

Легко представить себе взятку. Ничего подобного не требуется, и об этом стоит сказать прямо.

Работает другое, и оно куда сильнее.

Повторяемость. Название, которое вы слышали двадцать раз, приходит в голову раньше названия, которое вы слышали дважды. Это свойство памяти, а не характера.

Готовность. У человека с материалами в руках уже есть краткое изложение, уже подобраны исследования, уже сформулированы аргументы. У усталого врача в конце смены это экономит силы.

Взаимность. Человек, который к вам приходит, вежлив, помнит ваше имя и интересуется вашей работой. Отказать ему в мелочи психологически труднее, чем абстрактной компании.

И наконец, отсутствие второй стороны. Про это была целая глава во второй части. К врачу приходит тот, у кого есть бюджет на визиты. Никто не приходит рассказать, что препарат не нужен, потому что на этом нельзя заработать.

ПОЧЕМУ ЭТО НЕ ПРО НЕЧЕСТНОСТЬ ВРАЧЕЙ

Здесь тот же тезис, что и в предыдущей главе, и его стоит повторить.

Механизмы, описанные выше, работают на всех людях. Они не требуют ни жадности, ни цинизма, ни недобросовестности.

Врач, который чаще выписывает знакомое название, не берёт денег и не обманывает вас. Он поступает так же, как поступили бы вы, если бы вам двадцать раз повторили одно и то же, а времени на разбор не оставили.

Проблема не в людях. Проблема в том, что поток информации к врачу устроен несимметрично, и симметричным его никто не сделает, потому что у второй стороны нет денег на визиты.

ЧТО С ЭТИМ ДЕЛАТЬ ВАМ

Немного, но кое-что можно.

Первое. Знать, что это существует. Одно это меняет восприятие: назначение перестаёт быть приговором и становится решением, которое можно обсудить.

Второе. Спрашивать про альтернативы. Вопрос «а есть ли другие варианты и чем они отличаются» абсолютно нормальный. Если вариант один и он единственно возможный, вам это скажут за пять секунд.

Третье. Спрашивать про то, что будет без лечения. Это четвёртый из четырёх вопросов, и он здесь особенно уместен.

И главное, о чём стоит помнить: всё это вопросы, а не претензии. Врач не ваш противник. Вы просто хотите понимать, что происходит, и имеете на это право.

КАК ВЫГЛЯДИТ ИНФОРМАЦИОННЫЙ РАЦИОН ВРАЧА

Полезно представить это конкретно, потому что тогда понятно, почему проблема не решается призывом «читайте исследования».

Практикующий врач в поликлинике принимает поток пациентов по нормативу, о котором была отдельная глава. Между приёмами он заполняет документацию.

Чтобы следить за литературой, нужно время, доступ к источникам, английский язык и навык оценки качества исследований. Всё это существует, но всё это требует ресурса, которого норматив не предусматривает.

А теперь посмотрите, что предлагается взамен.

Готовое краткое изложение. Подобранные исследования. Сформулированные аргументы. Материалы, оставленные на столе. Мероприятие, где всё уже разобрано за вас.

Разница не в честности. Разница в том, что один источник требует усилий, а другой приходит сам и приносит готовое.

При прочих равных выигрывает тот, кто приходит сам. Это свойство не медицины, а внимания.

ПОЧЕМУ «ПРОСТО ЗАПРЕТИТЬ» НЕ РАБОТАЕТ

Возникает естественная мысль: пусть представители не ходят к врачам, и вопрос закрыт.

В некоторых странах ограничения вводились. Но есть сложность, которую стоит понимать.

Информационный поток к врачу заполнится тем, что доступно. Если убрать один источник и не поставить на его место другой, освободившееся место займёт не тишина.

Поэтому в тех же рекомендациях, где говорится об осторожности, речь идёт не только об отказе от одного канала, но и о доступе к независимым источникам информации о лекарствах.

Для вас практический вывод такой: врач, который ссылается на клинические рекомендации, а не на общее мнение, скорее всего пользуется вторым типом источников. Это хороший признак.

ТРИ ФРАЗЫ, КОТОРЫЕ РАБОТАЮТ НА ПРИЁМЕ

Все три звучат как интерес, а не как недоверие, и в этом весь смысл.

«А какие ещё есть варианты?»

Самая полезная фраза из трёх. Она не оспаривает назначение, а расширяет картину. Если вариант действительно один, вам скажут это за пять секунд, и вы получите полезную информацию.

«Это входит в клинические рекомендации?»

Звучит специфично, но вопрос совершенно нормальный и понятный любому врачу. Ответ на него информативен в обе стороны.

«А что будет, если пока ничего не принимать?»

Четвёртый вопрос из четырёх, заданный вслух. Иногда выясняется, что ничего. Иногда выясняется, что многое, и тогда вы принимаете назначенное с гораздо большей готовностью.

И общее правило для всех трёх: тон решает. Тот же вопрос, заданный с недоверием, сжигает минуты и портит контакт. Заданный с интересом, экономит и то, и другое.

Связь со списком: назначения, которые вы получите за следующие тридцать лет, сложатся в существенную часть того, дойдёте ли вы до своих пяти пунктов. Стоит понимать, откуда они берутся.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

1. Spurling G. K., Mansfield P. R., Montgomery B. D., Lexchin J., Doust J., Othman N., Vitry A. I. Information from Pharmaceutical Companies and the Quality, Quantity, and Cost of Physicians' Prescribing: A Systematic Review. PLoS Medicine, 2010, 19 октября, том 7, выпуск 10, e1000352. doi: 10.1371/journal.pmed.1000352

Отсюда: предмет обзора и виды рассмотренных контактов, включая визиты представителей, рекламу в журналах, участие в мероприятиях при поддержке компаний и рассылки; отсутствие обнаруженных улучшений назначений; связь с более высокой частотой назначений, более высокой стоимостью и более низким качеством либо отсутствие значимой связи; оговорка авторов о том, что литература не исключает возможности улучшения в отдельных случаях; рекомендация авторов следовать принципу предосторожности. Открытый доступ.

Что означают надписи на упаковке

Надписи на лицевой стороне упаковки не сочиняются свободно.

Есть отдельный технический регламент, посвящённый маркировке пищевой продукции. В нём есть раздел об указании отличительных признаков продукции, и именно он определяет, что можно написать и при каких условиях.

Главный принцип простой. Заявление допустимо, если соблюдён порог и есть доказательства.

То есть надпись это не обещание. Это выполненное условие.

И разница между этими двумя вещами стоит вам денег примерно каждый день.

САМЫЙ ЯСНЫЙ ПРИМЕР

Возьмём надпись «без сахара».

Обычный человек читает её так: сахара здесь нет.

На деле такие заявления работают через пороговые значения. «Без» не означает ноль. Оно означает, что содержание не превышает установленного предела на сто граммов или сто миллилитров продукта.

Есть и соседнее заявление, «низкое содержание», у которого порог другой, выше.

Практическое следствие для вас: между «без сахара» и «сахара нет» лежит разница, и она не в вашу пользу.

НО ЭТО ЕЩЁ НЕ САМОЕ ИНТЕРЕСНОЕ

Порог это мелочь по сравнению с тем, о чём надпись молчит.

Она не говорит, чем сахар заменили.

Она не говорит, сколько в продукте жира.

Она не говорит, сколько в нём калорий.

Она не говорит ничего о продукте в целом.

Заявление относится к одному параметру. Ровно к одному. Всё остальное вы достраиваете сами, и именно на этом достраивании держится вся конструкция.

Продукт с надписью «без сахара» может быть питательнее и калорийнее обычного. Никакого нарушения здесь нет. Заявление относится к сахару и по сахару оно правдиво.

ПОЧЕМУ ЭТО НЕ ОБМАН

Здесь важно не свалиться в возмущение, потому что возмущаться нечем.

Производитель выполнил условие и получил право написать фразу. Он не обязан рядом писать, что в остальном продукт обычный. Никто не обязан сообщать покупателю, чего его товар не делает.

Регламент при этом требует, чтобы маркировка была правдивой и проверяемой. И она правдива.

Разрыв возникает не между надписью и правдой. Он возникает между надписью и тем, что вы прочитали.

Это ровно та же механика, что и с добавками в предыдущих главах. Формулировка подобрана точно. Достраиваете вы.

КУДА СМОТРЕТЬ ВМЕСТО ЭТОГО

Ответ скучный и он же единственный.

На оборот упаковки.

Там по регламенту обязаны быть состав, пищевая ценность, аллергены, изготовитель. Всё это написано мелко, некрасиво и без энтузиазма, потому что это не реклама, а обязанность.

Состав приводится в порядке убывания. То, чего больше всего, стоит первым. Это правило само по себе отвечает на большинство вопросов за пять секунд.

Пищевая ценность даётся на сто граммов, что удобно для сравнения двух упаковок между собой. Обратите внимание: на сто граммов, а не на порцию. Размер порции определяет производитель.

Отдельный материал с разбором надписей идёт приложением к этой книге. Его можно открыть на телефоне прямо у полки.

ЕЩЁ ЧЕТЫРЕ ФОРМУЛИРОВКИ, КОТОРЫЕ СТОИТ УЗНАВАТЬ

Разберём то, что встречается чаще всего. Принцип везде один: заявление относится к одному признаку, всё остальное вы достраиваете сами.

«ОБОГАЩЁНО»

Витаминами, минералами, чем-нибудь ещё. Заявление относится к факту добавления. Оно не сообщает, сколько добавлено, усвоится ли это и нужно ли это вам. Обогащённый продукт может быть при этом обычным во всём остальном.

«НАТУРАЛЬНЫЙ СОСТАВ»

Заявление о происхождении, а не о свойствах. Природное происхождение не означает ни безопасности, ни пользы, ни эффективности. Это разные оси, и их регулярно смешивают.

«БЕЗ КОНСЕРВАНТОВ»

Часто правда. И часто означает, что продукт сохраняют иначе: сахаром, солью, кислотой или обработкой. Отсутствие одного не говорит о наличии другого.

«ФЕРМЕНТИРОВАННОЕ», «ЖИВЫЕ КУЛЬТУРЫ»

Само по себе осмысленно, про это была речь в приложении с рецептами. Но живые культуры в продукте и доказанный эффект у конкретного продукта это разные утверждения, и второе требует подтверждения отдельно.

ГЛАВНАЯ ХИТРОСТЬ: РАЗМЕР ПОРЦИИ

Про это стоит сказать отдельно, потому что попадаются почти все.

Пищевая ценность указывается в расчёте на сто граммов, и это позволяет сравнивать упаковки между собой. Но рядом производитель часто приводит расчёт на порцию.

А размер порции определяет он сам.

Дальше механика очевидная. Если цифра в пересчёте на сто граммов выглядит неудачно, порцию можно сделать поменьше, и все показатели в таблице уменьшатся вместе с ней.

Практическое правило: сравнивая два продукта, смотрите колонку на сто граммов. Всегда одну и ту же. Иначе вы сравниваете не продукты, а решения маркетологов о том, сколько составляет порция.

ЧТО ЕЩЁ ОБЯЗАНЫ НАПИСАТЬ

Полезно знать, на что вы имеете право, потому что это и есть та часть упаковки, которая не рекламная.

Состав, с перечислением в порядке убывания.

Пищевая ценность.

Аллергены, причём указывать их обязаны даже при незначительном содержании.

Дата и срок годности, условия хранения.

Изготовитель и его местонахождение, страна происхождения.

Отдельно про аллергены стоит запомнить, что перечень подлежащих обязательному указанию довольно широкий и включает злаки с глютеном, молоко, яйца, орехи, арахис, рыбу, моллюсков, сою и ряд других позиций. Если у вас есть непереносимость, эта часть упаковки для вас важнее всей лицевой стороны.

ПРАВИЛО, КОТОРОЕ РАБОТАЕТ ВЕЗДЕ

Из этой главы стоит унести одно.

Лицевая сторона упаковки это место, где производитель говорит то, что хочет. Оборотная сторона это место, где он говорит то, что должен.

Читайте вторую.

Связь со списком: ни один из ваших пяти пунктов не зависит от надписей на лицевой стороне. Зато сумма, потраченная на продукты с такими надписями, вполне ощутима.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

1. Технический регламент Таможенного союза ТР ТС 022/2011 «Пищевая продукция в части её маркировки».

Отсюда: наличие раздела об общих требованиях к указанию в маркировке информации об отличительных признаках пищевой продукции; обязательность указания состава, пищевой ценности, аллергенов и сведений об изготовителе; требование правдивости и проверяемости маркировки.

2. Материалы о пороговых значениях для заявлений «без сахара» и «низкое содержание сахара».

«Эффект накопительный»

Эта фраза есть почти в каждом описании добавки.

Эффект накопительный. Нужно время. Организму надо перестроиться. Результат появится не сразу.

Звучит разумно. Многие настоящие вещи действительно работают не мгновенно.

И всё же присмотритесь к тому, что эта фраза делает с разговором.

ЧТО ОНА ДЕЛАЕТ

Она убирает возможность проверить.

Представьте, что вы принимаете средство месяц и ничего не чувствуете. Какой вывод вы делаете?

Без этой фразы вывод очевиден: не работает.

С этой фразой вывод другой: ещё не накопилось.

Теперь два месяца. Три. Полгода. На каждом этапе доступно одно и то же объяснение, и оно никогда не заканчивается.

Утверждение, которое нельзя опровергнуть никаким исходом, не является утверждением о мире. Никакой результат его не отменяет, потому что любой результат в него укладывается.

Это не значит, что накопительных эффектов не бывает. Это значит, что фраза, употреблённая без срока и без измеримого признака, не сообщает вам ничего, кроме просьбы продолжать покупать.

ПОЧЕМУ ТРИ МЕСЯЦА

Обратите внимание на длительность курсов.

Она почти всегда одна и та же. Не две недели. Не год. Около трёх месяцев.

Срок подобран удачно с нескольких сторон сразу.

Он достаточно длинный, чтобы за это время что-нибудь изменилось само по себе. Про это ниже, и это главное.

Он достаточно короткий, чтобы человек дошёл до конца и не бросил.

И он ровно такой, чтобы к моменту, когда вы задумаетесь о результате, вам можно было предложить второй курс для закрепления.

ТЕПЕРЬ ГЛАВНОЕ. ПОЧЕМУ ЛЮДЯМ КАЖЕТСЯ, ЧТО ПОМОГЛО

Здесь работает вещь, которую стоит знать не только про добавки.

Называется она регрессией к среднему.

Суть простая. Если измерение оказалось крайним, следующее измерение будет ближе к среднему. Само по себе. Без всякого вмешательства.

За очень высоким давлением обычно следует более низкое. За особенно плохим самочувствием обычно следует более обычное.

Теперь наложите это на вашу жизнь.

При хронических состояниях бывает то лучше, то хуже. Спина, голова, суставы, желудок, усталость. Оно колеблется.

В какой момент человек идёт за помощью и что-нибудь покупает?

Не тогда, когда терпимо. Тогда, когда стало совсем плохо. То есть в самой крайней точке.

А после самой крайней точки становится лучше почти всегда. Не потому, что подействовало средство, а потому, что так устроены колебания.

Средство при этом получает всю заслугу.

Игнорирование этого эффекта настолько распространено, что у него есть отдельное название среди когнитивных искажений.

ЧТО ИЗ ЭТОГО СЛЕДУЕТ

Соедините два механизма и посмотрите, что получилось.

Человек покупает средство в худшей точке. Проходит три месяца. За это время состояние возвращается к обычному, потому что оно всегда возвращается.

Если стало лучше, работает средство.

Если не стало лучше, эффект ещё не накопился, нужен второй курс.

Обратите внимание: в этой конструкции нет исхода, при котором средство оказалось бы ни при чём.

Именно поэтому она так устойчива. И именно поэтому разговоры о том, помогло или нет, между людьми никогда ничем не заканчиваются.

У ЭТОЙ ФРАЗЫ ЕСТЬ РОДСТВЕННИКИ

«Эффект накопительный» не одинока. Есть целое семейство формулировок, устроенных одинаково: каждая объясняет отсутствие результата и ни одна не может быть опровергнута.

Узнав конструкцию один раз, вы будете слышать её постоянно.

«НУЖНО ПРОПИТЬ ПОЛНЫЙ КУРС»

Не помогло за месяц? Курс три месяца. Не помогло за три? Значит, нужен повторный. Граница, за которой можно сделать вывод, не наступает никогда.

«ЭТО ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ»

Применяется, когда не сработало у вас, но «работает у всех». Объяснение переносит причину неудачи с продукта на покупателя и при этом не проверяется.

«СНАЧАЛА НУЖНО ОЧИСТИТЬСЯ, ИНАЧЕ НЕ УСВОИТСЯ»

Изящная конструкция: неудача первого продукта становится основанием для покупки второго.

«У ВАС СЛИШКОМ ЗАПУЩЕНО, НУЖНО БОЛЬШЕ ВРЕМЕНИ»

То же самое, но с продлением.

Все четыре имеют одно общее свойство. Ни при каком исходе они не позволяют заключить, что средство не работает. А утверждение, которое невозможно опровергнуть никаким наблюдением, не сообщает о мире ничего.

И ОДНА, КОТОРАЯ ОПАСНЕЕ ОСТАЛЬНЫХ

Её стоит вынести отдельно, потому что она отличается не логикой, а последствиями.

«СНАЧАЛА СТАНЕТ ХУЖЕ, ЭТО ХОРОШИЙ ЗНАК»

Формулировки бывают разные: обострение, кризис очищения, реакция выхода. Смысл один: ухудшение объявляется признаком того, что средство работает.

Посмотрите, что делает эта конструкция.

Она отменяет единственный сигнал, на который человек ориентируется, решая, продолжать или нет. Стало лучше, работает. Стало хуже, тоже работает. Обратной связи больше нет.

И вот почему это не просто логическая уловка.

Ухудшение самочувствия бывает побочным действием. Ухудшение бывает признаком того, что состояние, которое вы пытаетесь лечить самостоятельно, прогрессирует. Ухудшение бывает симптомом чего-то другого, что происходит одновременно и не имеет к средству отношения.

Во всех трёх случаях правильное действие одно и то же: остановиться и разобраться. Фраза «так и должно быть» ровно это действие и блокирует.

Простое правило, которое стоит запомнить. Если вам заранее объяснили, что ухудшение это часть процесса, относитесь к этому объяснению с максимальной настороженностью. Настоящие побочные эффекты в инструкциях описывают как побочные эффекты, а не как признак успеха.

КАК ЗВУЧИТ ЧЕСТНОЕ ОБЕЩАНИЕ

Для контраста полезно знать, как выглядит противоположное.

Честное утверждение содержит срок и признак. Через столько-то недель должно измениться вот это, и вот так вы это увидите.

Оно допускает возможность провала. Если через указанный срок изменения нет, значит, не сработало.

Именно поэтому такие формулировки редки в рекламе и обычны на приёме у врача. Врач заинтересован понять, работает ли назначенное, потому что от этого зависит следующий шаг.

Продавцу же выгодно, чтобы вывод не наступил никогда.

КАК ИЗ ЭТОГО ВЫЙТИ

Есть один приём, и он простой.

До того, как начать что-либо принимать, запишите два вещи. Что именно должно измениться и к какому сроку.

Конкретно. Не «стать бодрее», а «просыпаться без будильника» или «не засыпать после обеда». Не «улучшить состояние кожи», а что-то, что видно.

Дату записать тоже.

Всё. Дальше вам не понадобится ничьё мнение. К назначенному сроку вы просто посмотрите, произошло это или нет.

Заодно вы обнаружите, что для большинства покупок такой признак сформулировать невозможно, потому что неясно, чего вы ждёте. Это само по себе ответ, причём полученный до траты денег.

И отдельно, специально: если средство назначено врачом, срок и признак улучшения стоит обсудить с ним. Хороший врач такой вопрос только приветствует, потому что он и сам хочет понимать, работает ли назначенное.

Связь со списком: ваши пять пунктов сформулированы как раз так, как надо. Их видно. По ним понятно, получилось или нет. Ровно этого не хватает почти всему, что вам продают.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

1. Материалы о регрессии к среднему как статистическом явлении: за экстремально высоким показателем часто следует более близкий к среднему без влияния лечения.

2. Статья об игнорировании регрессии к среднему как когнитивном искажении, Большая российская энциклопедия. Отсюда: определение как

недостаточного внимания к естественным флуктуациям данных и установления несуществующей причинной связи; отнесение к искажениям типа «после этого, значит, вследствие этого».

3. Материалы о том, что естественное течение заболевания, приводящее у многих пациентов к клиническому улучшению, нередко ошибочно принимается за эффект вмешательства.

«Наверное, подделка попалась»

Вы допили упаковку. Ничего не изменилось.

И вот в этот момент в голову приходит мысль. Почти у всех одна и та же.

Наверное, подделка попалась.

Или её родственницы. Наверное, у нас не то сырьё. Наверное, надо было заказывать оттуда. Наверное, в этой аптеке хранили неправильно.

Эта глава про эту мысль. Она стоит дороже всего остального в книге, и объясню почему.

СНАЧАЛА ГЛАВНОЕ: ВЫ РАССУЖДАЛИ ПРАВИЛЬНО

Мысль о подделке не глупая. Она логичная.

Если средство должно работать, а оно не сработало, значит, что-то пошло не так по дороге. Это нормальный вывод из нормальной посылки.

Вопрос только в том, откуда взялась посылка.

А взялась она оттуда же, откуда всё остальное в этой книге. Вам сказали, что средство работает. Сказали много раз, разными голосами, и ни одного голоса с другой стороны вы не слышали, потому что второй стороне некому платить.

Так что рассуждали вы правильно. Просто исходные данные вам выдали не полностью.

ТЕПЕРЬ ЦИФРЫ

Их можно проверить, они открытые.

По результатам контрольных мероприятий за две тысячи двадцатый год из обращения было изъято пятьсот сорок серий лекарственных средств, качество которых не отвечало требованиям.

Звучит много. Пока не посмотреть на долю: это ноль целых семнадцать сотых процента от общего количества серий, введённых в оборот в стране за год.

И вот теперь самое главное. Внутри этих пятисот сорока серий подавляющее большинство составляли недоброкачественные препараты, то есть не прошедшие по качеству. А фальсифицированных, то есть подделок в прямом смысле, было три серии двух торговых наименований.

Три серии. За год. На всю страну.

Годом раньше в целом по стране было выявлено шесть серий фальсифицированных препаратов.

Позиция надзорного ведомства при этом такая: проблема подделок была актуальной примерно до две тысячи одиннадцатого или двенадцатого года, затем пошла на спад и сейчас находится на минимуме, а то, что осталось, живёт в интернете, а не в аптеках.

СКОЛЬКО РАЗ ВЫ ПОКУПАЛИ ПОДДЕЛКУ

Посчитайте сами.

Если фальсификат это единицы серий в год на всю страну, а вы покупаете в обычной аптеке, вероятность того, что вам попалась именно подделка, крайне мала.

Не ноль. Мала.

А теперь вспомните, сколько раз вы объясняли себе отсутствие результата именно этим.

ПОЧЕМУ ЭТА МЫСЛЬ ТАК ДЕРЖИТСЯ

Потому что она удобная, и удобство это стоит разобрать без иронии.

Посмотрите, какие есть варианты объяснения, когда средство не сработало.

Первый: попалась подделка. Средство хорошее, аптека подвела, вы ни при чём.

Второй: средство не работает. Значит, вы потратили деньги и три месяца, а до этого читали, слушали и верили.

Третий: с вами что-то не так. Всем помогает, а вам нет.

Из этих трёх первый самый милосердный. Он сохраняет и веру в средство, и представление о себе как о человеке, который принимает разумные решения.

Второй требует признать, что вас убедили. Третий вообще неприятный.

Поэтому первый и побеждает. Не от глупости. От того, что он единственный не требует ничего пересматривать.

И у него есть побочный эффект, который и делает его дорогим: он позволяет купить снова. В другой аптеке, другой марки, заказать оттуда. Круг замыкается.

ЧЕТВЁРТЫЙ ВАРИАНТ

Он есть, и он не приходит в голову, потому что его никто не проговаривает вслух.

Средство не работает, и это не про вас.

Вы не были доверчивой. Вы были человеком, до которого доходила информация только с одной стороны. Все, кто мог

бы сказать иначе, промолчали не из вредности, а потому что за такое молчание им платят, а за высказывание нет.

Разница между третьим вариантом и четвёртым принципиальная. В третьем виноваты вы. В четвёртом никто конкретно, но устройство понятно, и с ним можно что-то делать.

ЧТО С ЭТИМ ДЕЛАТЬ

Не отменять недоверие к качеству, оно иногда оправдано. Изменить порядок вопросов.

Раньше он был такой: не сработало, значит, подделка.

Теперь пусть будет такой.

Сначала: а было ли вообще доказано, что оно работает? Это первая часть книги.

Потом: а как я собирался это проверить и записал ли я заранее, что должно измениться? Это предыдущая глава.

И только потом, если на первые два вопроса ответы есть, имеет смысл думать про качество конкретной упаковки.

В большинстве случаев до третьего вопроса дело не дойдёт, потому что закончится на первом.

Связь со списком: каждый повторный круг это деньги, время и внимание, потраченные не на те пять пунктов. Мысль о подделке стоит дорого именно потому, что она позволяет кругу продолжаться.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

1. Данные Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по результатам контрольно-надзорных мероприятий за 2020 год: изъято из обращения 540 серий лекарственных средств, качество которых не отвечает установленным требованиям, что составляет 0,17 процента от общего количества серий, введённых в гражданский оборот в Российской Федерации в 2020 году; в том числе 258 серий недоброкачественных лекарственных средств 158 торговых наименований, 10 серий 10 торговых наименований, находившихся в обращении с нарушением требований, и 3 серии 2 торговых наименований фальсифицированных лекарственных препаратов.

2. Данные о выявлении шести серий фальсифицированных лекарственных препаратов в целом по стране в 2017 году и оценка руководства надзорного ведомства о динамике проблемы: актуальность до 2011 и 2012 годов, последующий спад, нахождение оставшегося оборота преимущественно в интернете.

Откуда взялось слово «шлаки»

Слово знают все.

Шлаки. Зашлакованность. Очищение от шлаков. Вывести шлаки. Детокс.

Вокруг него построена целая индустрия: программы, процедуры, курсы, капельницы, чаи, сборы, аппараты.

Начнём с простого вопроса. Откуда это слово вообще взялось?

ОТВЕТ КОРОЧЕ, ЧЕМ ВЫ ЖДЁТЕ

Из металлургии.

Шлак это побочный продукт плавки. Когда из руды извлекают ценный металл, остаётся то, что не нужно. Его отправляют в отвал.

Слово пришло из немецкого и означает ровно это: отход производства после очистки от полезных компонентов.

Всё. Больше за этим словом ничего нет.

ТЕПЕРЬ ПОСМОТРИТЕ, ЧТО ПРОИЗОШЛО

Металлургический термин перенесли на человека.

И вместе с термином перенеслась целая картина мира, которую вы, вероятно, никогда не проговаривали, но которой пользуетесь.

В этой картине ваше тело работает как плавильная печь. Внутрь поступает сырьё. Полезное усваивается. А неполезное оседает где-то внутри в виде отвала и лежит там, накапливаясь годами.

Отсюда и всё остальное. Раз есть отвал, его надо вычищать. Раз надо вычищать, нужны средства для вычищения. Раз нужны средства, их можно продать.

Вся индустрия выросла не из наблюдения, а из метафоры.

ЧТО НЕ ТАК С КАРТИНОЙ

Организм устроен иначе, и это не спорный вопрос.

У него есть встроенные системы выведения. Печень. Почки. Кишечник. Кожа. Лёгкие. Они работают непрерывно, без напоминаний и без покупок.

Продукты обмена выводятся постоянно. Не накапливаются в виде отложений, ожидающих специальной процедуры.

И есть простое практическое соображение. Люди регулярно проходят обследования, в которых внутренние органы видны непосредственно: ультразвук, эндоскопические исследования. Отложения, о которых идёт речь в рекламе очищающих программ, там не обнаруживаются.

Не потому, что плохо смотрят. Потому что их нет.

НО Я ЖЕ ЧУВСТВОВАЛ ЛЁГКОСТЬ

Вот честное возражение, и отмахиваться от него нельзя. Люди, прошедшие «очищение», часто действительно ощущают лёгкость, а весы действительно показывают меньше.

Это правда. Вопрос в том, от чего именно.

Посмотрите, что обычно входит в состав таких средств. Компоненты со слабительным действием, например сенна.

Компоненты с мочегонным действием: лист одуванчика, брусничный лист, крапива. Нередко кофеин, который тоже работает как мочегонное.

Теперь понятно, откуда ощущение.

Из организма ушла вода и содержимое кишечника. Живот стал площе, весы показали меньше, появилось чувство лёгкости.

Жир при этом никуда не делся. Вернётесь к обычному питанию и питью, и цифра вернётся в течение нескольких дней.

То есть эффект настоящий. Просто он не тот, за который вы платили, и держится он ровно до конца курса.

ЧТО УХОДИТ ВМЕСТЕ С ВОДОЙ

А вот это уже не безобидно, и об этом стоит знать.

При работе мочегонных и слабительных теряется не только вода, но и электролиты. Калий вымывается одним из первых.

Калий участвует в регуляции давления, в передаче нервных импульсов, в работе почек. Его потеря проявляется слабостью, иногда судорогами, нарушением сердечного ритма.

При регулярной стимуляции кишечника описывают формирование зависимости от неё: собственная моторика ослабевает, и без стимуляции работа затрудняется.

Отдельно про травы. Сенна и алоэ входят в число растений, наиболее часто связываемых с лекарственным поражением печени. Слово «растительный» не равнозначно слову «безопасный», и это тот самый случай.

И самое важное. Для человека с заболеваниями почек, сердца или нарушениями обмена риск осложнений суще-

ственно выше. Такие средства в подобных ситуациях назначает врач, а не блогер.

ПРО СОКОВЫЕ ПРОГРАММЫ ОТДЕЛЬНО

Соки и смузи сами по себе не зло. Но программа, где они заменяют еду на несколько дней, устроена иначе, чем кажется.

В таком рационе мало белка и жиров. Это сказывается на самочувствии, работоспособности и на контроле аппетита после окончания программы.

И ещё деталь, о которой почти не пишут: фруктовые кислоты вредны для эмали, поэтому смузи разумно пить через трубочку, а не потягивать в течение дня.

Смузи это дополнение к рациону. Как способ вывести что-либо он не работает, потому что выводить, как мы разобрали выше, нечего.

ВАЖНОЕ РАЗЛИЧИЕ

Здесь надо быть точным, иначе получится передёргивание.

Слово «шлаки» в медицине не используется. А слово «токсины» используется, и это разные вещи.

Токсины существуют. Отравления существуют. Состояния, при которых организм не справляется с выведением, существуют: например, при тяжёлых нарушениях работы почек или печени. Это настоящие диагнозы, и лечат их в больнице, а не курсом чая.

Разница принципиальная. Есть медицинские состояния с нарушенным выведением, которые диагностируются и лечатся. И есть коммерческая идея о накопленной грязи у здорового человека, которую надо периодически вычищать.

Первое реально. Второго нет.

ПОЧЕМУ ЭТА ИДЕЯ ТАК УДОБНА ДЛЯ ПРОДАЖИ

Посмотрите на её устройство глазами продавца.

У неё нет определения. Никто не скажет вам, что именно измеряется и в каких единицах.

Значит, нет и способа проверить, есть ли у вас это самое. Диагностика невозможна, потому что предмет не определён.

Значит, нет способа проверить и результат. После процедуры вам не покажут, что стало меньше, потому что показывать нечего.

И наконец, она подходит всем. Любой человек может считать, что у него накопилось. Возраст, усталость, кожа, самочувствие, что угодно годится в подтверждение.

Идею, которую нельзя ни измерить, ни опровергнуть, и которая подходит каждому, невозможно придумать лучше, даже если стараться.

ЧТО ДЕЛАТЬ

Ничего специального. В этом и суть.

Системы выведения работают сами. Помочь им можно тем же скучным списком, который вы уже видели во второй части: сон, движение, вода, отсутствие курения, разумное отношение к алкоголю. Ничего из этого не продаётся курсами.

А если вам предлагают очищение, работает четвёртый вопрос: что будет, если я просто этого не сделаю.

Связь со списком: программы очищения не имеют отношения ни к одному из ваших пяти пунктов. Деньги, которые они забирают, имеют.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

1. Материалы о происхождении слова: шлак в металлургии как побочный продукт или отход производства металла после очистки от остатков ценных компонентов; заимствование из немецкого языка.

2. Материалы о статусе понятия «шлаки в организме» как псевдонаучного термина, распространённого в альтернативной медицине, и об отсутствии этого понятия в медицинской терминологии.

3а. Материалы о составе средств для «очищения»: компоненты со слабительным действием, включая сенну, и с мочегонным действием, включая лист одуванчика, брусничный лист, крапиву, а также кофеин.

3б. Материалы о последствиях: потеря воды и содержимого кишечника вместо жировой массы; потеря электролитов, вымывание калия и его роль в регуляции давления, передаче нервных импульсов и работе почек; описание ослабления собственной моторики при регулярной стимуляции; риск осложнений у людей с заболеваниями почек, сердца и нарушениями обмена.

3в. Материалы о сенне и алоэ как о растениях, наиболее часто связываемых с лекарственным поражением печени.

3. Материалы о естественных механизмах выведения и о том, что искомые отложения не обнаруживаются при инструментальных исследованиях.

Четыре вопроса целиком

Вся первая часть была про одно: как устроена дорога от исследования до вашей полки и что происходит на каждом её участке.

Пересказывать не буду. Вместо этого соберу инструмент.

Четыре вопроса. Каждый вырос из конкретной главы, которую вы уже прочитали. Ни один не требует медицинских знаний. Все четыре задаются чему угодно: таблетке, банке, этикетке, назначению, направлению на обследование, совету знакомого, ролику в интернете.

Порядок имеет значение. Первый вопрос отсеивает больше всех, и часто до остальных дело не доходит.

ВОПРОС ПЕРВЫЙ

Кто заплатил за то, что я об этом узнал?

Не «полезно ли это». Не «хорошие ли отзывы». Кто заплатил.

Возьмите вещь и проследите цепочку назад. Как она попала к вам в голову? Реклама. Блогер. Передача. Статья. Знакомый, который сам увидел это в рекламе. Врач, к которому в четверг заходил представитель.

Найдите в цепочке хоть одно звено, где вам рассказали об этом, не заработав ни рубля.

Если такого звена нет, вы не выбирали. Вам продали.

Откуда он взялся: из главы про то, что у второй стороны нет бюджета, и из главы про то, как препарат попадает в привычку врача.

Почему первый: потому что он проверяется быстрее всех и отсеивает больше всех.

ВОПРОС ВТОРОЙ

Что именно обещают: изменить показатель, улучшить самочувствие или изменить исход?

Три разные вещи. Продаются по одной цене.

Улучшить показатель значит поменять цифру в анализе. Улучшить самочувствие значит поменять то, что вы ощущаете. Изменить исход значит поменять то, что с вами произойдёт.

Между ними нет автоматической связи. Средство, улучшающее показатель, может не менять ничего. Иногда меняет в худшую сторону.

Задавая этот вопрос, вы обычно обнаруживаете, что вам обещали первое, а вы услышали третье.

Откуда он взялся: из главы про суррогатные показатели и историю с препаратами от нарушений ритма.

ВОПРОС ТРЕТИЙ

Кто это проверял, кроме того, кто продаёт?

У этого вопроса три уровня, и стоит знать все три.

Проверял ли кто-нибудь вообще. Для значительной части того, что продаётся, ответа нет: исследований просто не проводили. Это не значит «не работает», это значит «никто не знает».

Проверял ли кто-то, кроме заинтересованной стороны. Исследования, оплаченные производителем, чаще приходят к

благоприятным для него выводам, и происходит это не за счёт плохой методики, а на этапе интерпретации.

И третье, самое неудобное: а что стало с результатами, которые не подтвердили ожидаемого? Из главы про публикационный сдвиг вы знаете, что до вас доходит не всё изученное, а то, что дошло до печати.

Откуда он взялся: из первых двух глав части.

ВОПРОС ЧЕТВЁРТЫЙ

Что будет, если я просто этого не сделаю?

Самый неприятный и самый полезный.

Он заставляет назвать альтернативу. Не абстрактную, а конкретную: что произойдёт со мной, если я ничего не куплю и ничего не приму.

Для настоящего лечения ответ на этот вопрос есть, он конкретный, и врач его назовёт.

Для большинства покупок ответ звучит примерно так: ничего. Всё будет как сейчас.

И вот это «ничего» и есть та величина, за которую вы собираетесь заплатить.

Откуда он взялся: из главы про число больных, которых нужно пролечить, во второй части, и из главы про накопительный эффект в этой.

КАК ЭТО ВЫГЛЯДИТ НА ПРАКТИКЕ

Возьмём обычную ситуацию. Знакомая советует средство «для сосудов», она его пьёт и говорит, что помогает.

Первый вопрос. Откуда она узнала. Почти наверняка из рекламы, от врача, к которому заходил представитель, или от

другой знакомой, узнавшей оттуда же. Звена без выгоды в цепочке нет.

Второй. Что обещано. «Для сосудов» это вообще не обещание, там нет ни показателя, ни самочувствия, ни исхода. Уже достаточно.

Третий. Кто проверял. Смотрим, на что ссылается описание. Наблюдение или сравнение с пустышкой.

Четвёртый. Что будет, если не пить. Ответа нет, потому что нет и заявленной проблемы.

Разбор занял минуту. Дальше решать вам, но теперь вы решаете, а не соглашаетесь.

ВТОРОЙ ПРИМЕР: ВАМ ПРЕДЛАГАЮТ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Первый пример был про баночку. Но чаще всего деньги уходят не на баночки, а на обследования, и там вопросы работают не хуже.

Ситуация: реклама расширенного чекапа. Сорок показателей, скидка до конца месяца, «узнайте всё о своём организме».

Первый вопрос. Кто заплатил за то, что я об этом узнал. Реклама лаборатории. Звено без выгоды отсутствует.

Второй. Что обещают. «Узнать всё» это не показатель, не самочувствие и не исход. Это вообще не обещание, а приглашение.

Третий. Кто проверял. Здесь вопрос принимает особую форму, и её стоит запомнить: существуют ли рекомендации, по которым этот набор показан человеку без жалоб. Для большинства позиций в подобных наборах их нет.

Четвёртый. Что будет, если я этого не сделаю. Ответ: у меня не появится набор случайных отклонений, которые

придётся объяснять. Вспомните арифметику из главы про норму: при большом числе показателей что-нибудь найдётся почти наверняка.

Разбор занял минуту и сэкономил не только деньги, но и несколько месяцев беспокойства.

ТРЕТИЙ ПРИМЕР, И ОН ВАЖНЕЕ ДВУХ ПРЕДЫДУЩИХ

Если бы эти вопросы всегда приводили к ответу «нет», они были бы не инструментом, а способом отговорить вас от любых трат. Это не так, и сейчас я это покажу.

Ситуация: врач предлагает сдать ферритин, потому что вы жалуетесь на усталость.

Первый вопрос. Кто заплатил за то, что я об этом узнал. Никто. Рекламы этого показателя вы не видели никогда, производителя у него нет, наценки на нём нет. Уже интересно.

Второй. Что обещают. Не улучшить самочувствие и не изменить исход. Обещают информацию: показать, достаточно ли в организме запасов железа. Это честное и проверяемое обещание.

Третий. Кто проверял, кроме продавца. Пороговые значения содержатся в клинических рекомендациях. Продавца здесь вообще нет.

Четвёртый. Что будет, если я этого не сделаю. Если причина усталости в дефиците, он останется и продолжит забирать силы, а я продолжу искать причину в другом месте.

Четыре из четырёх. Сдавайте.

Обратите внимание, что произошло. Инструмент, который до этого всё отвергал, здесь сказал «да» уверенно и быстро.

Именно так и должно быть. Вопросы отсеивают не траты, а необоснованность. Когда основания есть, они видны сразу, и

разбор занимает меньше времени, чем в сомнительном случае.

ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ ОТВЕТЫ РАСХОДЯТСЯ

Реальность сложнее примеров, и бывает так, что на часть вопросов ответы хорошие, а на часть нет.

Общее правило простое: чем серьёзнее ситуация, тем меньше веса у первых двух вопросов и тем больше у последнего.

Если речь о состоянии, где промедление опасно, вопрос «что будет, если я этого не сделаю» становится главным, а происхождение информации отходит на второй план. Никто не выясняет, кто оплатил исследование антибиотика, когда есть подтверждённая инфекция.

И наоборот. Чем безобиднее ситуация и чем больше похоже, что можно ничего не делать, тем внимательнее стоит смотреть на первый вопрос.

Эти вопросы для покупок и предложений, а не для неотложных состояний. В неотложных нужен врач, а не книга.

ЧЕГО ЭТИ ВОПРОСЫ НЕ ДЕЛАЮТ

Скажу прямо, потому что иначе получится то же самое, за что книга критикует других.

Они не заменяют врача. Они не позволяют поставить диагноз, отменить назначение или решить, что вам нужно. Это инструмент для оценки того, что вам предлагают купить, а не для лечения.

Они не дают гарантий. Средство может пройти все четыре вопроса и всё равно вам не подойти. И наоборот, что-то может не пройти ни одного и при этом оказаться уместным в ва-

шей конкретной ситуации, о которой знает врач и не знает книга.

Они не делают вас специалистом. Они делают вас человеком, который задаёт вопросы, а не тем, кому продают.

Разница между этими двумя ролями и есть всё, что предлагает первая часть.

ЧТО ДАЛЬШЕ

Вторая часть про то, что делать вместо.

Не список запретов, а то немногое, что действительно влияет на ваши пять пунктов, и то, как это проверять.

Вопросы из этой главы понадобятся там постоянно, и в третьей части, по темам, тоже.

Их стоит запомнить. Всё остальное можно забыть и перечитать при необходимости.

Связь со списком: эти четыре вопроса нужны ровно для того, чтобы деньги, время и внимание доходили до ваших пяти пунктов, а не растворялись по дороге.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

ЧТО ДЕЛАТЬ ВМЕСТО ЭТОГО

От чего люди действительно умирают

Прежде чем разбираться, что делать, стоит посмотреть, от чего вообще защищаться.

Это звучит очевидно. На практике почти никто этого не делает, и поэтому люди годами готовятся не к тому.

Глава короткая и неприятная. Дальше будет легче.

ЦИФРЫ

По данным государственной статистики за две тысячи двадцать третий год картина такая.

На первом месте болезни системы кровообращения. Сорок шесть процентов всех смертей. Порядка восьмисот тысяч человек за год.

Сюда входят ишемическая болезнь сердца, инсульты, нарушения мозгового кровообращения.

На втором месте злокачественные новообразования. Около шестнадцати процентов, порядка двухсот восьмидесяти тысяч человек.

На третьем месте внешние причины. Это транспортные происшествия, отравления, падения, утопления, самоубийства и убийства. Порядка восьми процентов.

Дальше идут остальные категории, каждая заметно меньше.

Отдельно стоит упомянуть сахарный диабет: смертность от него в две тысячи двадцать третьем выросла почти на пятнадцать процентов и составила около сорока восьми тысяч случаев.

ЧТО ИЗ ЭТОГО СЛЕДУЕТ

Посмотрите на первую строчку ещё раз.

Почти половина. Одна категория.

Не редкое заболевание, о котором пишут в новостях. Не экзотика. Сердце и сосуды.

Теперь вспомните, на что уходят ваши деньги и внимание, когда вы занимаетесь здоровьем. Иммунитет осенью. Витамины. Кожа. Пищеварение. Энергия.

Всё это имеет значение для качества жизни. Но если считать по тому, что вас с наибольшей вероятностью остановит, вы готовитесь не к тому.

Две первые строчки вместе дают больше шестидесяти процентов. То есть примерно у двух человек из трёх всё закончится одним из этих двух пунктов.

ПОЧЕМУ ЭТО ХОРОШАЯ НОВОСТЬ

Сейчас будет неочевидное.

Тот факт, что почти половина приходится на одну категорию, это не повод пугаться. Это подарок для планирования.

Потому что именно про эту категорию известно больше всего. И именно на неё влияют самые скучные вещи из существующих.

Курение. Давление. Движение. Вес. Сахар крови. Липиды. Всё это связано с первой строчкой напрямую, всё это измеряется, и почти всё поддаётся изменению.

Вот откуда берётся список во второй части этой книги. Он не собран по вкусу автора и не составлен из того, что модно. Он собран из того, что влияет на первые две строчки таблицы.

Когда в следующих главах вам покажется, что речь идёт о скучных и общеизвестных вещах, вернитесь к этой странице.

ЧЕГО В ЭТОЙ ТАБЛИЦЕ НЕТ

Полезное упражнение.

В структуре причин смерти нет строчки «дефицит коллагена». Нет строчки «зашлакованность». Нет строчки «слабый иммунитет» в том смысле, в каком это слово используют в рекламе. Нет строчки «недостаток антиоксидантов».

Это не значит, что за этими словами вообще ничего не стоит. Это значит, что рынок, который вокруг них построен, не соотносится с тем, от чего люди действительно умирают.

Соотношение между тем, сколько вам про что-то рассказывают, и тем, насколько это вас касается, вы уже видели в первой части. Здесь оно видно в чистом виде.

ОГОВОРКА, И ОНА ВАЖНАЯ

Всё написанное это статистика по стране, а не прогноз для вас лично.

Ваш собственный расклад зависит от возраста, пола, семейной истории, уже имеющихся состояний и множества других вещей. У человека с наследственной историей по одной линии приоритеты будут другими, и определяет их врач, а не таблица.

И ещё. Эта глава не про то, чтобы бояться. Страх плохой организатор: он заставляет покупать, а не разбираться, и

именно на нём построена половина того, что разбиралось в первой части.

Смысл в обратном. Знание того, что происходит чаще всего, позволяет перестать распылять внимание и заниматься немногими вещами, которые действительно имеют вес.

Дальше как раз про них.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

1. Данные государственной статистики по причинам смертности населения Российской Федерации за 2023 год: доля болезней системы кровообращения, доля злокачественных новообразований, доля внешних причин, абсолютные значения.

2. Данные о смертности от сахарного диабета за 2023 год и её динамике.

Что вы хотите уметь делать в восемьдесят

Предыдущая глава была про то, от чего умирают.

Эта про то, ради чего всё остальное.

И начинается она с вопроса, который почти никто себе не задаёт, хотя ответ на него определяет всё, что вы делаете со своим здоровьем.

Что вы хотите уметь делать в восемьдесят лет?

Не «сколько прожить». Уметь делать.

ПОЧЕМУ ЭТО ДРУГОЙ ВОПРОС

«Сколько я проживу» звучит важнее, но пользы от него никакой. Ответа нет ни у кого, повлиять на него напрямую вы не можете, и планировать по нему нечего.

А вот «что я буду уметь» это вопрос, на который есть ответ, и на который вы влияете уже сегодня.

Разница между этими двумя вопросами и есть разница между тем, сколько лет вы проживёте, и тем, в каком состоянии вы их проведёте.

Почти всё, что вам продают, делает вид, что отвечает на первый вопрос. Продлить, замедлить, омолодить. На второй не отвечает почти никто, потому что ответ на него не продаётся.

СПИСОК

Вот что обычно называют люди, когда их об этом спрашивают. Прочитайте и посмотрите, что отзовётся.

Подняться на свой этаж, не останавливаясь.

Встать со стула без помощи рук.

Донести пакеты из магазина за один раз.

Поднять и удержать внука.

Дойти до парка и вернуться.

Наклониться и завязать шнурки.

Ночью встать и дойти до кухни, не держась за стены.

Прочитать книгу и вспомнить через неделю, о чём она.

Съездить куда-нибудь одному.

Жить в своей квартире, а не в комнате у детей.

Обратите внимание, чего в этом списке нет.

Ни одного показателя анализа. Ни одной цифры. Ни одного процента. Ни одной баночки.

Люди хотят не «нормальный ферритин». Люди хотят подниматься по лестнице.

ТЕПЕРЬ ВАШ СПИСОК

Здесь стоит остановиться и написать своё. Не мысленно, а буквально, на этой странице или где угодно ещё.

Пять пунктов. Что вы хотите уметь делать в восемьдесят.

1. 2. 3. 4. 5.

Это займёт три минуты и изменит то, как вы будете читать всё дальнейшее.

Потому что вторая часть этой книги устроена как обратный отсчёт от вашего списка.

ГЛАВНАЯ МЫСЛЬ: ВЫ НЕ ПОДДЕРЖИВАЕТЕ, ВЫ ТРАТИТЕ

Вот механизм, который объясняет, почему обратный отсчёт работает, а привычный порядок нет.

С определённого возраста ваши физические возможности не поддерживаются на одном уровне. Они снижаются. У всех, всегда, независимо от поведения. Поведение влияет на скорость, но не отменяет направление.

Значит, то, что вы будете уметь в восемьдесят, это не то, что вы наработаете в восемьдесят. Это то, что у вас осталось от уровня, с которого вы начали снижаться.

Вы не поддерживаете форму. Вы расходуете запас.

Отсюда простое следствие, и оно неприятное: величина запаса важнее скорости расхода. Человек, начавший снижение с высокого уровня, в восемьдесят окажется выше того, кто снижался медленнее, но стартовал с низкого.

И отсюда же вывод, ради которого написана вся эта рамка. Список из ваших пяти пунктов вы обеспечиваете не в восемьдесят. Вы обеспечиваете его сейчас.

ЭТО ИЗМЕРЯЕТСЯ

Приятная деталь: запас не абстракция, его видно.

Есть два простых теста, которые в исследованиях показывают связь с продолжительностью жизни. Сила кистевого хвата и скорость, с которой человек несколько раз подряд встаёт со стула.

В одном из исследований у пожилых женщин с большей мышечной силой риск смерти в последующие годы оказался заметно ниже. Связь сохранялась даже с учётом уровня физической активности, времени сидения, скорости ходьбы и уровня маркера воспаления. Прибавка силы хвата примерно

на семь килограммов была связана со снижением смертности в среднем на двенадцать процентов.

Руководитель того исследования объяснил логику просто: когда у человека не хватает силы встать и двигаться против силы тяжести, даже обычная ходьба становится трудной.

Отдельно сила кисти изучается как предиктор старческой астении. Обзоры отмечают, что она согласуется с общей силой, функцией рук, плотностью костей, частотой падений и переломов, когнитивными нарушениями и качеством жизни.

ЧЕСТНО ПРО ЭТИ ЦИФРЫ

Обязан сказать то же, что говорил в других главах.

Это наблюдения. Сила хвата предсказывает, но из предсказания не следует, что она же и причина. Сильный человек в семьдесят пять отличается от слабого не только силой хвата.

Поэтому не стоит понимать это как «тренируйте кисть, и проживёте дольше». Смысл другой: сила хвата это удобный индикатор общего состояния, и она показывает, сколько у вас осталось запаса.

Индикатор, а не рычаг.

ЧТО ДАЛЬШЕ

Дальше вся вторая часть.

Каждая следующая глава отвечает на вопрос, что нужно делать сейчас, чтобы ваши пять пунктов были выполнимы тогда.

Мышцы, движение, сон, питание, показатели, которые стоит проверять. Ничего экзотического и почти ничего платного.

И каждый раз, когда очередная глава покажется вам скучной и очевидной, возвращайтесь к своему списку на предыдущей странице. Он объясняет, зачем всё это.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

1. Исследование связи мышечной силы с выживаемостью у пожилых женщин: сохранение связи после учёта уровня физической активности, времени сидячего положения, скорости ходьбы и уровня С-реактивного белка. Прибавка силы хвата примерно на семь килограммов связана со снижением смертности в среднем на двенадцать процентов. Руководитель исследования Майкл Ламонте, Университет в Буффало. Журнал JAMA Network Open.

2. Обзор о силе кисти как предикторе синдрома старческой астении: согласованность с общей силой, функцией верхних конечностей, минеральной плотностью костей, падениями и переломами, когнитивными нарушениями, качеством жизни. Связь слабой силы кисти с показателями общей смертности.

Почему «в норме» это не одно число

Вы держите бланк.

Слева названия, справа ваши цифры, посередине колонка, которая называется «референсные значения» или просто «норма». Одна строчка выделена. Ваш показатель вышел за границу на несколько десятых.

Дальше происходит одно из двух. Либо вам говорят «всё в порядке, приходите через год», и вы уходите с ощущением, что вас не дослушали. Либо вам говорят «вот тут отклонение», и дальше начинается то, что стоит денег.

И в том и в другом случае вы принимаете чужое решение, потому что не знаете, что означает эта колонка.

Она означает не то, что вы думаете.

ОТКУДА БЕРЁТСЯ ЧИСЛО НА БЛАНКЕ

Понятие референсного интервала появилось в конце шестидесятых. Его предложили Грасбек и Сарис, и представлено оно было на конгрессе Скандинавского общества в тысяча девятьсот шестьдесят девятом году. До этого в ходу были «нормальные значения», у которых не было точного определения вообще.

Считается интервал так.

Берут большую выборку клинически здоровых людей, сгруппированных по полу, возрасту и другим признакам. Измеряют у них показатель. Получают распределение.

Дальше отсекают по два с половиной процента с каждого края. Оставшиеся девяносто пять процентов в середине и становятся той самой колонкой на бланке.

Прочитайте предыдущий абзац ещё раз, потому что из него следует всё остальное в этой главе.

СЛЕДСТВИЕ ПЕРВОЕ: ПЯТЬ ПРОЦЕНТОВ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

ИЗНАЧАЛЬНО НЕ В НОРМЕ

Если в интервал по построению попадают девяносто пять процентов здоровых, значит, пять процентов здоровых в него не попадают.

Не больных. Здоровых.

Их результаты просто отбросила статистика, когда интервал считали. У этих людей от природы показатель чуть выше или чуть ниже, и это их норма, а не отклонение.

То есть примерно каждый двадцатый здоровый человек, сдав любой анализ, увидит у себя цифру за границей.

Это не сбой лаборатории и не редкий случай. Это заложено в определение.

СЛЕДСТВИЕ ВТОРОЕ, САМОЕ ДОРОГОЕ

Теперь простая арифметика, которую можно проверить на калькуляторе за минуту.

Допустим, вероятность того, что один ваш показатель выйдет за границу, составляет пять процентов. Значит, вероят-

ность того, что он останется внутри, девяносто пять процентов, или ноль целых девяносто пять сотых.

Вы сдаёте не один показатель. Вы сдаёте комплекс.

Вероятность того, что все двадцать показателей окажутся внутри границ, это ноль целых девяносто пять сотых в двадцатой степени. Получается около тридцати шести процентов.

Значит, вероятность того, что хотя бы один вылезет, около шестидесяти четырёх процентов.

При двадцати восьми показателях та же арифметика даёт уже около семидесяти шести процентов.

Прочитайте это ещё раз.

Если вы совершенно здоровый человек и сдаёте панель из двадцати восьми анализов, примерно в трёх случаях из четырёх у вас что-нибудь найдут.

Не потому что с вами что-то не так. Потому что вы сдали двадцать восемь анализов.

Именно поэтому фраза «сдайте на всякий случай побольше» почти всегда заканчивается тем, что вам есть что обсудить на следующем приёме. Это устроено так математически, независимо от вашего здоровья и от добросовестности лаборатории.

Отсюда простое правило. Анализ имеет смысл, когда есть вопрос, на который он отвечает. Анализ без вопроса это не информация, а лотерея, и выигрывает в ней не тот, кто платил.

СЛЕДСТВИЕ ТРЕТЬЕ: У РАЗНЫХ ЛАБОРАТОРИЙ РАЗНАЯ НОРМА

Единого диапазона для всех показателей не существует. Лаборатории указывают в бланках те интервалы, которые утверждены у них, и они зависят от метода измерения, оборудования и той выборки, на которой интервал считали.

Практический вывод из этого один, и он экономит и деньги, и нервы.

Сравнивать между собой можно только анализы, сданные в одной лаборатории. Ваш прошлогодний результат из одного места и сегодняшний из другого могут отличаться не потому, что с вами что-то произошло, а потому, что считали по-разному.

Если вы следите за показателем в динамике, ходите в одно и то же место. Это не про лояльность, это про то, чтобы цифры вообще было с чем сравнивать.

НОРМА И ОПТИМУМ ЭТО НЕ ОДНО И ТО ЖЕ

Референсный интервал отвечает на вопрос: часто ли такая цифра встречается у здоровых людей.

Он не отвечает на вопрос: хорошо ли вам с такой цифрой.

Это разные вопросы, и путать их дорого. Показатель может быть у самой нижней границы, формально в норме, и при этом объяснять, почему вы полгода просыпаетесь разбитым. Формально придраться не к чему, а вопрос остаётся открытым.

Здесь начинается пространство, в котором работает целая индустрия. Она предлагает вам «оптимальные» диапазоны вместо референсных, и иногда это осмысленно, а иногда это просто способ сделать здорового человека клиентом.

Разбирать конкретные показатели мы будем в третьей части, по темам. Пока запомните само различие: норма это про статистику, оптимум это про вас, и второе всегда обсуждается с врачом, а не с продавцом.

ОДНА ТОЧКА НИЧЕГО НЕ ЗНАЧИТ

Любой показатель колеблется. В течение суток, в зависимости от еды, сна, нагрузки накануне, времени года, недавней простуды.

Одно измерение это одна точка. По одной точке нельзя провести линию.

Поэтому опытный врач редко принимает решение по одной цифре, а чаще просит пересдать или посмотреть в динамике. Это не перестраховка и не способ вытянуть из вас ещё денег. Это единственный способ отличить ваше обычное состояние от случайного колебания.

Практический вывод. Если один показатель слегка вышел за границу, а самочувствие обычное, самое разумное действие почти всегда одно: пересдать через некоторое время в той же лаборатории и посмотреть, куда движется цифра.

ВАЖНАЯ ОГОВОРКА

Всё написанное выше не означает, что отклонения можно игнорировать.

Оно означает ровно одно: отклонение это повод задать вопрос, а не повод для паники и не повод для покупки.

Есть показатели, где выход за границу требует внимания немедленно, и есть ситуации, где решение принимается по одной цифре. Отличить одно от другого может врач, у кото-

рого есть ваша история, ваши жалобы и результат осмотра. У бланка ничего этого нет.

Задача этой главы не в том, чтобы вы перестали обращать внимание на анализы. Она в том, чтобы вы перестали пугаться звёздочки на бланке и начали спрашивать, что она означает именно у вас.

ЧТО СПРОСИТЬ

Четыре вопроса, которые превращают бланк в информацию.

Первый: этот показатель вышел за границу насколько. На десятые или в разы. Разница принципиальная.

Второй: это отклонение вообще о чём-нибудь говорит при моих жалобах. Или оно случайное.

Третий: имеет смысл пересдать. И если да, то через какое время и в той же лаборатории.

Четвёртый, если предлагают обследоваться дальше: что изменится в моём лечении в зависимости от результата. Если ответ «ничего», обследование можно обсудить отдельно.

Связь со списком: чтобы в восемьдесят вы принимали решения о себе сами, вам нужно понимать собственные бумаги. Эта глава про это.

КОРОТКО

Референсный интервал это середина девяносто пяти процентов здоровых людей. Пять процентов здоровых по построению вне нормы. При двадцати восьми анализах примерно в трёх случаях из четырёх что-нибудь найдут у любого. Норма у разных лабораторий разная, сравнивать можно только внутри одной. Норма это про статистику, оптимум это про вас. Одна точка не линия. Динамика важнее точки. Отклонение это вопрос, а не диагноз и не покупка.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

(идут в общий список на стр. 280)

1. Определение референсного интервала как центрального девяностопятипроцентного диапазона, отсечение по два с половиной процента с каждого края. Материалы по лабораторной диагностике. Отсюда: механика построения интервала.

2. История понятия: Грасбек и Сарис, конец шестидесятых, представление на конгрессе Скандинавского общества в тысяча девятьсот шестьдесят девятом году.

3. Положение о том, что у пяти процентов здоровых людей значение выходит за рамки диапазона и это не обязательно указывает на патологию.

4. Положение о том, что единого диапазона не существует и лаборатории указывают собственные утверждённые интервалы.

5. Расчёт вероятности хотя бы одного отклонения при множественном тестировании: собственный расчёт автора по правилу пяти процентов, приведён в тексте полностью и проверяется на калькуляторе.

Показатель за четыреста рублей, который почти никому не назначают

Утром вы просыпаетесь уже уставшим. Кофе не помогает.

Волосы остаются на расчёске, в сливе душа, на подушке. Ногти слоятся. Кожа бледнее обычного. Синяки появляются непонятно откуда. Вечером тяжело, днём тоже тяжело.

Вы идёте и сдаёте общий анализ крови.

Гемоглобин в норме.

И вам говорят: больше спите, поменьше нервничайте, это осень, это возраст, это стресс.

Дальше вы либо соглашаетесь и живёте так ещё год, либо идёте покупать что-нибудь бодрящее. Оба варианта не бесплатные.

А между тем в этой ситуации есть анализ, который стоит примерно как две чашки кофе, назначают его редко, и он объясняет эту картину чаще, чем всё остальное вместе.

ПОЧЕМУ ГЕМОГЛОБИН НЕ ВИДИТ ПРОБЛЕМУ

Организм расходует железо не сразу.

Сначала он тратит запасы. Есть склад, и пока на складе что-то есть, гемоглобин держится в норме, потому что организм достает оттуда недостающее.

Гемоглобин это последний рубеж. Он падает тогда, когда склад уже пуст.

То есть между «железа стало не хватать» и «гемоглобин показал анемию» проходит целый этап, иногда очень длинный. На этом этапе человек уже чувствует всё то, что описано выше, а стандартный анализ крови показывает, что всё хорошо.

Это состояние называют латентным или скрытым дефицитом железа. Оно распространённое, особенно у женщин репродуктивного возраста, и самая частая его причина у них обильные или длительные менструации.

Показатель, который видит склад, а не последний рубеж, называется ферритином.

ГДЕ ЗДЕСЬ ЛОВУШКА С «НОРМОЙ»

Помните предыдущую главу про то, что норма это не одно число.

Ферритин это, пожалуй, самый наглядный случай.

Референсные значения лабораторий по нижней границе часто начинаются где-то от десяти или пятнадцати единиц.

При этом в действующих клинических рекомендациях порогом, ниже которого речь идёт о дефиците, указано значение тридцать.

Причём рекомендации смотрят не на него одного. Рядом стоят ещё два критерия: насыщение трансферрина железом ниже семнадцати процентов и сывороточное железо ниже определённого уровня. Запомните это: даже там, где есть чёткий порог, по одной цифре не судят.

Посчитайте, что это означает на бланке.

Человек с показателем восемнадцать формально в норме. Звёздочки нет, красным не выделено, придраться не к чему. И

при этом он находится ниже того порога, с которого обычно начинают разбираться.

Он уходит домой с бумажкой, где написано «в пределах референсных значений», и с тем же самочувствием, с которым пришёл.

Это не ошибка лаборатории. Лаборатория честно напечатала свой интервал. Просто интервал отвечает на вопрос «часто ли так бывает у здоровых», а не на вопрос «хорошо ли вам с этой цифрой».

ПОЧЕМУ ЕГО РЕДКО НАЗНАЧАЮТ

Причин несколько, и ни одна из них не заговор.

Первая: симптомы неспецифичны. Усталость, выпадение волос, слабость бывают при десятке разных состояний, и врач за пятнадцать минут выбирает, с чего начать.

Вторая: общий анализ крови привычнее и дешевле, он входит в стандартные наборы, а ферритин чаще нужно запрашивать отдельно.

Третья, и самая важная для этой книги: за этим анализом никто не стоит.

У ферритина нет производителя. Нет бренда, нет рекламного бюджета, нет представителя, который зайдёт к врачу в четверг. Это просто строчка в прайсе лаборатории за несколько сотен рублей.

Сравните с тем, сколько раз за последний год вы слышали про какой-нибудь комплекс «для энергии».

Вот об этом вся книга, в одном показателе.

ОБРАТНАЯ ЛОВУШКА, О КОТОРОЙ НАДО ЗНАТЬ

Здесь необходимо сказать то, о чём часто забывают в популярных статьях.

Ферритин это не только показатель запасов железа. Он ещё и реагирует на воспаление. При воспалительных процессах он может подниматься независимо от того, сколько железа у вас на складе.

Практическое следствие неприятное: нормальный или высокий ферритин не всегда означает, что с железом всё в порядке. Он может быть поднят воспалением, а склад при этом пустой.

Именно поэтому этот показатель не читают в одиночку. Его смотрят вместе с общим анализом крови, вместе с показателями воспаления и вместе с вашими жалобами.

И именно поэтому в этой главе не будет ни одной инструкции вида «если у вас меньше стольки, принимайте столько».

САМОЕ ВАЖНОЕ В ЭТОЙ ГЛАВЕ

Сейчас будет абзац, ради которого она написана.

Прочитав всё вышеизложенное, естественно захотеть пойти и купить железо. Не делайте этого.

Железо это не витамин, который «лишним не будет». Организм умеет его запасать и почти не умеет от него избавляться. Приём железа человеком, у которого дефицита нет, не даёт пользы и создаёт проблемы. Есть люди, у которых железо накапливается по наследственным причинам, и для них самостоятельный приём прямо опасен.

Плюс, как вы только что прочитали, по одной цифре вообще нельзя понять, есть дефицит или он замаскирован воспалением.

Поэтому правильное действие после этой главы ровно одно и оно стоит несколько сотен рублей.

Сдать анализ и пойти с результатом к врачу.

Не купить банку. Сдать анализ.

Это, кстати, отличная проверка для любого источника, который рассказывает вам про ферритин. Если человек объясняет, как всё устроено, и заканчивает ссылкой на добавку, вы теперь знаете, что это было.

ЧТО ДЕЛАТЬ НА ПРАКТИКЕ

Если картина из начала главы про вас, разумная последовательность такая.

Сдать общий анализ крови и ферритин вместе, в одной лаборатории. По отдельности они говорят меньше.

Не смотреть только на звёздочки. Посмотреть само число и сравнить его не только с нижней границей бланка, но и с порогами, о которых написано выше.

Прийти к врачу с обоими результатами и с описанием жалоб. Не с вопросом «что мне попить», а с вопросом «о чём это говорит».

Если ферритин низкий, спросить отдельно, почему. Дефицит железа это не диагноз, а следствие. У него всегда есть причина, и разбираться нужно с ней, а не только с показателем.

ВАЖНАЯ ОГОВОРКА

Всё описанное не означает, что усталость и выпадение волос всегда про железо. Симптомы неспецифичны, и за ними могут стоять совершенно другие вещи, включая те, которые требуют внимания гораздо быстрее.

Смысл главы не в том, чтобы вы поставили себе диагноз. Смысл в том, что существует дешёвый и информативный показатель, о котором вам скорее всего не рассказали, и что его имеет смысл обсудить.

Связь со списком: «дойти до парка и вернуться» начинается с того, что у вас есть силы выйти. Иногда причина именно здесь.

КОРОТКО

Гемоглобин это последний рубеж. Он падает, когда запасы уже кончились. Ферритин показывает сами запасы. Нижняя граница на бланке и порог, с которого начинают разбираться, это разные числа. Формально «в норме» и «достаточно» не одно и то же. Ферритин растёт при воспалении, поэтому в одиночку он не читается. Правильное действие после этой главы: сдать анализ, а не купить банку. Дефицит железа это следствие. Причину нужно искать.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

(идут в общий список на стр. 280)

1. Материалы о латентном дефиците железа: снижение ферритина при сохранении нормального гемоглобина, невидимость состояния в стандартном анализе крови.

2. Клинические рекомендации «Железодефицитная анемия», год утверждения 2021. Отсюда: пороговое значение сывороточного ферритина менее 30 нг/мл или мкг/л, насыщение трансферрина железом менее 17 процентов, сывороточное железо менее 12,5 мкмоль/л как сопутствующие критерии.

2а. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии, Национальное общество детских гематологов и онкологов. Подтверждают те же значения.

3. Материалы о распространённости скрытого дефицита железа у женщин репродуктивного возраста и о том, что наиболее частой причиной являются обильные или длительные менструации.
4. Материалы о ферритине как показателе острой фазы и о возможности его повышения при воспалительных процессах.
5. Материалы о рисках приёма препаратов железа при отсутствии дефицита и о наследственных состояниях с накоплением железа.

Что проверять и в каком возрасте

Если из всей книги вы запомните одну главу, пусть это будет эта.

Она про набор обследований, который вам положен по возрасту. Он существует, он описан в приказе, который может открыть любой человек, и он бесплатный.

Именно поэтому вы про него почти ничего не знаете.

СНАЧАЛА ПРО ГЛАВНОЕ

У нас есть программа, которая называется диспансеризацией. Порядок её проведения утверждён приказом Министерства здравоохранения от двадцать седьмого апреля две тысячи двадцать первого года номер четыреста четыре н, с более поздними изменениями.

Проходить её можно с восемнадцати лет. Без жалоб. Даже если ничего не болит.

Периодичность зависит от возраста.

С восемнадцати до тридцати девяти лет раз в три года. Практически это означает, что ваш год приходит тогда, когда год рождения делится на три.

С сорока лет ежегодно.

Отдельные категории граждан имеют право проходить её ежегодно независимо от возраста.

ЧТО ТУДА ВХОДИТ

Не буду переписывать сюда весь приказ, он открытый и есть в интернете. Важна структура.

Программа состоит из двух этапов.

Первый этап проходят все. В него входит анкетирование, измерение роста, веса и давления, анализы крови на глюкозу и холестерин, анализ мочи. Электрокардиограмма при первом визите, а с определённого возраста ежегодно. Флюорография с установленной периодичностью.

Дальше набор расширяется в зависимости от возраста и пола, и туда входят обследования, направленные на раннее выявление онкологических заболеваний.

Второй этап назначают не всем, а тем, у кого на первом что-то нашли или заподозрили. Там дополнительные анализы и консультации специалистов.

По результатам вам определяют группу здоровья и дают заключение.

ЧТО ИМЕННО ВАМ ПОЛОЖЕНО, ПО ВОЗРАСТУ

Теперь конкретика, ради которой глава и написана. Сразу оговорюсь: набор пересматривают, и приведённое ниже это положение дел на момент написания. Перед походом стоит свериться, но общая логика устойчива.

БАЗОВОЕ, ЧТО ДЕЛАЮТ ВСЕМ

Рост, вес, окружность талии, индекс массы тела. Артериальное давление. Уровень глюкозы. Липидный профиль. Анкета о жалобах и факторах риска. Флюорография с установленной периодичностью. Общий анализ крови, обычно с сорока лет.

ОНКОСКРИНИНГИ, И ЭТО САМОЕ ЦЕННОЕ

Вот то, что действительно отличает диспансеризацию от «сдать анализы».

Женщинам: цитологическое исследование мазка с шейки матки с восемнадцати до шестидесяти четырёх лет, раз в три года. Маммография с сорока лет, раз в два года.

Мужчинам: анализ на простат-специфический антиген в сорок пять, пятьдесят, пятьдесят пять, шестьдесят и шестьдесят четыре года.

Всем: гастроскопия в сорок пять лет. Исследование кала на скрытую кровь с сорока до шестидесяти четырёх лет раз в два года, а после шестидесяти четырёх ежегодно.

Прочитайте этот список ещё раз.

Это скрининги на четыре онкологических заболевания. Бесплатно. По возрасту. Без жалоб.

Теперь вспомните, сколько раз вам предлагали «онкомаркеры» за деньги и сколько раз кто-нибудь напомнил про то, что перечислено выше.

ЧТО ДОБАВИЛОСЬ НЕДАВНО

Скрининг на вирусные гепатиты для людей старше двадцати пяти лет, раз в десять лет.

Отдельный блок оценки репродуктивного здоровья для возраста от восемнадцати до сорока девяти лет. У женщин туда входит осмотр, мазки и, по новым правилам, тест на вирус папилломы человека. У мужчин консультация уролога или хирурга.

ЧТО ЭТО ЗНАЧИТ ПРАКТИЧЕСКИ

Возьмите свой возраст и посмотрите, что вам положено.

Если вам сорок пять, в этом году вам полагается гастроскопия, а мужчине ещё и анализ на простатический антиген. Ни то, ни другое не нужно оплачивать.

Если вам сорок два, женщине полагается маммография и анализ кала на скрытую кровь.

Если вам двадцать восемь, полагается цитологический мазок и, по новым правилам, проверка на гепатиты.

Никакой особой хитрости здесь нет. Просто об этом никто не напоминает, потому что напоминать некому.

ОДНА ВАЖНАЯ ОГОВОРКА ПРО ЭТИ ЦИФРЫ

Возрастные границы и периодичность менялись и, скорее всего, будут меняться дальше.

Мне встречались материалы, где приводятся другие интервалы: например, маммография с тридцати девяти до сорока восьми лет раз в три года и с пятидесяти до семидесяти раз в два года. Это положения более ранней редакции.

Отсюда практический вывод, который важнее любых конкретных чисел. Не спорьте в регистратуре, опираясь на книгу. Спросите маршрутный лист и посмотрите, что в нём. Если чего-то, что кажется положенным по возрасту, там нет, спросите почему. Ответ может быть корректным: правила изменились.

ФАКТ, КОТОРЫЙ ЗНАЮТ ЕДИНИЦЫ

Работодатель обязан отпустить вас на диспансеризацию с сохранением места и заработка. Это статья сто восемьдесят пять точка один Трудового кодекса.

До сорока лет один оплачиваемый рабочий день раз в три года.

С сорока лет один оплачиваемый рабочий день ежегодно.

Работникам предпенсионного возраста и работающим пенсионерам два оплачиваемых дня ежегодно.

Механика простая: вы пишете заявление с датой, работодатель издаёт приказ.

Спросите себя, когда вы последний раз слышали об этом праве. И от кого.

ПОЧЕМУ ВАМ ЭТОГО НЕ РАССКАЗАЛИ

Ответ вы уже знаете, потому что читали предыдущие главы.

На бесплатном обследовании нельзя заработать.

У диспансеризации нет производителя. Нет бренда. Нет рекламного бюджета. Никто не купит вам таргетированную рекламу с напоминанием, что в этом году ваш год рождения делится на три.

Сравните с тем, сколько раз за последний год вам предлагали платный чекап. Там наценка есть, поэтому есть и реклама, и красивый сайт, и скидка до конца недели.

Это ровно та механика, которой посвящена вся книга, и здесь она видна лучше всего. Полезное и бесплатное молчит. Платное говорит громко.

ЧЕСТНО ПРО ОГРАНИЧЕНИЯ

Было бы нечестно закончить главу на этом, поэтому скажу и вторую половину.

Программа существует на бумаге в одном виде, а в конкретной поликлинике может выглядеть иначе. Где-то её проводят внимательно, где-то формально. Люди рассказывают и о хорошем опыте, и о том, что их отправили ходить по кабинетам самостоятельно.

Кроме того, диспансеризация это скрининг, а не разбор ваших жалоб. Она отвечает на вопрос «нет ли чего-то, что обычно находят у людей вашего возраста». Она не отвечает на вопрос «почему я полгода просыпаюсь разбитым».

Если у вас есть конкретная жалоба, идти нужно с ней и отдельно. Диспансеризация её не заменяет и не должна.

И третье. Скрининг это не только польза. В главе про норму вы уже видели арифметику: чем больше показателей вы проверяете, тем выше вероятность что-нибудь найти у совершенно здорового человека. Поэтому набор обследований в программе ограничен и составлен не случайно, а по возрасту и полу. Расширять его самостоятельно «на всякий случай» не всегда хорошая идея.

ЧТО СДЕЛАТЬ НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ

Первое. Проверьте, ваш ли это год. До сорока смотрите, делится ли год рождения на три. После сорока ваш каждый.

Второе. Запишитесь. Через портал государственных услуг или в своей поликлинике. Понадобятся паспорт и полис.

Третье. Если вы работаете, напишите заявление на оплачиваемый день. Вы имеете на него право, и это не одолжение.

Четвёртое. Придя, попросите маршрутный лист и посмотрите, что в нём. Сверьте с тем, что положено вам по возрасту и полу. Если чего-то не хватает, спросите почему.

Пятое. Заключение и результаты сохраните. Они попадают в электронную карту, и через год вам будет с чем сравнивать. Помните главу про то, что одна точка не линия.

ВАЖНАЯ ОГОВОРКА

Эта глава не медицинская рекомендация и не индивидуальный план обследований.

Конкретный набор для конкретного человека зависит от возраста, пола, семейной истории и уже имеющихся состояний. Всё это определяет врач, а не книга.

Задача главы в другом. Показать, что базовый набор существует, что он бесплатный, что он описан в открытом документе, и что о нём вам скорее всего никто не напоминал, потому что напоминать некому.

Связь со списком: почти всё, что попадает в ваши пять пунктов, отнимается тем, что нашли поздно. Эта глава про то, чтобы находить вовремя.

КОРОТКО

Диспансеризация бесплатна и доступна с восемнадцати лет. До сорока раз в три года, после сорока ежегодно. Порядок утверждён приказом, его можно открыть и прочитать. Работодатель обязан дать оплачиваемый день, это Трудовой кодекс. Про это не рассказывают, потому что на этом нельзя заработать. Скрининг не заменяет разбор конкретной жалобы. Расширять набор «на всякий случай» не всегда полезно. Результаты сохраняйте: через год будет с чем сравнить.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

(идут в общий список на стр. 280)

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 года № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения».

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 сентября 2023 года № 515н о внесении изменений в порядок, утверждённый приказом № 404н.

3. Трудовой кодекс Российской Федерации, статья 185.1. Отсюда: гарантии работникам при прохождении диспансеризации, количество оплачиваемых дней по возрастным группам.

4. Материалы о периодичности прохождения по возрасту и о структуре двух этапов.

5. Публикации о составе диспансеризации по состоянию на 2026 год: базовые измерения и анализы; цитологическое исследование мазка с шейки матки для женщин с 18 до 64 лет раз в три года; маммография с 40 лет раз в два года; определение простат-специфического антигена у мужчин в 45, 50, 55, 60 и 64 года; гастроскопия в 45 лет; исследование кала на скрытую кровь с 40 до 64 лет раз в два года и ежегодно после 64; скрининг на вирусные гепатиты старше 25 лет раз в десять лет; блок оценки репродуктивного здоровья для 18-49 лет с включением теста на вирус папилломы человека.

6. Публикации, приводящие иные возрастные интервалы по маммографии и исследованию кала на скрытую кровь, соответствующие более ранней редакции порядка.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ · ГЛАВА

«Снижает риск вдвое». С чего и до чего

Есть одна фраза, которая работает безотказно.

«Снижает риск на пятьдесят процентов».

Её печатают на упаковках, произносят в передачах, ставят в заголовки. Она звучит одинаково убедительно для лекарства за четыре тысячи и для добавки за девятьсот рублей.

И она почти всегда правда.

Проблема в том, что эта фраза не сообщает вам самого главного. Она говорит, во сколько раз. И молчит о том, с чего и до чего.

Это две совершенно разные вещи, и разница между ними бывает пятнадцатикратной.

ДВА СПОСОБА СКАЗАТЬ ОДНО И ТО ЖЕ

Начнём с самого известного примера в этой области. Его разбирает Герд Гигеренцер, немецкий исследователь, который двадцать лет занимается тем, как люди понимают медицинские числа.

Изучали препарат для снижения холестерина. В группе, которая его не принимала, за время наблюдения умерли сорок один человек из тысячи. В группе, которая принимала, тридцать два из тысячи.

Посчитаем двумя способами.

Способ первый. Разница между сорока одним и тридцатью двумя это девять человек на тысячу. Девять на тысячу это ноль целых девять десятых процента. Называется снижением абсолютного риска.

Способ второй. Те же девять человек, но делим их не на тысячу, а на сорок один, то есть на исходное число. Получается двадцать два процента. Называется снижением относительного риска.

Одни и те же данные. Одно и то же исследование. Одна и та же таблица.

Ноль целых девять десятых процента или двадцать два процента.

Угадайте, какая из этих цифр попадает в рекламу.

ЕЩЁ ОДИН ПРИМЕР, ЕЩЁ ЯСНЕЕ

Про маммографию вы наверняка слышали формулировку: раннее выявление снижает риск умереть от рака груди на двадцать пять процентов.

Двадцать пять процентов звучит внушительно. Каждая четвёртая спасённая жизнь, если читать не задумываясь.

Гигеренцер с соавторами разбирают, что за этим стоит. Из тысячи женщин, участвующих в скрининге, на одну умершую становится меньше.

Одна на тысячу. И двадцать пять процентов. Это одно и то же число, описанное по-разному.

Здесь важно не сделать неверный вывод. Это не аргумент против маммографии, у которой есть и другие эффекты, и отдельная доказательная база. Это аргумент против того, чтобы принимать решение, увидев только первую формулировку и не увидев второй.

ДЕЛО НЕ В ТОМ, ЧТО ВЫ ПЛОХО СЧИТАЕТЕ

Здесь обычно возникает неприятное чувство: наверное, это я чего-то не понимаю, а люди поумнее разбираются.

Не разбираются.

Хоффраге и Гигеренцер проверили это на сорока восьми практикующих врачах в Мюнхене и Дюссельдорфе. Задача была простая: по данным о четырёх диагностических тестах определить, что означает положительный результат.

Когда данные давали в привычном виде, через вероятности и проценты, врачи отвечали правильно в десяти процентах случаев.

В десяти. Практикующие врачи. В своей собственной области.

Дальше самое интересное. Тем же врачам давали те же самые данные, но записанные иначе: не «восемьдесят процентов», а «восемь женщин из десяти». Не проценты, а люди.

Доля правильных ответов выросла до сорока шести процентов.

Данные не изменились. Изменилась форма записи. Этого хватило, чтобы результат вырос почти впятеро.

Обратите внимание и на вторую половину этого результата. Сорок шесть процентов это всё ещё меньше половины. Даже удобная запись не делает задачу простой. Она делает её решаемой.

Так что если вы теряетесь в медицинских процентах, вы в совершенно обычном положении. Дело не в вашей арифметике, а в том, как эти числа принято подавать.

КАК ЭТА ФОРМУЛИРОВКА РАБОТАЕТ НА ЛЮДЯХ

Это тоже измеряли, и не один раз.

В обзорах и метаанализах, посвящённых подаче медицинских данных, результат повторяется. Когда пользу от вмешательства показывают через относительное снижение риска, и обычные люди, и медицинские работники оценивают эту пользу как более значительную, чем когда те же данные показывают через абсолютное снижение.

Есть исследование ещё занятнее. Людям предлагали решить, согласны ли они на лечение, меняя при этом заявленную величину относительного снижения риска. При снижении на десять процентов согласились сорок девять процентов опрошенных. При снижении больше десяти процентов согласились пятьдесят восемь и шестьдесят.

Обратите внимание на разброс. Величина эффекта менялась в разы, а готовность согласиться почти нет. Авторы делают вывод, что в относительных величинах люди с трудом отличают сильный эффект от слабого.

То есть относительная цифра не только преувеличивает. Она ещё и стирает разницу между хорошим средством и посредственным.

И третье исследование, про скрининг рака простаты. Двести человек, которым давали данные о снижении риска в четырёх разных формах. Общая точность понимания составила двадцать процентов.

Но вот что важно. Когда к цифре добавляли исходный риск, точность заметно вырастала в обеих группах. А без исходного риска абсолютная формулировка давала ноль процентов правильных ответов.

Ноль. Абсолютная цифра сама по себе тоже не спасает, если не сказано, от чего считали.

Отсюда простое следствие. Полезны не проценты, а два числа, между которыми произошло изменение.

ПОЧЕМУ ЭТО НЕ ПРИДИРКА

Легко подумать, что это игра словами, а суть одна.

Суть не одна. Проще всего это видно, когда одно и то же средство применяют к разным людям.

Возьмём препараты, снижающие холестерин, и двух человек.

Первый: мужчина шестидесяти пяти лет, курит, давление повышено, холестерин высокий, сердечных заболеваний пока нет. Его собственный риск на ближайшие десять лет оценивается примерно в тридцать девять процентов. Лечение снижает его абсолютный риск примерно на девять процентов.

Вторая: женщина сорока пяти лет, не курит, холестерин повышен, давление слегка повышено. Её риск на те же десять лет около полутора процентов. Снижение абсолютного риска у неё около шести десятых процента.

Одно и то же лекарство. Одна и та же цифра в рекламе.

Разница в реальной пользе примерно в пятнадцать раз.

Вот что скрывается за фразой «снижает риск». Она описывает лекарство. Она ничего не говорит о вас.

ЧИСЛО, КОТОРОЕ ВСЁ СТАВИТ НА МЕСТО

У врачей есть показатель, который переводит проценты на человеческий язык. Называется он числом больных, которых нужно пролечить.

Смысл простой. Сколько человек должны принимать средство, чтобы одному из них стало лучше.

Для того мужчины из примера это число около одиннадцати. Одиннадцать человек принимают, один получает пользу.

Для той женщины оно около ста шестидесяти шести. Сто шестьдесят шесть принимают, один получает пользу.

Это не значит, что ей нельзя. Это значит, что для неё и для него это фактически два разных решения, хотя на упаковке написано одно и то же.

Считается этот показатель элементарно: единица, делённая на снижение абсолютного риска. При снижении на один процент получается сто человек на одного. При снижении на десять процентов получается десять.

Запомните это словосочетание. Его печатают в исследованиях и почти никогда в рекламе, и причина ровно та, которую вы уже поняли.

ГДЕ ВЫ ЭТО ВСТРЕТИТЕ

Чаще всего не в аптеке. Чаще всего в заголовке.

«Этот продукт снижает риск на треть». «Дефицит повышает риск вдвое». «У тех, кто принимает, риск ниже на сорок процентов».

С добавками эта механика работает так же, а часто и грубее, потому что там за формулировками обычно стоят наблюдательные исследования, а не сравнение с плацебо.

Каждый раз, встречая такую фразу, задавайте один вопрос.

С чего и до чего.

Если снижение вдвое означает переход с двадцати процентов на десять, это огромная новость. Если оно означает переход с одной сотой процента на пять тысячных, это не новость вообще, хотя формулировка не изменится ни на слово.

И почти всегда, когда в тексте есть только относительная цифра без абсолютной, это сделано не по небрежности.

ЧТО С ЭТИМ ДЕЛАТЬ НА ПРАКТИКЕ

Четыре вопроса, которые закрывают тему.

Первый: это относительная цифра или абсолютная. Если написано «на пятьдесят процентов» и нигде рядом нет двух чисел, между которыми произошло снижение, значит, относительная.

Второй: каким был исходный риск. Без него не значит ничего ни относительная цифра, ни абсолютная. Это и показало исследование про скрининг простаты: без исходного риска точность понимания падала до нуля.

Третий: какой у меня собственный риск. Именно он превращает красивый процент в реальную пользу или в ничто. У человека с низким исходным риском любое средство даёт мало, просто потому что снижать почти нечего.

Четвёртый: сколько человек должны это принимать, чтобы одному стало лучше. Этот вопрос можно задать врачу дословно. Он вполне обычный, и хороший врач на него ответит.

Есть ещё приём, который проще всех перечисленных. Просите переводить проценты в людей. Не «на двадцать пять процентов», а «сколько человек из тысячи». Исследование с врачами показало, что такая форма записи резко улучшает понимание даже у профессионалов.

ВАЖНАЯ ОГОВОРКА

Всё, что здесь написано, про чтение цифр. Не про то, принимать или не принимать.

Если вам что-то назначено, эта глава не повод отменять назначенное. Она повод прийти на следующий приём с вопросами получше.

Разница между относительным и абсолютным риском не делает лекарства бесполезными. Она делает бесполезными обещания, в которых есть только первая цифра и нет второй.

Тому мужчине из примера препарат нужен. У него снижение абсолютного риска девять процентов, и это очень много. Просто из рекламы, где написано «снижает риск», вы не узнаете ни его историю, ни её.

Связь со списком: каждый раз, когда вам предложат что-то «для профилактики», решать будете вы. Эта глава про то, чем вы будете решать.

КОРОТКО

Относительный риск говорит, во сколько раз. Абсолютный риск говорит, сколько это в людях. В рекламу попадает только первый. Без исходного риска не работает ни один из них. Одна и та же цифра может означать пользу и может означать ничего, в зависимости от того, какой риск был у вас до. Просите переводить проценты в людей на тысячу. Вопрос на всю оставшуюся жизнь: с чего и до чего.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

(идут в общий список на стр. 280)

1. Gigerenzer G., Gaissmaier W., Kurz-Milcke E., Schwartz L. M., Woloshin S. Helping Doctors and Patients Make Sense of Health Statistics. Psychological Science in the Public Interest, 2007, том 8, с. 53–96. Отсюда: пример с маммографией, общая рамка главы.

2. Gigerenzer G. Calculated Risks: How to Know When Numbers Deceive You. Simon and Schuster, 2002. Отсюда: разбор препарата для снижения холестерина, сорок один и тридцать два на тысячу.

3. Hoffrage U., Gigerenzer G. Using natural frequencies to improve diagnostic inferences. Academic Medicine, 1998, май, том 73, выпуск 5, страницы 538–540. doi: 10.1097/00001888-199805000-00024 Сорок восемь врачей в Мюнхене и Дюссельдорфе, четыре диагностические задачи. При подаче через вероятности правильные ответы в 10 процентах случаев, при подаче через натуральные частоты в 46 процентах.

4. Covey J. A meta-analysis of the effects of presenting treatment benefits in different formats. Medical Decision Making, 2007, том 27, с. 638–654. Отсюда: относительная подача воспринимается как более значительная.

5. Trevena L. J. и соавторы. A systematic review on communicating with patients about evidence. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2006, том 12, выпуск 1, с. 13–23.

6. Рандомизированное поперечное исследование восприятия относительного снижения риска обычными людьми. Отсюда: сорок девять процентов согласия при снижении на десять процентов, пятьдесят восемь и шестьдесят при большем снижении.

7. Исследование понимания снижения риска при скрининге рака простаты, двести респондентов. Отсюда: общая точность двадцать процентов, ноль процентов при абсолютной подаче без исходного риска.

8. Гиляревский С. Р., Соловова М. Н., Голшмидт М. В. Словарь терминов и сокращений, используемых в доказательной медицине. Отсюда: определения абсолютного и относительного риска, числа больных, которых нужно пролечить.

9. Расчёт индивидуального риска на двух примерах пациентов, по материалам анализа в BMJ. Отсюда: мужчина шестидесяти пяти лет и женщина сорока пяти лет.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ · ГЛАВА

Одно число, которое печатают в исследованиях и никогда в рекламе

В предыдущей главе мы разобрались, что «снижает риск вдвое» ничего не говорит о вас. Теперь про число, которое говорит.

Оно есть почти в каждом приличном исследовании. Его считают, его печатают, врачи его знают.

И вы никогда не видели его на упаковке.

Называется оно числом больных, которых нужно пролечить.

ЧТО ЭТО ЗА ЧИСЛО

Вопрос, на который оно отвечает, звучит по-детски просто.

Сколько человек должны получить это лечение, чтобы одному из них стало лучше?

Всё. Никаких процентов, никаких относительных величин. Просто люди.

Если число равно единице, помогает каждому. Это идеальный случай, и в реальной жизни он почти не встречается.

Если число равно ста, то из ста человек, принимающих средство, пользу получит один. Остальные девяносто девять примут его без результата.

При этом все сто будут платить. И все сто будут иметь дело с побочными эффектами, если они есть.

Считается число элементарно: единица делится на снижение абсолютного риска. Снижение на один процент даёт сто человек на одного. Снижение на десять процентов даёт десять.

КАК ЭТО ВЫГЛЯДИТ НА РЕАЛЬНЫХ ЦИФРАХ

Возьмём разбор, который есть в открытых источниках.

Исследование препарата для снижения холестерина. В группе без лечения осложнения сердечно-сосудистых заболеваний случились у двух целых шестидесяти семи сотых процента участников. В группе с лечением у одной целой шестидесяти пяти сотых процента.

Снижение абсолютного риска: одна целая две сотых процента.

Делим единицу на это число и получаем примерно сто.

Сто человек должны принимать препарат три с лишним года, чтобы у одного из них не случилось осложнение.

Теперь представьте, как та же самая цифра выглядит в относительном виде. Разница между двумя целыми шестьюдесятью семью сотыми и одной целой шестьюдесятью пятью сотыми это снижение примерно на тридцать восемь процентов.

«Снижает риск почти на сорок процентов» и «сто человек принимают, одному помогает» это одно и то же исследование.

ЛОВУШКА, О КОТОРОЙ ЗАБЫВАЮТ ДАЖЕ ВРАЧИ

У этого числа есть свойство, которое меняет всё, и про которое часто молчат.

Оно зависит от времени.

В примере выше сто человек принимали препарат три с лишним года. Не месяц. Не курс. Три года.

Если то же исследование продлить до пяти лет, число изменится. Если сократить до года, изменится в другую сторону.

Поэтому число больных, которых нужно пролечить, без указания срока не значит почти ничего. Это как цена без валюты.

Практический вывод. Когда вам называют такое число, всегда спрашивайте: за какой период. Если срока нет, число нельзя сравнивать ни с чем.

Отсюда же следует одна из самых частых подмен на рынке добавок. Исследование длилось год, а курс вам продают на три месяца. Даже если результат исследования настоящий, к вашему трёхмесячному курсу он отношения не имеет.

ВТОРОЕ ЧИСЛО, КОТОРОГО НЕТ ВООБЩЕ НИГДЕ

У числа больных, которых нужно пролечить, есть близнец.

Он отвечает на симметричный вопрос: сколько человек должны получить это лечение, чтобы одному из них стало хуже.

Потому что у любого действующего вмешательства есть не только польза, но и вред. Если средство ни на что не влияет, у него не будет и побочных эффектов. Это не парадокс, а определение.

И вот тут начинается самое интересное.

Настоящее решение о любом лечении это сравнение двух чисел. Скольким помогает и скольким вредит. Именно так это выглядит в голове у хорошего врача, и именно так это записано в приличных руководствах.

В рекламе не бывает ни одного из них.

История с ацетилсалициловой кислотой хороший пример того, как это работает. Долгие годы её советовали принимать для профилактики людям среднего возраста почти поголовно. Потом накопились данные о кровотечениях, и рекомендации изменились. Не потому что польза исчезла, а потому что второе число оказалось сопоставимо с первым.

Само средство не изменилось. Изменилось то, какие числа стали смотреть.

ПОЧЕМУ ЭТИХ ЧИСЕЛ НЕТ В РЕКЛАМЕ

Причина простая и не требует заговора.

«Снижает риск на сорок процентов» продаёт.

«Сто человек принимают три года, одному помогает, а вот столько-то получают побочные эффекты» не продаёт ничего.

Оба утверждения описывают одно и то же исследование. Оба правда. Одно попадает на упаковку, второе остаётся в приложении к публикации.

Здесь стоит сказать прямо: это не значит, что средство из примера плохое. Число около ста для профилактики у людей невысокого риска это нормальное число. Профилактика так и работает: много людей принимают, чтобы у немногих не случилось.

Проблема не в числе. Проблема в том, что вам его не показали, а решение попросили принять.

ЧТО С ЭТИМ ДЕЛАТЬ

Три вопроса. Их можно задать врачу дословно, они совершенно обычные.

Первый: сколько человек должны это принимать, чтобы одному стало лучше.

Второй: за какой срок. Без срока первый ответ неполон.

Третий: а сколько человек получат от этого проблемы.

Последний вопрос звучит неловко, и именно поэтому его почти никто не задаёт. Между тем это ровно половина решения, и хороший врач ответит на него спокойно, потому что сам про это думает.

Если вы имеете дело не с врачом, а с продавцом, произойдёт одно из двух. Либо вам назовут числа, и тогда с человеком можно разговаривать дальше. Либо вам скажут, что вы всё усложняете.

Второй ответ тоже информативен.

ВАЖНАЯ ОГОВОРКА

Большое число не означает, что средство не нужно.

Для профилактики большие числа это норма. Мы принимаем меры против того, что может не случиться, и по-другому это не работает.

Речь о другом. Речь о том, чтобы вы знали, какое решение принимаете. Одно дело согласиться на лечение, зная, что шанс получить пользу примерно один к ста за три года, и считая, что это разумно. Совсем другое дело согласиться, услышав «снижает риск на сорок процентов», и думать, что шанс близок к половине.

Решение может быть одинаковым. Основание для него разное.

И если вам что-то назначено, эта глава снова не повод отменять назначенное. Она повод спросить два числа вместо одного.

Связь со списком: время и деньги, потраченные впустую, это время и деньги, не потраченные на то, что действительно обеспечивает ваши пять пунктов.

КОРОТКО

Число больных, которых нужно пролечить, отвечает на вопрос: скольким надо дать, чтобы одному помогло. Считается как единица, делённая на снижение абсолютного риска. Без указания срока это число не значит ничего. У него есть близнец: скольким надо дать, чтобы одному навредило. Настоящее решение это сравнение двух чисел. В рекламе не бывает ни одного. Большое число не значит «не нужно». Оно значит «знайте, на что соглашаетесь».

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

(идут в общий список на стр. 280)

1. Определение числа больных, которых необходимо лечить, обратная зависимость от снижения абсолютного риска, зависимость показателя от времени наблюдения. Справочные материалы по доказательной медицине.

2. Глоссарий EUPATI, статья о числе больных, которых необходимо лечить. Отсюда: значение показателя, равное единице, как идеальный случай, и значение, равное ста, как один благоприятный исход на сто пациентов.

3. Разбор исследования препарата для снижения холестерина: два целых шестьдесят семь сотых процента против одной целой шестидесяти пяти сотых, снижение абсолютного риска одна целая две сотых процента, показатель около ста за три и три десятых года.

4. Материалы об изменении рекомендаций по применению ацетилсалициловой кислоты для первичной профилактики в связи с накопленными данными о кровотечениях.

5. Гиляревский С. Р., Соловова М. Н., Голшмидт М. В. Словарь терминов и сокращений, используемых в доказательной медицине.

Витамин Д. Как за один шаг понять, нужен он вам или нет

Ни про одно вещество за последние пятнадцать лет не говорили столько.

Витамин Д связывали с иммунитетом, с настроением, с онкологией, с сердцем, с аутоиммунными заболеваниями, с продолжительностью жизни. Его советовали пить всем поголовно, особенно у нас, где солнца мало.

История эта поучительная, и она не о том, что витамин Д плохой. Она о том, как устроено медицинское знание и почему то, что казалось очевидным, перестало казаться.

Дочитайте до конца, потому что вывод не такой, какого вы ждёте от книги с таким названием.

С ЧЕГО ВСЁ НАЧАЛОСЬ

Сначала были наблюдения.

Исследователи брали большие группы людей, измеряли у них уровень витамина Д и смотрели, кто чем болеет.

Картина получалась стройная. У людей с низким уровнем чаще встречались сердечно-сосудистые заболевания. Чаще онкологические. Чаще инфекции, чаще воспалительные и аутоиммунные состояния.

Связь находили снова и снова, в разных странах, на разных выборках.

Вывод напрашивался сам: поднимите уровень, и рисков станет меньше.

На этом выводе выросла целая индустрия. И на нём же она стоит до сих пор, хотя дальше произошло кое-что важное.

ПОЧЕМУ НАБЛЮДЕНИЕ ЭТО ЕЩЁ НЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВО

Здесь нужно остановиться, потому что это самая полезная мысль главы, и работает она далеко не только с витамином Д.

Когда исследование просто наблюдает за людьми, оно находит связи. Связь это ещё не причина.

Представьте человека с низким уровнем витамина Д. Кто это скорее всего?

Человек, который мало бывает на улице. То есть либо малоподвижный, либо пожилой, либо уже болеющий и потому сидящий дома. Возможно, с лишним весом, потому что витамин Д жирорастворимый и распределяется иначе. Возможно, с хроническим заболеванием, которое само по себе и держит его в четырёх стенах, и повышает все его риски.

Теперь вопрос. Низкий витамин Д это причина его проблем или их отражение?

Наблюдательное исследование на этот вопрос не отвечает в принципе. Оно видит, что две вещи идут рядом, и не может сказать, какая из них кого тянет.

Это называется обратной причинностью и вмешивающимися факторами. Запомните оба словосочетания. Половина громких заголовков про здоровье живёт именно в этом зазоре.

Единственный способ разобраться: взять большую группу людей, случайным образом дать одним вещество, а другим пустышку, и подождать несколько лет.

С витамином Д это сделали.

ЧТО ПОКАЗАЛА ПРОВЕРКА

Крупнейшее двойное слепое плацебо-контролируемое исследование включило почти двадцать шесть тысяч человек: мужчин старше пятидесяти и женщин старше пятидесяти пяти. Одни получали витамин Д, другие пустышку. Наблюдение длилось годы.

Результат: приём витамина Д не привёл к меньшему числу случаев инвазивного рака или сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с пустышкой.

Не «эффект оказался скромным». Не отличался.

Здесь я обязан сказать и то, что не укладывается в простой вывод, иначе получится ровно та односторонняя подача, которую разбирает эта книга.

В том же исследовании при анализе, из которого исключили первые годы наблюдения, отмечалось снижение смертности от онкологических заболеваний. Сами авторы назвали такие находки порождающими гипотезы и указали, что этот анализ не был запланирован заранее.

То есть тема не закрыта. Закрыт конкретный вопрос: принимать всем подряд ради профилактики рака и инфаркта оснований нет.

Отдельно проверяли то, ради чего витамин Д изначально и назначали: кости. Большой метаанализ под руководством Марка Болланда пришёл к выводу, что приём витамина Д не влияет на состояние костей у здоровых людей.

И ещё одно исследование, которое обычно не вспоминают. При приёме высоких доз у пожилых людей общая смертность не снизилась. А при анализе, из которого исключили первые два года наблюдения, смертность от онкологических заболеваний в группе витамина Д оказалась выше.

Здесь нужна аккуратность: это одно исследование, и делать из него вывод, что витамин Д опасен, нельзя. Но и делать вид, что таких результатов не бывает, тоже нельзя.

ЧТО ОСТАЛОСЬ СТОЯТЬ

Теперь важное. Всё вышесказанное не означает, что витамин Д ерунда.

Осталось стоять вот что.

Дефицит существует, он реальный, и по разным оценкам недостаточный уровень имеет огромное число людей на планете. У нас с нашей широтой и нашим количеством солнечных дней это тем более не экзотика.

Дефицит имеет последствия, и его коррекция это нормальная медицинская задача.

Рухнуло другое. Рухнула идея, что если поднять уровень человеку, у которого дефицита нет, он получит защиту от рака, инфаркта и всего остального.

Разница между этими двумя утверждениями огромна, и на ней держится вся продажа.

«Дефицит вреден» правда. «Значит, всем надо принимать» не следует из первого.

Именно на этом переходе, между верной посылкой и неверным выводом, живёт большая часть рынка добавок. Вы увидите эту конструкцию ещё много раз.

Связь со списком: дефицит стоит исправить, потому что он мешает всему остальному. Профилактический приём без дефицита к вашим пяти пунктам отношения не имеет.

КОМУ ПРОВЕРИТЬ ИМЕЕТ СМЫСЛ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

Раз шаг один и он состоит в анализе, разумно понимать, кому этот анализ нужнее.

Дефицит вероятнее у тех, кто мало бывает на солнце. Это работающие в помещении, пожилые люди, люди с ограниченной подвижностью, те, кто по разным причинам носит закрытую одежду.

Он вероятнее у людей с избыточной массой тела: витамин Д жирорастворимый и распределяется иначе.

Он вероятнее при состояниях, нарушающих всасывание, и это отдельный разговор с врачом.

И он вероятнее у нас всех зимой, просто в силу широты и количества солнечных дней.

Обратите внимание, что в этом перечне нет пункта «если вы плохо себя чувствуете». Самочувствие не является основанием: симптомы неспецифичны, и по ним вы ничего не определите. Основание это уровень.

ЕЩЁ ОДНА ПРИЧИНА НЕ НАЗНАЧАТЬ СЕБЕ САМОМУ

Про накопление уже сказано, но есть и вторая причина, менее очевидная.

Витамин Д участвует в обмене кальция. Поэтому его избыток это вопрос не только самого витамина, но и того, что происходит с кальцием в организме.

Это как раз тот случай, когда «ну что может быть от витаминки» является неверной постановкой вопроса. Речь идёт о веществе, влияющем на регуляторную систему, а не о безобидной добавке к рациону.

Именно поэтому и дозу, и длительность, и контроль определяет врач по вашему уровню, а не таблица из интернета.

ОДИН ШАГ

Отсюда следует то, ради чего глава написана.

Единственное, что отличает человека, которому витамин Д нужен, от человека, которому он не нужен, это его уровень.

Не самочувствие. Не время года. Не то, что «все пьют». Не то, что вы живёте севернее какой-то параллели. Уровень.

Значит, шаг один: сдать анализ.

Показатель называется двадцать пять гидроксивитамин Д. Именно он отражает обеспеченность организма, и именно его сдают, когда хотят получить ответ, а не ощущение.

Дальше с этим числом вы идёте к врачу, и дальнейшее решает он, потому что коррекция дефицита это не «попить витаминку», а вопрос доз, длительности и контроля. Витамин Д жирорастворимый, он накапливается, и передозировка у него существует. Это не то вещество, где лишнее уходит само.

И последнее, чтобы не осталось недосказанности. Если вам витамин Д назначен врачом, эта глава не повод его отменить. Назначение делалось по вашему уровню и вашей ситуации, а глава написана про то, почему его пьют миллионы людей, которым его никто не назначал.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

(идут в общий список на стр. 280)

1. Manson J. E., Cook N. R., Lee I. M. и соавторы. Vitamin D Supplements and Prevention of Cancer and Cardiovascular Disease. The New England Journal of Medicine, 2019, 3 января, том 380, выпуск 1, страницы 33–44. doi: 10.1056/NEJMoa1809944 Рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, 25 871 участник, мужчины от пятидесяти лет и женщины от пятидесяти пяти, медиана наблюдения 5,3 года. Отсюда: отсутствие снижения частоты инвазивного рака и крупных сердечно-сосудистых событий, а также результат по онкологической смертности в анализе с исключением ранних лет наблюде-

ния и указание авторов на его незапланированный характер.

2. Метаанализ под руководством Марка Болланда, факультет медицины, о влиянии приёма витамина Д на состояние костей у здоровых людей.
3. Исследование приёма высоких доз витамина Д у пожилых людей: отношения рисков по общей смертности, смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и от онкологических заболеваний, включая анализ с исключением первых двух лет наблюдения.
4. Материалы о распространённости недостаточного уровня витамина Д.
5. Материалы о лабораторной диагностике: почему обеспеченность оценивают по двадцать пять гидроксивитамину Д.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ · ГЛАВА

Магний и омега. Что подтверждается, а что осталось в рекламе

Две самые продаваемые позиции в этой категории. И две совершенно разные истории.

Одну проверили как следует. Вторую почти не проверяли.

Обе продаются одинаково уверенно, и по упаковке вы эту разницу не увидите никогда.

СЛУЧАЙ ПЕРВЫЙ: ЧТО БЫВАЕТ, КОГДА ПРОВЕРЯЮТ

Начнём с омеги, потому что тут всё разобрано до дна.

Идея появилась в конце восьмидесятых и начале девяностых. Тогдашние исследования дали обнадёживающий результат, и сложилось убеждение: жирные кислоты защищают сердце. Убеждение это живёт до сих пор, и на нём построен рынок, который вы наблюдаете на любой аптечной полке.

Дальше произошло то, что должно происходить с любой хорошей гипотезой. Её начали проверять всерьёз.

Кокрейновский обзор объединил восемьдесят шесть рандомизированных исследований и больше ста шестидесяти двух тысяч участников, с длительностью наблюдения от года до семи с лишним лет.

Другой обзор под руководством Ли Хупер из Университета Восточной Англии разобрал семьдесят девять исследований,

из которых двадцать пять были признаны надёжными. Участники из Северной Америки, Европы, Австралии и Азии.

Вывод Хупер стоит того, чтобы привести его смысл дословно. Ранние испытания создали устойчивое представление, что омега снижает риск инфаркта. И с тех пор ни одно исследование это представление убедительно не подтвердило.

Отдельно проверяли на тех, кому это по идее нужнее всего. В одном исследовании больше тысячи пациентов от семидесяти до восьмидесяти двух лет, недавно перенёсших инфаркт, получали омегу или пустышку в дополнение к обычному лечению. Снижения числа клинических событий не выявили.

Есть и данные, которые совсем не вписываются в рекламный образ. У пациентов со стабильной стенокардией, не переносивших инфаркт, отмечалось повышение риска внезапной смерти.

ЧТО ИЗ ОМЕГИ УСТОЯЛО

Теперь честно про вторую половину, потому что глава не о том, что всё ерунда.

Устояло следующее: омега снижает уровень триглицеридов. Это подтверждается, это не спорно, и в определённых клинических ситуациях именно ради этого её и назначают.

И ещё одно, о чём честно сказать обязан. В том самом крупном исследовании на двадцати шести тысячах человек по основным показателям разницы не было, но при этом отмечалось снижение общего числа инфарктов миокарда, и наиболее выраженным оно оказалось у людей, которые мало ели рыбы.

Умолчать об этом было бы ровно тем избирательным изложением, за которое эта книга критикует других.

То есть вещество работает. Просто работает не так и не для того, что написано на банке.

«Снижает триглицериды у людей с их повышением» и «защищает ваше сердце» это разные утверждения. Первое доказано. Второе продано.

И ещё один момент, который стоит десятков тысяч рублей в год.

Рыба и капсулы это не одно и то же. В рыбе, кроме жирных кислот, есть и другие вещи: йод, кальций, витамин Д. Исследователи, разбиравшие эту тему, прямо говорят, что польза рыбы в рационе и польза выделенной из неё добавки это два разных вопроса.

Возможно, дело было не в омеге. Возможно, дело было в рыбе.

СЛУЧАЙ ВТОРОЙ: ЧТО БЫВАЕТ, КОГДА НЕ ПРОВЕРЯЮТ

С магнием история устроена иначе, и разбирать её нужно другим инструментом.

Начнём с того, что правда. Дефицит магния существует. У него есть код в международной классификации болезней. Магний участвует в работе сотен ферментов, в нервно-мышечной проводимости, в обмене кальция. Всё это не маркетинг, а учебник.

А теперь посмотрите, на чём стоит вторая часть рассуждения.

Возьмите любую страницу, продающую магний, и проследите ссылки. Вы увидите примерно одно и то же: крупные работы, показывающие связь между низким потреблением маг-

ния и повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний и диабета. Иногда с внушительными выборками, до миллиона человек и больше.

Вы уже знаете, что это за тип исследований.

Это наблюдения. Они показывают связь и не показывают причину. Человек с низким потреблением магния это чаще всего человек, который мало ест зелени, бобовых, орехов и цельных круп. То есть человек с определённым питанием в целом, а часто и с определённым образом жизни в целом.

Что именно в этом наборе повышает его риски, наблюдение сказать не может. Оно может сказать только, что эти вещи идут вместе.

Это ровно та конструкция, которую вы разбирали в главе про витамин Д. Верная посылка, из которой не следует продаваемый вывод.

ОТДЕЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА: ЧЕМ ЕГО ВООБЩЕ ИЗМЕРЯТЬ

Здесь начинается неудобное.

Анализ на магний в сыворотке крови существует и стоит недорого. Но у него есть свойство, о котором редко пишут в статьях, продающих магний.

Результат легко исказить. Гемолиз при заборе крови даёт ложное повышение. На результат влияет приём препаратов магния, кальция, мочегонных, некоторых антибиотиков.

То есть человек, который уже начал пить магний, сдав анализ, увидит цифру, к которой его собственные запасы имеют опосредованное отношение.

И более общая проблема: сыворотка это то, что течёт по сосудам прямо сейчас, а не то, что лежит в тканях. Именно поэтому в клинических критериях дефицита магния фигури-

рует не только уровень в плазме, но и клинические признаки, и показатели в других средах.

Вывод для читателя простой и неприятный. С магнием у вас нет такого же ясного одношагового ответа, какой был с витамином Д или с ферритином. Одной цифры, по которой можно решить, недостаточно.

ГЛАВНОЕ РАЗЛИЧИЕ

Соберём вместе, потому что в этом весь смысл главы.

Про омегу известно многое. Её проверяли, много и разными способами, и часть обещаний не подтвердилась. Это знание.

Про массовый приём магния известно мало. Его почти не проверяли в том виде, в каком его продают, а основания для продажи взяты из наблюдений. Это отсутствие знания.

Оба состояния на упаковке выглядят одинаково.

И вот что важно понимать. Второе не значит «не работает». Второе значит «никто не знает, и вам об этом не сказали».

Когда вам продают вещь из первой категории, у вас есть возможность посмотреть, что именно подтвердилось, и решать по фактам.

Когда вам продают вещь из второй, решать вам не по чему. Вам предлагают заплатить за гипотезу как за результат.

Связь со списком: ни одна из этих двух банок в нём не участвует. Деньги, которые они забирают, участвуют.

ЧТО ИЗ ЭТОГО СЛЕДУЕТ ПРАКТИЧЕСКИ

Если вам назначили омегу для снижения триглицеридов, это назначение по делу, и глава к нему отношения не имеет.

Если вы покупаете её сами, чтобы «беречь сердце», вы платите за то, что проверяли много раз и не подтвердили. Рыба в рационе при этом остаётся хорошей идеей, и это не одно и то же.

С магнием разумно другое. Если есть жалобы, которые вам кажутся связанными, идите с ними к врачу и обсуждайте, а не назначайте себе сами по интернету. Дефицит магния диагностируется не одной цифрой, и лечится он тогда, когда установлен, а не тогда, когда предположен.

А самое полезное, что можно сделать с обеими банками прямо сегодня, вы уже умеете. Возьмите каждую и посмотрите, на что ссылается тот, кто её вам продал. Наблюдение или сравнение с пустышкой.

Этот вопрос теперь работает у вас на любой полке.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

(идут в общий список на стр. 280)

1a. Manson J. E., Cook N. R., Lee I. M. и соавторы. Marine n-3 Fatty Acids and Prevention of Cardiovascular Disease and Cancer. The New England Journal of Medicine, 2019, 3 января, том 380, выпуск 1, страницы 23–32. Отсюда: отсутствие снижения основных конечных точек и снижение общего числа инфарктов миокарда как вторичный результат, наиболее выраженный у участников с низким потреблением рыбы.

1. Кокрейновский обзор рандомизированных исследований омега-3 жирных кислот: восемьдесят шесть исследований, более ста шестидесяти двух тысяч участников, длительность от двенадцати до восьмидесяти восьми месяцев. Вывод о влиянии на уровень триглицеридов.

2. Обзор под руководством Ли Хупер, Университет Восточной Англии: семьдесят девять исследований, двадцать пять признаны надёжными. Вывод об отсутствии убедительного подтверждения снижения риска инфаркта после ранних испытаний конца восьмидесятых и начала девяностых.

3. Рандомизированное исследование омега-3 у пожилых пациентов, недавно перенёсших инфаркт миокарда: более тысячи участников от семидесяти до восьмидесяти двух лет, сравнение с плацебо, отсутствие снижения клинических событий.

4. Данные о повышении риска внезапной смерти у пациентов со стабильной стенокардией без перенесённого инфаркта.

5. Обзорная работа о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний омега-3 жирными кислотами, включая результаты у пациентов с имплантированными устройствами.

6. Материалы о диагностических критериях дефицита магния: клинические признаки, уровень в плазме и в других средах, изменения на электрокардиограмме. Код по международной классификации болезней.

7. Метаанализ связи потребления магния с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом второго типа, выборка более миллиона человек.

8. Материалы о факторах, искажающих результат анализа магния в сыворотке: гемолиз, приём препаратов магния, кальция, диуретиков и ряда антибиотиков.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ · ГЛАВА

Воспаление. Им объясняют всё подряд. Что это на самом деле

Устали. Плохо спите. Ноют суставы. Пучит живот. Часто простужаетесь. Тревожно. Кожа не та. Вес растёт непонятно почему. Трудно сосредоточиться.

Если вы поищете в интернете любую из этих жалоб, довольно быстро вам объяснят, что дело в скрытом воспалении.

Все девять сразу. Одним словом.

И вот здесь стоит остановиться, потому что объяснение, которое подходит ко всему, обычно не объясняет ничего. Это первый признак того, что вы имеете дело не со знанием, а с продающей конструкцией.

Хотя само явление при этом совершенно настоящее.

ЧТО ТАКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ НА САМОМ ДЕЛЕ

Начнём с того, что не спорно.

Острое воспаление это нормальная и необходимая реакция. Порезали палец, попала инфекция, организм отправил к месту события иммунные клетки. Покраснело, припухло, болит. Через несколько дней прошло. Так и должно быть.

Есть и другое состояние, которое в научной литературе называют хроническим системным воспалением низкой интенсивности. Это когда в крови постоянно держатся слегка повышенные уровни воспалительных маркеров.

Оно реально. Его изучают. С возрастом воспалительные процессы в организме в целом усиливаются, есть и генетическая предрасположенность.

То есть предмет разговора существует. Вопрос не в этом.

Вопрос в том, что с ним можно сделать вам лично и что вам по этому поводу продают.

ПРОБЛЕМА ПЕРВАЯ: СПИСОК СИМПТОМОВ

Вернитесь к первому абзацу этой главы.

Усталость, боли в суставах и мышцах, вздутие, запоры, кожные высыпания, частые простуды, проблемы со сном, тревожность, трудности с концентрацией, набор веса.

Это реальный перечень, он приводится в описаниях состояния, и он честно сопровождается оговоркой: симптомы неспецифические.

Неспецифические означает вот что. Каждый из этих пунктов встречается при десятках совершенно разных состояний. И при отсутствии всяких состояний тоже, просто потому, что человек не выспался, перерабатывает или ему сорок пять.

Теперь представьте, что вы продаёте что-нибудь «противовоспалительное».

Вам достался идеальный список. В него попадает каждый взрослый человек. Ни один покупатель не скажет «нет, это не про меня».

И проверить результат тоже нельзя, потому что жалобы размытые, а колеблются они сами по себе.

ПРОБЛЕМА ВТОРАЯ, ГЛАВНАЯ: ЭТО НЕЧЕМ ИЗМЕРИТЬ

Вот факт, который меняет отношение ко всей теме.

Анализы на маркеры воспаления существуют. Самый известный это С-реактивный белок.

Причём их два, и это важно. Обычный анализ рассчитан на выраженное воспаление: инфекция, травма, обострение. Высокочувствительный настроен на низкие концентрации, и именно его используют, когда речь о хроническом вялотекущем процессе. Это разные анализы с разными диапазонами, и подменять один другим нельзя.

То есть отличить одно от другого в принципе можно. Я сначала написал в этой главе, что нельзя, и это было неверно. Исправляю.

Но посмотрите, как именно это отличают.

Не по одной цифре. Смотрят, какой анализ сдан, насколько велико отклонение, есть ли сейчас острая причина, что у человека с самочувствием и какие ещё показатели рядом. Очень высокие значения обычно означают острый процесс, и в этом случае кардиологическую трактовку откладывают до выяснения причины.

Ключевое правило, которое формулируют прямо: показатель говорит, что воспаление есть. Он не говорит, откуда оно. Высокий результат это повод разбираться дальше, а не вывод сам по себе.

И вот теперь про то, что вам продают.

Тот же показатель поднимется от простуды, которую вы переносите на ногах, от больного зуба, от травмы, от интенсивной тренировки накануне. Сдав его сам, без контекста и без человека, который умеет читать его вместе со всем остальным, вы получите цифру, с которой ничего не сможете сделать.

Отсюда и цена вопроса. Осмысленно этот анализ работает там, где есть установленный диагноз или конкретное подозрение: оценить активность процесса, посмотреть, работает ли лечение. Предложение «сдайте и узнайте, есть ли у вас скрытое воспаление» устроено иначе. Оно продаёт вам не ответ, а начало пути, в конце которого вам предложат ещё что-нибудь.

Есть и деталь, на которую стоит обратить внимание отдельно. У этого показателя существуют общепринятые клинические границы риска. А параллельно с ними продвигаются заметно более строгие «оптимальные» значения, и разница между «нормой» и «оптимумом» здесь довольно велика.

Кто именно продвигает вторые, вы можете проверить сами тем же вопросом, что и всегда. Посмотрите, чем занимается организация, на сайте которой вы прочитали про оптимальный уровень.

ЧТО ЖЕ ТОГДА РАБОТАЕТ

Здесь начинается неинтересная часть, и вы уже догадываетесь, почему её неинтересно рассказывать.

Факторы, которые связывают с повышением воспалительных маркеров, перечисляются везде примерно одинаково.

Недосып. Есть материалы Гарвардской медицинской школы о том, как ограничение сна запускает этот механизм: при недостатке сна давление не снижается должным образом, это повреждает клетки стенок сосудов, а повреждённые сосуды привлекают иммунные клетки.

Курение и злоупотребление алкоголем.

Избыточный вес.

Недостаток физической активности. Рекомендации Всемирной организации здравоохранения по нагрузке для взрослых это минимум сто пятьдесят минут умеренной аэробной активности в неделю либо семьдесят пять минут интенсивной.

Хронический стресс.

Загрязнение воздуха.

Посмотрите на этот список внимательно.

Ни одна позиция в нём не продаётся. Сон бесплатный. Ходьба бесплатная. Отказ от курения экономит деньги, а не тратит их.

Вот почему вы про этот список слышали в общих словах, а про «противовоспалительные комплексы» подробно и регулярно.

ЧЕСТНО ПРО ПИТАНИЕ

Отдельно про еду, потому что именно здесь продаётся больше всего.

Связь между питанием и воспалительными маркерами исследуется, и это законная научная тема. Отдельным продуктам и типам питания приписывают влияние на эти показатели.

Но обратите внимание, кто именно вам про это рассказывает.

Значительная часть материалов о «противовоспалительном питании» в русскоязычном интернете размещена там же, где продаются добавки, курсы и консультации. Это не делает информацию автоматически ложной. Это ровно тот случай, когда работает третий вопрос из первой части.

Разбор питания у нас отдельный, в следующей главе. Здесь важно другое: между «этот продукт связан с более низкими маркерами в исследованиях» и «эта банка снимет ваше воспаление» лежит пропасть, и переходят её обычно молча.

ЧТО ДЕЛАТЬ

Первое. Если у вас есть конкретная стойкая жалоба, идите с ней к врачу как с жалобой, а не как с «воспалением». Слово это ничего не добавляет к описанию и только уводит в сторону.

Второе. Не сдавайте маркеры воспаления по своей инициативе, чтобы «проверить, есть ли». Вы получите цифру, которая не отвечает на ваш вопрос, и с высокой вероятностью потратите на этом ещё.

Третье. Если вам предлагают что-нибудь противовоспалительное, спросите две вещи: на чём основано и как вы поймёте, что подействовало. Второй вопрос обычно убийственнее первого.

Четвёртое. То, что действительно связано с этими показателями, вам известно, и оно скучное. Спать, двигаться, не курить, разбираться с весом. Скучное не значит неверное. Это значит, что на нём никто не зарабатывает, и поэтому вам про это не напоминают.

Связь со списком: то, что действительно влияет на воспалительные показатели, это ровно те же сон, вес и движение, которые обеспечивают ваши пять пунктов.

ВАЖНАЯ ОГОВОРКА

Всё сказанное относится к коммерческой теме «скрытого воспаления», а не к воспалительным заболеваниям.

Существует много состояний, где воспаление это суть болезни, где маркеры отслеживают регулярно и где лечение назначает врач. Ревматологические заболевания, воспалительные заболевания кишечника и многое другое. Если у вас установлен такой диагноз, эта глава не про вас и ничего в ваших назначениях не меняет.

Глава про другое. Про то, что настоящее медицинское понятие взяли, расширили до состояния, в которое попадает каждый, и продали.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

(идут в общий список на стр. 280)

1. Материалы о двух видах анализа на С-реактивный белок: обычном, рассчитанном на выраженное воспаление, и высокочувствительном, рассчитанном на низкие концентрации. Положение о том, что это не взаимозаменяемые анализы с разными референсными диапазонами.

1а. Категории сердечно-сосудистого риска по высокочувствительному С-реактивному белку, Американская кардиологическая ассоциация. Положение о том, что очень высокие значения обычно указывают на острый процесс и требуют выяснения причины до кардиологической трактовки.

1б. Положение о том, что показатель указывает на наличие воспаления, но не на его причину, и что высокий результат является поводом к дальнейшему обследованию, а не выводом.

2. Материалы Гарвардской медицинской школы о механизме связи недостатка сна с системным воспалением.

3. Описание системного воспаления низкой интенсивности и перечень неспецифических симптомов, приписываемых этому состоянию.

4. Рекомендации Всемирной организации здравоохранения по физической активности для взрослых: сто пятьдесят минут умеренной либо семьдесят пять минут интенсивной аэробной нагрузки в неделю.
5. Материалы о факторах, связанных с повышением воспалительных маркеров: курение, алкоголь, избыточный вес, недостаток движения, стресс, загрязнение воздуха.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ · ГЛАВА

Тарелка. Как собирается еда, если убрать из вопроса всех, кто на этом зарабатывает

Почему советы по питанию меняются каждые несколько лет.

Жиры были врагом, потом перестали. Яйца были опасны, потом оказались нормальны. Сливочное масло, соль, кофе, глютен, молочное. Каждое из этих слов побывало и в списке зла, и в списке добра, иногда дважды.

Человек, который следил за этими новостями двадцать лет, имеет полное право никому не верить.

Эта глава про то, почему так происходит, и про то, что всё-таки устояло.

ПОЧЕМУ ПИТАНИЕ ИЗУЧАТЬ ТРУДНЕЕ ВСЕГО

В главе про витамин Д мы разбирали, чем наблюдение отличается от проверки. В питании эта проблема достигает предела.

Представьте, что вы хотите честно изучить влияние какого-нибудь продукта.

Вам нужно взять тысячи людей, случайным образом заставить одних есть его, а других не есть, и держать так лет двадцать, пока не наберётся статистика по болезням. При этом вся остальная их жизнь должна быть одинаковой.

Это невозможно. Ни этически, ни практически.

Поэтому почти всё, что мы знаем о питании, получено наблюдением. Людей спрашивают, что они ели, а потом смотрят, чем они болели.

И вот здесь две дыры сразу.

Первая: люди плохо помнят и неточно рассказывают, что ели. Не потому что врут, а потому что это правда трудно.

Вторая, уже знакомая: человек, который ест много овощей, отличается от человека, который ест мало овощей, не только овощами. Он вероятнее занимается спортом, меньше курит, больше зарабатывает, лучше спит и чаще ходит к врачу.

Что из этого набора дало результат, наблюдение сказать не может.

Вот почему заголовки про еду меняются так часто. Не потому, что учёные бестолковые, а потому что предмет исключительно неудобный для изучения.

ЧТО ИЗ ЭТОГО СЛЕДУЕТ ДЛЯ ВАС

Практическое правило простое.

Чем конкретнее и увереннее звучит утверждение о еде, тем осторожнее к нему стоит относиться.

«Этот продукт разгоняет обмен веществ». «Эта ягода защищает от рака». «Откажитесь от этой группы продуктов, и уйдёт воспаление».

Такая точность в этой области недостижима. Если человек её демонстрирует, он либо не знает, как устроены исследования, либо знает и рассчитывает, что не знаете вы.

А то, что действительно устояло, звучит скучно, обобщённо и почти не меняется десятилетиями.

ЧТО УСТОЯЛО

Есть модель, которую разработали специалисты Гарвардской школы общественного здравоохранения. Она называется тарелкой здорового питания.

Она бесплатная. Она переведена на русский язык. Её можно распечатать и повесить на холодильник. Никто на ней не зарабатывает.

Устроена она так.

Половину тарелки занимают овощи и фрукты. Разные, по возможности разного цвета и вида. Картофель в этой модели к овощам не относят из-за его влияния на уровень сахара в крови.

Четверть тарелки это белковая часть: рыба, птица, бобовые, яйца.

Оставшаяся четверть это углеводная часть, и здесь важна не столько величина, сколько вид. Цельнозерновые крупы и хлеб предпочтительнее очищенных.

Плюс растительное масло и вода или несладкие напитки. Сладкие напитки в этой модели прямо рекомендуют ограничивать.

Обратите внимание на главную мысль модели: вид углеводов важнее их количества. Овощи, фрукты, цельнозерновые и бобовые работают иначе, чем очищенные.

ПОЧЕМУ ЭТО УДОБНО

Здесь ничего не нужно считать.

Ни калорий, ни граммов, ни процентов, ни соотношений питательных веществ. Вы смотрите на тарелку и видите, что на ней.

Это принципиально. Всё, что требует подсчётов, требует и приложения, подписки, консультации или курса. Модель, которая работает на глаз, не создаёт потребности ни в чём из этого.

Отсюда и её судьба. Вы наверняка про неё слышали, но вряд ли подробно. Зато про схемы питания, требующие сопровождения, вы слышали много и в деталях.

ОДНА ДЕТАЛЬ, КОТОРУЮ ПРОПУСКАЮТ ПОЧТИ ВСЕ

Она стоит того, чтобы вынести её отдельно.

Овощи и фрукты работают тогда, когда они что-то заменяют в вашем рационе. Не когда они к нему добавляются.

Если вы оставили всё как было и просто стали дополнительно съедать салат, вы не изменили структуру питания. Вы её дополнили.

Логика тарелки в том, чтобы менялись пропорции того, что вы и так едите, а не чтобы добавлялось новое поверх старого.

Это, кстати, объясняет, почему у многих «правильное питание» не даёт никакого результата. Они честно добавили полезное и ничего не убрали.

ЧАСТЫЕ ВОПРОСЫ, КОТОРЫЕ ВОЗНИКАЮТ СРАЗУ

Модель простая, но при первом применении всегда всплывают одни и те же вопросы. Разберём их, не усложняя.

«А ХЛЕБ МОЖНО?»

Хлеб это углеводная четверть. Вопрос не в том, можно ли, а в том, какой и сколько места он занимает. Цельнозерновой предпочтительнее очищенного, и это единственное, что модель об этом говорит.

«А КАРТОШКА?»

В этой модели картофель не относят к овощной половине из-за его влияния на уровень сахара в крови. Он занимает место в углеводной четверти. Это не запрет, это перемещение.

«А ФРУКТЫ ЖЕ САХАР?»

Фрукты входят в овощную половину. Сахар в цельном фрукте идёт в компании клетчатки и воды, и ведёт себя иначе, чем сахар в напитке. Именно напитки модель и предлагает ограничивать.

«А ЕСЛИ Я ЕМ НЕ ТАРЕЛКАМИ?»

Суп, паста, каша, миска, бутерброд. Пропорции работают и здесь, просто их надо мысленно разложить. В миске с пастой смотрите: где здесь овощная часть и где белковая. Если их нет, это и есть ответ.

«А ЕСЛИ Я ЕМ ДВА РАЗА В ДЕНЬ?»

Модель ничего не говорит о количестве приёмов пищи. Она про состав того, что вы едите, а не про расписание.

ГДЕ ЭТО ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОМАЕТСЯ

Три типичных сбоя, и все три предсказуемы.

Первый: овощи добавляются, а не замещают. Про это было выше, и это самая частая причина отсутствия результата.

Второй: белковая четверть исчезает на завтраке и на ужине. Утром каша, вечером «что-нибудь лёгкое». В итоге белок только в обед, а из главы про мышцы вы помните, зачем он нужен.

Третий: всё держится на решимости, а не на логистике. Человек планирует готовить каждый день, три дня получается, на четвёртый заказывается доставка. Заготовки, о которых сказано ниже, решают это лучше любой мотивации.

ЧЕГО МОДЕЛЬ НЕ РЕШАЕТ

Скажу честно, чтобы не создавать завышенных ожиданий.

Она не даёт быстрого снижения веса и не обещает его.

Она не заменяет лечебное питание при состояниях, где рацион определяет врач.

И она не работает как система с оценками. Тарелка, которая сегодня получилась не по пропорциям, это не провал и не повод считать день испорченным. Если модель превращается в источник тревоги и самооценивания, она приносит больше вреда, чем пользы, и это относится к любой системе питания.

ЧТО ДЕЛАТЬ

Не начинайте с запретов и не начинайте с покупок.

Начните с пропорций на той еде, которую вы едите обычно. Половина тарелки овощная часть, четверть белковая, четверть углеводная. Продукты при этом самые простые и из ближайшего магазина.

Готовые заготовки помогают сильнее, чем сила воли. Сваренная крупа, запечённое мясо, помытые овощи в холодильнике превращают сборку ужина в десять минут. Это не про мотивацию, это про логистику.

И самое важное. Если человек, объясняющий вам, как надо питаться, в конце предлагает купить у него что-нибудь, вы теперь знаете, какой вопрос задать. Он у вас уже есть, из первой части.

Связь со списком: еда здесь нужна не для веса и не для анализов, а для того, чтобы было из чего строить мышцы и чем питать сосуды следующие сорок лет.

ГДЕ ГРАНИЦА ЭТОЙ ГЛАВЫ

Всё написанное это общая логика для здорового взрослого человека.

Есть состояния, при которых питание это часть лечения и определяется врачом: диабет, заболевания почек, целиакия, состояния после операций и многое другое. Там действуют другие правила, и общие принципы их не заменяют.

Есть и обратная ситуация, о которой стоит сказать прямо. Если отношения с едой стали источником постоянной тревоги, если появились жёсткие запреты, чувство вины после еды или желание всё контролировать, то проблема уже не в составе тарелки. С этим идут не к диетологу и не к книге, а к врачу.

Задача этой главы не в том, чтобы вы начали следить за едой строже. Ровно наоборот. В том, чтобы вы перестали платить за сложность там, где работает простое.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

(идут в общий список на стр. 280)

1. Тарелка здорового питания, разработанная специалистами Гарвардской школы общественного здравоохранения. Русскоязычная версия материала. Отсюда: пропорции тарелки, положение о том, что вид углеводов важнее их количества, исключение картофеля из овощной части, рекомендация ограничить сладкие напитки.

2. Материалы, поясняющие принцип замещения: овощи и фрукты дают эффект тогда, когда заменяют другие продукты в рационе, а не добавляются к нему.

Сон и свет. Механизм, а не советы

Советов про сон вы слышали сотни.

Ложиться в одно время. Не сидеть в телефоне. Проветривать комнату. Не пить кофе после обеда. Тёмные шторы.

Каждый из них по отдельности звучит как придирка, и потому почти никто их не выполняет. Совет без объяснения это просьба поверить на слово.

Поэтому здесь будет иначе. Сначала разберём, как это устроено. Потом вы увидите, что все эти советы не набор правил, а следствия одного механизма, и решать, какими из них пренебречь, станет гораздо проще.

ГДЕ НАХОДЯТСЯ ЧАСЫ

В гипоталамусе есть участок размером примерно с рисовое зерно. Называется супрахиазматическим ядром.

Это главные часы организма.

Они управляют не только тем, когда вам хочется спать. Они задают суточные колебания температуры тела, выработку гормонов, артериальное давление, пищеварение, умственную работоспособность и аппетит.

Кроме главных часов есть периферические, в органах и тканях. Они умеют работать автономно, но сверяются с главными и подчиняются им.

Важная деталь: механизм работает и без внешних сигналов. Люди, работающие по ночам при искусственном освещении, всё равно рано или поздно уходят в фазу сна. Программа выполняется, даже когда среда её не подтверждает.

Это, кстати, объясняет, почему ночные смены даются так тяжело. Вы не ленитесь и не жалуетесь. Вы работаете против механизма, который не отключается.

ЧЕМ ЭТИ ЧАСЫ ЗАВОДЯТСЯ

Главный сигнал для супрахиазматического ядра это свет. Не время на будильнике, не режим дня, не сила воли. Свет, попадающий в глаз.

Дальше всё просто.

Ядро видит яркий свет и делает вывод: наступило утро. Даёт команду просыпаться. Поднимается температура тела, вырабатывается кортизол, запускается пищеварение.

Ядро перестаёт видеть свет и делает вывод: наступил вечер. Даёт команду готовиться ко сну. Начинается выработка мелатонина.

Мелатонин и кортизол работают как антагонисты. Их соотношение и определяет, бодры вы или вас клонит в сон.

И вот теперь главное для практики.

Мелатонин вырабатывается в темноте. Свет его выработку подавляет. Особенно эффективно подавляет синий спектр, которого много в экранах.

Всё. Механизм закончился. Дальше только следствия.

ТЕПЕРЬ ПОСМОТРИТЕ НА СОВЕТЫ

Вернитесь к списку из начала главы и перечитайте его, зная механизм.

«Не сидите в телефоне перед сном» это не про вредность телефонов и не про то, что вы отвлекаетесь. Это про то, что вы светите себе в глаза сигналом, который ваши часы читают как «сейчас день». И потом удивляетесь, что не засыпается.

«Ложитесь в одно время» это про то, что часы синхронизируются. Плавающий график означает, что они каждый день получают противоречивые указания.

«Утром выходите на улицу» это, возможно, самое недооценённое. Утренний свет не просто бодрит. Он ставит часы на сегодня, и от этого зависит, когда вечером начнётся мелатонин. Проблема вечернего засыпания часто решается утром, а не вечером.

«Тёмные шторы» это буквально про то же самое, что и телефон, только источник другой.

Заметьте, что произошло. Вы не запомнили пять правил. Вы поняли одно устройство, и правила вывелись сами. А главное, теперь вы можете сами решать в новой ситуации, про которую никто совета не давал.

ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ РЕЖИМ ЛОМАЕТСЯ НЕ ПО ВАШЕЙ ВОЛЕ

Механизм понятен, но он предполагает, что вы управляете своим днём. У части людей это не так, и им обычно советуют то же самое, что всем, отчего пользы мало.

Разберём три ситуации.

СМЕННАЯ РАБОТА

Здесь важно понимать главное: вы работаете против механизма, который не отключается. Полностью перестроить часы под ночные смены не получится, и это не ваша недоработка.

Что остаётся в вашей власти. Свет: яркий во время смены, тёмные очки по дороге домой утром, плотные шторы дома. Утренний свет по дороге с ночной смены это команда «день начался», данная организму ровно тогда, когда вам нужно противоположное.

И постоянство там, где оно возможно. Даже частичная предсказуемость лучше полного хаоса.

ПЕРЕЛЁТЫ И СМЕНА ЧАСОВЫХ ПОЯСОВ

Работает тот же рычаг. Свет на новом месте в новое утро переводит часы. Поэтому первое утро лучше провести на улице, а не в номере.

МАЛЕНЬКИЕ ДЕТИ

Тут советовать сложно и честнее сказать прямо: на этом этапе сон нарушается не из-за экранов и не из-за режима, и починить это гигиеной сна невозможно.

Единственное, что здесь имеет смысл, это не считать себя виноватым и не покупать средства, обещающие решить то, что решается только временем и, если повезёт, разделением ночей с кем-то ещё.

ПРО ДНЕВНОЙ СОН

Вопрос задают часто, ответ короткий.

Короткий дневной сон, порядка двадцати минут, большинству не мешает ночному и снимает дневную сонливость.

Длинный дневной сон, особенно во второй половине дня, ночному сну мешает: к вечеру накапливается меньше давления сна, и заснуть труднее.

И отдельный признак, который стоит заметить: если вас неудержимо клонит в сон днём при достаточной продолжительности ночного сна, это не вопрос режима. Про это было в разделе о том, чего механизм не объясняет.

ЧТО ВОКРУГ ЭТОГО ПРОДАЮТ

Механизм бесплатный. Индустрия вокруг него нет.

Очки, фильтрующие синий спектр. Логика у них та же, что у ночного режима в телефоне, который есть у вас бесплатно и включается в настройках.

Трекеры сна. Они показывают цифры. Цифры интересные. Но обратите внимание на вопрос из первой части: что изменится в ваших действиях в зависимости от результата. Если ответ «ничего», вы купили график.

Есть и обратный эффект, о котором стоит знать. Тревога по поводу качества сна сама по себе ухудшает сон. Человек, который каждое утро проверяет свою оценку сна и расстраивается, получает от прибора ровно то, чего хотел избежать.

И мелатонин в добавках. Здесь важно понять, что это такое. Мелатонин это сигнал времени, а не снотворное. Он сообщает организму, что стемнело. Он не выключает вас, как таблетка. Поэтому его эффект зависит от того, когда его принять, гораздо сильнее, чем от того, сколько.

Это, к слову, объясняет частое разочарование. Человек покупает мелатонин, ожидая снотворного, не получает эффекта снотворного и решает, что подделка. Вы уже знаете эту мысль, мы разбирали её в первой части.

Принимать или нет, решает врач, и это не тот случай, где стоит экспериментировать самому: вещество влияет на систему, которая управляет не только сном.

Связь со списком: «прочитать книгу и вспомнить, о чём она» держится на сне сильнее, чем на чём-либо ещё из этой части.

ЧЕГО МЕХАНИЗМ НЕ ОБЪЯСНЯЕТ

Скажу прямо, чтобы не создать ложного впечатления.

Свет это главный регулятор, но не единственный фактор. На сон влияет физическая активность, время приёма пищи, алкоголь, кофеин, и очень сильно хронический стресс: кортизол при нём повышен, а он напрямую подавляет мелатонин.

И есть вещи, которые светом и режимом не решаются вовсе.

Если вы спите достаточно по времени, соблюдаете всё перечисленное и всё равно просыпаетесь разбитым, если бессонница держится неделями, если вы храпите с остановками дыхания, если днём вас неудержимо клонит в сон, это не задача про шторы. Это повод к врачу. Существуют расстройства сна, которые диагностируются и лечатся, и от плотности штор они не зависят.

Отдельно: при стойкой бессоннице методом первого выбора считается не таблетка. Существует структурированная работа с бессонницей без лекарств, и это тоже стоит обсудить с врачом.

Механизм из этой главы объясняет, почему работают простые вещи. Он не заменяет разбор того, что не работает.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

(идут в общий список на стр. 280)

1. Материалы о циркадной системе: супрахиазматическое ядро гипоталамуса как центральный регулятор, управление суточными ритмами

температуры тела, выработкой мелатонина и кортизола, аппетитом и другими процессами.

2. Материалы о периферических часах и их подчинении главным при сохранении автономности, а также о работе механизма в отсутствие внешних сигналов у людей, работающих в ночные смены.
3. Материалы о свете как основном сигнале для главных часов и о подавлении выработки мелатонина светом, в особенности синим спектром экранов.
4. Материалы о мелатонине и кортизоле как антагонистах и о влиянии хронического стресса на их соотношение.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ · ГЛАВА

Движение. Минимум, ниже которого смысла нет

Десять тысяч шагов.

Эту цифру знают все. Её показывает телефон, её обсуждают на работе, за неё соревнуются, под неё покупают браслеты и часы.

Она не из медицины.

ОТКУДА ОНА ВЗЯЛАСЬ НА САМОМ ДЕЛЕ

В шестидесятые годы прошлого века японская компания, производившая измерительные приборы, выпустила шагомер.

Назывался он «манпо-кэй». В переводе это означает «измеритель десяти тысяч шагов».

Число выбрали не по результатам исследований. Оно просто хорошо выглядело. Круглое, амбициозное, но не пугающее. Есть даже деталь, которую любят вспоминать: иероглиф, обозначающий десять тысяч, напоминает фигуру идущего человека. Для названия прибора это идеально.

Никаких испытаний, обосновывающих именно это количество, не проводилось. Изобретатель, японец Йосиро Хатано, исходил из собственных прикидок о том, сколько человек ходит обычно и сколько стоило бы ходить.

То есть перед вами не медицинская норма. Перед вами удачное название товара, которое пережило сам товар на

шестьдесят лет и вошло в мировую культуру как руководство к действию.

Сначала появилось число. Потом под него начали подтягивать исследования.

Прочитайте предыдущее предложение ещё раз, потому что именно в таком порядке устроена значительная часть того, во что вы верите про здоровье.

А СКОЛЬКО НА САМОМ ДЕЛЕ

Здесь новость хорошая.

Крупный метаанализ пятнадцати международных когорт начинается прямо с этого: хотя десять тысяч шагов широко продвигаются, доказательств в пользу именно этой рекомендации мало.

Что нашли вместо неё.

Риск снижается по мере роста числа шагов, но выходит на плато, и точка плато зависит от возраста. У людей от шестидесяти лет и старше это примерно шесть или восемь тысяч шагов в день. У людей моложе шестидесяти примерно восемь или десять тысяч.

Более поздний обзор даёт сравнение в удобном виде. Если взять за точку отсчёта две тысячи шагов в день, то семь тысяч связаны с риском общей смертности ниже почти вдвое.

В том же обзоре с семью тысячами шагов связаны заметно более низкие показатели по деменции, по падениям и по депрессивным симптомам. Про падения запомните, это пригодится в главе про мышцы.

Обратите внимание на форму этой зависимости, она важнее конкретных чисел.

Самый большой выигрыш вы получаете, переходя от «почти ничего» к «хоть сколько-нибудь». Дальше кривая выполаживается. От семи тысяч к двенадцати прибавка несопоставима с прибавкой от двух тысяч к семи.

Это означает вещь, противоположную тому, что вам обычно внушают. Планка ниже, чем вы думали. И человек, который сейчас не делает ничего, получит от получасовой прогулки больше, чем спортзальный завсегдатай от ещё одной тренировки в неделю.

ЧЕСТНО ПРО ЭТИ ЦИФРЫ

Здесь я обязан применить к самому себе правило из первой части.

Данные про шаги и смертность это наблюдения. Людям считали шаги и смотрели, кто чем заболел и когда.

Значит, вопрос ровно тот же, что был с витамином Д. Человек, который ходит семь тысяч шагов, отличается от человека, который ходит две тысячи, не только шагами. Он вероятнее здоров изначально, вероятнее моложе телом, вероятнее не имеет состояний, которые мешают ходить.

Возможно, дело не в том, что ходьба удлиняет жизнь. Возможно, отчасти в том, что здоровые люди больше ходят.

При этом польза движения подтверждается и другими путями, включая исследования с вмешательством, так что здесь ситуация лучше, чем с добавками. Но конкретные цифры шагов стоит воспринимать как ориентир, а не как закон природы.

ЧТО ГОВОРЯТ ОФИЦИАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Всемирная организация здравоохранения формулирует норму для взрослых не в шагах, а во времени и интенсивности.

Минимум сто пятьдесят минут умеренной аэробной активности в неделю. Либо семьдесят пять минут интенсивной.

Сто пятьдесят минут в неделю это чуть больше двадцати минут в день. Или три прогулки по пятьдесят минут. Или пять по получасу.

Заметьте, насколько это меньше того образа, который рисует индустрия. Там речь про программы, абонементы, персональные планы и дисциплину. Здесь про двадцать минут в день.

Отдельно в рекомендациях присутствует силовая работа, и это тема следующей главы.

ЧТО ПРОДАЮТ ВОКРУГ ЭТОГО

Само движение бесплатно. Продают всё остальное.

Трекеры и браслеты. Они считают то самое число, происхождение которого вы теперь знаете. Полезны они ровно настолько, насколько заставляют вас двигаться, и бесполезны в тот момент, когда вы перестали на них смотреть.

Абонементы. Покупка абонемента это не физическая активность. Это покупка возможности физической активности, и статистика их использования известна всем, кто когда-либо владел фитнес-клубом.

Персональные программы «под ваши цели». Иногда они осмысленны, особенно при ограничениях по здоровью. Но для человека, который сейчас не двигается вообще, разница

между идеальной программой и обычной ходьбой меньше, чем разница между обычной ходьбой и диваном.

Одежда, обувь, добавки «для выносливости», приложения с подпиской. Всё это надстройки над действием, которое само по себе ничего не стоит.

ГЛАВНАЯ МЫСЛЬ ЭТОЙ ГЛАВЫ

Она не про то, что надо больше двигаться. Это вы и без книги слышали тысячу раз.

Она про то, что порог входа гораздо ниже, чем вам показывали, и что высокая планка работает против вас.

Человек, который считает, что заниматься надо по часу пять раз в неделю, а иначе смысла нет, при первом же сбое бросает целиком. Человек, который знает, что двадцать минут ходьбы это уже значимо, продолжает.

Круглые красивые числа хороши для продажи приборов. Для вашей жизни лучше работают маленькие честные.

Связь со списком: «дойти до парка и вернуться» это буквально этот пункт. Двадцать минут в день сегодня и есть та самая тренировка на восемьдесят.

ОГОВОРКА

Если у вас есть заболевания сердца и сосудов, суставов, если вы давно не двигались или у вас есть ограничения, разумно обсудить нагрузку с врачом до того, как что-то менять.

И отдельно одно исключение, которое важно назвать прямо. Существует состояние, при котором после даже небольшой активности самочувствие не улучшается, а заметно ухудшается, причём через несколько часов или на следующий

день. Если это про вас, всё написанное выше про «начать с малого и станет легче» к вам не относится, и наращивать нагрузку через силу может быть вредно. Подробнее об этом в третьей части, в теме про усталость. Это не формальность: интенсивность и вид активности при некоторых состояниях имеют значение.

И обратная сторона, о которой в книгах про здоровье пишут редко. Если счётчик шагов превратился в источник тревоги, если пропущенная тренировка вызывает чувство вины, а нагрузка растёт при плохом самочувствии, это уже не про здоровье. Движение должно добавляться к жизни, а не отниматься от неё.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

(идут в общий список на стр. 280)

1. Материалы о происхождении нормы в десять тысяч шагов: японский шагомер «манпо-кэй», шестидесятые годы, изобретатель Йосиро Хатано, отсутствие исследований, обосновывающих это число.

2. Paluch A. E., Bajpai S., Bassett D. R. и соавторы от имени The Steps for Health Collaborative. Daily steps and all-cause mortality: a meta-analysis of 15 international cohorts. The Lancet Public Health, 2022, март, том 7, выпуск 3, страницы e219–e228. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00302-9 Отсюда: положение о недостаточности доказательств в пользу нормы в десять тысяч шагов; выход риска на плато примерно при шести-восьми тысячах шагов у людей от шестидесяти лет и при восьми-десяти тысячах у людей моложе шестидесяти.

3. Daily steps and health outcomes in adults: a systematic review and dose-response meta-analysis. The Lancet Public Health, 2025, август, том 10, выпуск 8, страницы e668–e681. doi: 10.1016/S2468-2667(25)00164-1 Отсюда: сравнение семи тысяч шагов с двумя тысячами по общей смертности, деменции, падениям и депрессивным симптомам. Авторы отмечают ограничения: небольшое число исследований по большинству исходов, отсутствие анализа по возрастным группам и остаточное

смешение.

4. Рекомендации Всемирной организации здравоохранения по физической активности для взрослых: сто пятьдесят минут умеренной либо семьдесят пять минут интенсивной аэробной нагрузки в неделю.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ · ГЛАВА

Мышцы после сорока. Единственное, что нельзя отложить на потом

Почти всё в этой книге можно начать делать позже.

Разобраться с этикетками, научиться читать анализы, перестать покупать лишнее. Отложили на полгода, ничего страшного не произошло.

С этой главой не так.

Здесь отсрочка стоит не денег, а самого предмета разговора. Потому что пока вы откладываете, он убывает.

ЧТО ПРОИСХОДИТ

Примерно после тридцати человек начинает терять мышечную массу. Порядка одного-двух процентов в год. К шестидесяти и семидесяти процесс ускоряется.

Если считать десятилетиями, в источниках приводятся цифры порядка двенадцати-пятнадцати процентов за десятилетие до восьмидесяти лет.

Сначала это незаметно совершенно. Вы просто немного не такой, каким были. Потом однажды выясняется, что подниматься на пятый этаж стало тяжело, а тяжёлую сумку из машины вы несёте иначе, чем раньше.

У состояния есть название. Саркопения.

И вот что важно понять сразу, потому что это меняет отношение к делу.

Это не лень и не запущенность. Причины многофакторные. С возрастом утрачиваются двигательные единицы спинного мозга, что само по себе вызывает атрофию. Снижается качество мышечных волокон, то есть сила, которую они способны развить. Уменьшается количество мышечных клеток. Накапливаются повреждённые клеточные структуры, хуже работают митохондрии.

Всё это происходит с человеком, даже если он ведёт себя безупречно. Гиподинамия ускоряет, но не она одна это запускает.

ПОЧЕМУ ЭТО ВАЖНЕЕ, ЧЕМ ЗВУЧИТ

Мышцы принято обсуждать в контексте внешнего вида, и это сбивает с толку. Речь совсем не о том.

Мышечная масса это ваш запас автономности в старости.

Способность встать со стула без рук. Способность удержать равновесие и не упасть. Способность после падения не сломать шейку бедра. Способность донести продукты. Способность жить одному.

Всё это в семьдесят пять определяется не тем, что вы делаете в семьдесят пять. Это определяется тем, с какого уровня вы начали снижаться.

Поэтому речь идёт не о фигуре. Речь идёт о том, в каком качестве вы проведёте последние двадцать лет.

ХОРОШАЯ НОВОСТЬ, И ОНА БОЛЬШЕ, ЧЕМ КАЖЕТСЯ

Теперь то, ради чего стоило читать.

Саркопения обратима.

Не «замедляема», не «частично компенсируема». В источниках прямо говорится, что состояние обратимое, что умень-

шить его выраженность можно даже в преклонном возрасте, а если процесс начался у человека средних лет, реально добиться полного восстановления.

И дальше цифры, которые стоит прочитать дважды.

Классическая работа на эту тему вышла ещё в тысяча девятьсот девяностом году, и цифры в ней такие, что их стоит привести полностью.

Десять человек. Средний возраст девяносто лет. Все ослабленные, все живущие в доме престарелых, самому старшему девяносто шесть.

Восемь недель силовых занятий.

Прирост силы у тех, кто дошёл до конца, составил в среднем сто семьдесят четыре процента. Не на семь и не на двадцать. В два с половиной раза с лишним.

Площадь мышцы бедра увеличилась примерно на девять процентов. Скорость ходьбы улучшилась почти на половину.

Восемь недель. В девяносто лет. В доме престарелых.

Улучшения в подобных программах отмечались уже через восемь недель при двух-трёх занятиях в неделю.

В шведском длительном исследовании у людей, начавших регулярно заниматься после тридцати пяти, физические показатели улучшались, а темпы снижения мышечной массы замедлялись.

Соберите это вместе. Пятнадцать минут три раза в неделю. Работает после девяноста. Первые изменения через два месяца.

Это не тот масштаб усилий, который рисует индустрия.

ЧТО ИМЕННО РАБОТАЕТ

Здесь есть развилка, и её стоит знать.

Раньше считалось, что главное это аэробная нагрузка. Ходьба, плавание, велосипед. Для сердца и сосудов это действительно так, и предыдущая глава была про это.

Но для мышечной массы лучшие результаты даёт силовая работа. Не ходьба. Сопротивление.

Это может быть свой вес, резина, гантели, тренажёры. Принципиально не оборудование, а наличие нагрузки, которую мышца обязана преодолеть.

И теперь то, что стоит целой главы про добавки.

Без нагрузки мышцы не вырастут, сколько бы белка человек ни съел.

Прочитайте эту фразу ещё раз, если у вас дома стоит банка протеина.

Белок необходим, это правда, и с возрастом его роль не уменьшается. Но белок это материал. Нагрузка это сигнал. Материал без сигнала никуда не идёт.

Продают вам при этом почти всегда материал. Потому что сигнал бесплатный.

ЧТО ВООБЩЕ СЧИТАЕТСЯ СИЛОВОЙ НАГРУЗКОЙ

Здесь у многих стоит барьер, и он из воображения, а не из реальности. Слово «силовая» вызывает картину зала со штангами и людьми, среди которых вам не место.

На деле категорий всего несколько.

Собственный вес. Приседания, отжимания в любом доступном варианте, подъёмы со стула, выпады. Оборудования ноль, места нужно два квадратных метра.

Резина. Ленты и эспандеры. Стоят немного, помещаются в ящик, дают нагрузку на все основные группы мышц.

Свободные веса. Гантели, а на первых порах вполне и бутылки с водой.

Тренажёры. Удобны тем, что задают траекторию, поэтому их часто советуют начинающим и людям с ограничениями.

Принципиально не оборудование. Принципиально одно: мышца должна встретить сопротивление, которое ей трудно преодолеть. Всё остальное это детали удобства.

ГЛАВНЫЙ ПРИНЦИП, КОТОРЫЙ ОБЪЯСНЯЕТ ВСЁ ОСТАЛЬНОЕ

Он называется постепенным увеличением нагрузки, и если понять его, отпадает половина вопросов.

Мышца растёт в ответ на сигнал, что нынешней силы не хватает. Если нагрузка не меняется годами, сигнала нет, и результата тоже нет.

Отсюда следует то, чего многие не знают: одни и те же упражнения с одним и тем же весом на протяжении года это не тренировка, а поддержание. Чтобы что-то менялось, нагрузка должна расти: вес, число повторений, число подходов, сложность движения. Понемногу, но расти.

Отсюда же понятно, почему домашняя зарядка, неизменная десять лет, не даёт того, что обещают исследования про силовую работу. Дело не в том, что она дома. Дело в том, что она не растёт.

ДВА ВОЗРАЖЕНИЯ, КОТОРЫЕ СЛЫШНЫ ЧАЩЕ ВСЕГО

«Я НЕ ХОЧУ СТАТЬ КАЧКОМ»

Это не то, что произойдёт. Заметная мышечная гипертрофия требует многолетней целенаправленной работы, особого питания и объёмов нагрузки, которых при двух занятиях в неделю не бывает.

Речь идёт о другом результате: сохранить способность вставать со стула, носить сумки и не падать. Вспомните свой список из пяти пунктов.

«МНЕ ПОЗДНО»

Про это уже сказано цифрами выше. Значимые результаты получены у людей старше девяноста лет за восемь недель.

Поздно не бывает. Бывает позже, чем могло бы быть, и это разные вещи.

ПОЧЕМУ ИМЕННО ПОСЛЕ СОРОКА

Не потому, что в сорок что-то ломается.

А потому, что до сорока потери малы и незаметны, а после сорока у вас остаётся примерно тридцать лет, в течение которых вы будете снижаться. И величина, с которой вы начинаете снижение, важнее скорости снижения.

Человек, который в сорок пять начал заниматься силовой работой, в семьдесят пять оказывается на другом уровне, даже теряя ровно с той же скоростью, что и все.

Это единственное место в книге, где я скажу прямо: чем раньше, тем существеннее разница. Не потому, что потом поздно. Поздно не бывает, это видно из данных про девяностолетних. А потому, что каждый отложенный год это год снижения с более низкой точки.

Связь со списком: «встать со стула без помощи рук» и «поднять внука» это мышцы и только мышцы. Если в вашем списке есть эти пункты, эта глава главная.

ОГОВОРКА, БЕЗ КОТОРОЙ ГЛАВУ ПУБЛИКОВАТЬ НЕЛЬЗЯ

Всё вышесказанное это аргумент в пользу силовой нагрузки, а не инструкция, как её начинать.

Как именно начинать, зависит от вашего состояния, возраста, опыта и имеющихся заболеваний. При проблемах с сердцем, давлением, суставами, позвоночником, после операций и при ряде других состояний нагрузку подбирают, а не назначают себе по книге.

Самое разумное первое действие для человека без опыта это не купить абонемент и не заказать программу из интернета, а обсудить с врачом, что вам можно, и найти того, кто поставит технику. Силовая работа с плохой техникой это способ получить травму и окончательно убедиться, что «это не для меня».

Отдельно для тех, кто уже занимается. Больше не значит лучше. Если нагрузка растёт при плохом самочувствии, если пропуск вызывает вину, если травмы стали регулярными, это уже не про здоровье.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

(идут в общий список на стр. 280)

1. Материалы о саркопении: скорость потери мышечной массы после тридцати лет, ускорение процесса к шестидесяти и семидесяти годам.

2. Материалы о механизмах: утрата двигательных единиц спинного мозга, снижение качества мышечных волокон, уменьшение количества мышечных клеток, накопление повреждённых клеточных структур.

3. Положение об обратимости саркопении, включая возможность уменьшения её выраженности в преклонном возрасте и полного восстановления при начале процесса в среднем возрасте.

4. Fiatarone M. A., Marks E. C., Ryan N. D., Meredith C. N., Lipsitz L. A., Evans W. J. High-intensity strength training in nonagenarians. Effects on skeletal muscle. JAMA, 1990, 13 июня, том 263, выпуск 22, страницы 3029–3034. doi: 10.1001/jama.1990.03440220053029 Десять ослабленных участников домов престарелых, средний возраст девяносто лет, максимальный девяносто шесть, восемь недель силовых занятий. Прирост силы в среднем 174 процента у девяти завершивших, увеличение площади мышцы бедра на 9 процентов, улучшение скорости ходьбы на 48 процентов.

4a. Fiatarone M. A., O'Neill E. F., Ryan N. D. и соавторы. Exercise Training and Nutritional Supplementation for Physical Frailty in Very Elderly People. The New England Journal of Medicine, 1994, том 330, выпуск 25, страницы 1769–1775.

5. Шведское длительное исследование: улучшение физических показателей и замедление темпов снижения мышечной массы у начавших регулярно заниматься после тридцати пяти лет.

6. Положение о том, что без нагрузки мышечный рост не происходит независимо от количества потребляемого белка.

Биохакинг. Три списка

Проблема этого слова в том, что оно накрывает собой слишком многое.

Один человек ложится спать в одно и то же время и принимает витамин Д, потому что сдал анализ и там дефицит.

Другой без диагноза принимает препараты для диабетиков, рассчитывая продлить молодость.

Формально оба занимаются биохакингом. Риски у них различаются радикально.

Именно на этом смешении всё и построено. Разумное и безумное лежат в одной корзине с одним ярлыком, и продаётся эта корзина целиком.

Поэтому ниже три списка. Что работает, что просто дорого и что вредит.

СПИСОК ПЕРВЫЙ: ЧТО РАБОТАЕТ

Он короткий и вы его уже знаете, потому что читали предыдущие главы.

Регулярный сон и утренний свет.

Силовая нагрузка, пусть даже пятнадцать минут три раза в неделю.

Аэробная активность, порядка двадцати минут в день.

Отказ от курения.

Разумное отношение к алкоголю.

Коррекция подтверждённых дефицитов, именно подтверждённых, по анализу и с врачом.

Обследования, положенные вам по возрасту.

Всё. Это весь список.

Обратите внимание на две вещи. Первое: почти всё здесь бесплатно или почти бесплатно. Второе: ни одна позиция не звучит интересно.

Именно поэтому вокруг этого списка не строят индустрию. Продавать нечего, рассказывать нечего, в разговоре за столом не блеснёшь.

СПИСОК ВТОРОЙ: ЧТО ПРОСТО ДОРОГО

Сюда попадает то, что скорее всего вам не навредит, но за что вы платите без подтверждённого результата.

Расширенные панели анализов «биологического возраста». Вы получаете много цифр и почти всегда ни одного решения, которое от этих цифр зависит.

Носимые устройства сверх той пользы, которую даёт сама привычка двигаться. Прибор полезен ровно настолько, насколько меняет ваше поведение.

Комплексы добавок «для энергии», «для сосудов», «для мозга». Здесь работает всё, что вы читали в главе про магний и омегу.

Экзотические процедуры: капсулы, ванны, свет, барокамеры, капельницы. Некоторые из них имеют узкие показания в медицине. Продаются они гораздо шире, чем эти показания.

Курсы, программы, сопровождение, подписки.

Общая черта всего списка: вам продают ощущение управления собственным организмом. Само ощущение при этом настоящее. Просто оно не то же самое, что результат.

СПИСОК ТРЕТИЙ: ЧТО ВРЕДИТ

Здесь всерьёз, поэтому разберём подробнее.

Приём гормонов без показаний.

Здесь я обязан быть аккуратнее, чем принято в таких списках, и заодно показать вам, как это работает.

Про тестостерон вы наверняка слышали, что он повышает риск инфаркта и инсульта. Эта история пошла от одной работы две тысячи тринадцатого года. Работа настоящая, но посмотрите на неё теми вопросами, которые у вас уже есть.

Это наблюдение, а не сравнение с пустышкой. Разница в абсолютных величинах составила около шести процентов, но доверительный интервал захватывал ноль, то есть результат мог означать и отсутствие разницы. К статье дважды выходили исправления, во втором были затронуты данные более чем тысячи человек. И самое главное: речь шла о мужчинах с уже низким тестостероном, прошедших обследование сосудов сердца, то есть о людях с кардиологическими проблемами, а не о здоровых.

Позже профессиональные объединения оценили силу доказательств сердечно-сосудистого риска как слабую.

Зачем я это рассказываю. Не чтобы убедить вас, что тестостерон безопасен. А чтобы показать, что громкий заголовок про вред устроен ровно так же, как громкий заголовок про пользу, и проверять надо оба.

С гормоном роста история похожая, и она меня удивила.

Я собирался написать, что он повышает риск диабета и онкологических заболеваний, потому что так пишут в популярных статьях про биохакинг. Проверил. Данные говорят другое.

Крупное наблюдение более чем за пятнадцатью тысячами пациентов подтвердило приемлемый профиль безопасности,

не показало увеличения частоты новых онкологических заболеваний и отметило нейтральное влияние на обмен глюкозы. Клинические рекомендации профильного общества прямо отмечают, что множество исследований не нашли подтверждений повышенного онкологического риска.

Казалось бы, хорошая новость для тех, кто принимает гормон роста «для молодости».

Только вот в чём дело. Все эти данные получены на людях с подтверждённым дефицитом гормона роста, которым его назначил врач и которых наблюдали. Это совсем другая группа, чем здоровый человек, покупающий препарат для омоложения.

Про вторую группу данных о безопасности просто нет. Не «есть плохие», а нет никаких. Никто не проводил многолетних наблюдений за здоровыми людьми, принимающими гормон роста без показаний, потому что такое исследование никто бы и не одобрил.

Это и есть настоящий аргумент, и он сильнее любого страшного заголовка.

А ЧТО ЖЕ ТОГДА ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ПРОБЛЕМА

Причина не назначать себе гормоны проще и не требует спорных исследований.

Гормональная система работает по обратной связи. Вводя гормон извне, вы подавляете собственную выработку. Восстанавливается она не всегда и не быстро. Это касается и тестостерона, и гормонов щитовидной железы, которые принимают «для энергии».

Плюс то, что написано выше: для вашей ситуации данных о безопасности не существует, потому что изучали не вас.

Здесь нужен не страшный заголовок, а врач и контроль показателей.

Приём лекарств без диагноза. Самый известный пример это препарат от диабета, который принимают «для продления молодости».

Проверил и здесь. Ситуация не та, какой её обычно описывают с обеих сторон.

Исследование, специально спроектированное, чтобы ответить на этот вопрос у людей, существует, но результатов пока нет. То есть доказанной пользы для здоровых людей на сегодня нет не потому, что её опровергли, а потому, что проверка ещё не закончена.

Данные, на которые ссылаются сторонники, получены на животных и в наблюдениях за диабетиками. И там же есть работа, где у старых животных без нарушений обмена препарат продолжительность жизни сокращал.

Итого: рецептурное лекарство со своими показаниями, противопоказаниями и побочными эффектами, которое здоровые люди принимают, опираясь на исследование, которое ещё не закончилось.

Складывание добавок стопкой. Специалисты описывают типичную картину: человек принимает пятнадцать-двадцать добавок одновременно, не учитывая, что они взаимодействуют. Высокие дозы цинка вытесняют медь. Жирорастворимые витамины конкурируют между собой за усвоение. От бесконтрольного приёма страдают в первую очередь печень и почки.

Жёсткое голодание в экстремальных формах, вплоть до отказа от еды на недели.

Ноотропы и стимуляторы для продуктивности. Краткосрочный подъём есть, а дальше организм выставляет счёт: нарушения сна, тревога, истощение.

И самое опасное, что стоит в этом списке отдельно.

Отказ от необходимой лекарственной терапии в пользу «натуральных» альтернатив.

Это худший сценарий из всех возможных, и он же самый частый. Человек, у которого есть работающее назначение, заменяет его на то, что ему продали как естественное. Все предыдущие пункты стоят денег и здоровья. Этот стоит времени, которое иногда нельзя вернуть.

ЧЕТВЁРТАЯ ВЕЩЬ, КОТОРУЮ НЕ ПИШУТ В СПИСКАХ

Есть эффект, о котором почти не говорят, потому что он не про вещество.

Психологическая зависимость от контроля. Человек начинает жить от чекапа до чекапа. Каждое утро проверяет показатели сна. Расстраивается из-за цифры на браслете. Планирует день вокруг режима питания.

Формально он занимается здоровьем. Фактически он получил новый источник постоянной тревоги, а тревога, как вы помните из главы про воспаление, сама по себе в этих списках не с полезной стороны.

Если инструмент контроля начал управлять вами, а не вы им, это уже не оптимизация.

КАК ОТЛИЧИТЬ ОДНО ОТ ДРУГОГО

У вас уже есть всё необходимое, и вопросы те же самые.

Кто заплатил за то, что я об этом узнал.

Что именно обещают: улучшить показатель, улучшить самочувствие или изменить исход. Это три разные вещи.

Кто это проверял, кроме продавца.

Что будет, если я просто этого не сделаю.

Добавлю один, специально для этой темы. Если бы это работало так, как обещают, почему этого нет в списке, который вы прочитали первым.

Первый список короткий не потому, что медицина консервативна. Он короткий потому, что в нём осталось только то, что выдержало проверку.

Связь со списком: первый список этой главы и есть ваш путь к пяти пунктам. Второй и третий к ним не ведут никуда.

ОГОВОРКА

Некоторые вещи из второго и третьего списков имеют законные медицинские применения. Гормональная терапия при подтверждённом дефиците, лечебное голодание под наблюдением, серьёзные препараты по показаниям. Разница не в веществе, а в том, есть ли диагноз и кто принимает решение.

И если что-то из третьего списка вы уже принимаете по назначению врача, эта глава к вам не относится. Она про самоназначение.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

(идут в общий список на стр. 280)

1. Long-term Safety of Growth Hormone in Adults With Growth Hormone Deficiency: Overview of 15 809 GH-Treated Patients. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 2022, том 107, выпуск 7, страницы 1906 и далее. Отсюда: приемлемый профиль безопасности, отсутствие увеличения частоты новых онкологических заболеваний, ней-

тральное влияние на обмен глюкозы и липиды.

1a. Evaluation and Treatment of Adult Growth Hormone Deficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 2011, том 96, выпуск 6. Отсюда: положение о том, что множество исследований не нашли подтверждений повышенного онкологического риска при терапии гормоном роста.

2. Vigen R., O'Donnell C. I., Baron A. E. и соавторы. Association of Testosterone Therapy With Mortality, Myocardial Infarction, and Stroke in Men With Low Testosterone Levels. JAMA, 2013, том 310, выпуск 17, страницы 1829–1836. doi: 10.1001/jama.2013.280386 Опубликованные исправления: JAMA, 2014, том 311, выпуск 9, страница 967, и последующее. Ретроспективное наблюдательное исследование, 8709 мужчин, система здравоохранения ветеранов США. Отношение рисков 1,29 при доверительном интервале от 1,04 до 1,58. Разница абсолютных величин 5,8 процента при доверительном интервале от минус 1,4 до 13,1 процента.

2a. Позиция профессионального объединения об оценке силы доказательств сердечно-сосудистого риска при тестостероновой терапии как слабой. Mayo Clinic Proceedings, 2024.

3. Материалы о клиническом исследовании, посвящённом проверке гипотезы о замедлении старения метформином у людей, и о том, что результаты на момент написания не опубликованы.

3a. Работа о влиянии метформина на продолжительность жизни метаболически здоровых организмов в пожилом возрасте, Nature Metabolism, 2020, Институт исследований старения имени Лейбница и Йенский университет имени Фридриха Шиллера. Исследование на животных.

4. Комментарий советника директора Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины о рисках бесконтрольного применения биологически активных добавок: приём пятнадцати-двадцати добавок одновременно, вытеснение меди высокими дозами цинка, конкуренция жирорастворимых витаминов за усвоение, отказ от необходимой фармакотерапии как наиболее опасный сценарий.

5. Материалы о нагрузке на печень и почки при бесконтрольном приёме добавок.

6. Материалы о краткосрочном эффекте ноотропов и стимуляторов и последующих нарушениях сна, тревоге и истощении.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ · ГЛАВА

Что реально влияет на продолжительность жизни, в порядке значимости

Если бы вам дали один список и сказали, что выполнение пунктов сверху даёт больше всего лет, а снизу меньше всего, вы бы, наверное, хотели его увидеть.

Он существует. Он довольно скучный. И первые три позиции в нём не стоят ни копейки.

Оговорюсь сразу насчёт точности. Расставить факторы по строгим местам с точностью до года невозможно: исследования устроены по-разному, считают разное и на разных популяциях. Но общий порядок величин известен хорошо, и он устойчив.

СНАЧАЛА ОБЩАЯ КАРТИНА

Около двух третей смертей в мире приходится на хронические неинфекционные заболевания.

Эти заболевания в значительной степени определяются четырьмя поведенческими факторами: курением, нездоровым питанием, недостаточной физической активностью и злоупотреблением алкоголем.

Прочитайте это ещё раз. Не генетикой. Не экологией. Не доступностью врачей.

Четырьмя вещами, которые находятся в зоне ваших решений.

Это не значит, что медицина не важна. Она важна и она работает. Это значит, что вклад того, что вы делаете каждый день, больше, чем вам кажется, а вклад того, что вы покупаете, меньше.

ПЕРВОЕ МЕСТО: НЕ КУРИТЬ

Это не близко к остальному. Это отдельно.

По российским исследованиям, продолжительность жизни курильщиков в сравнении с никогда не курившими была ниже примерно на пять лет. Продолжительность здоровой жизни, то есть тех лет, которые проходят без серьёзных ограничений, ниже примерно на три года.

Отдельная оценка приписывала курению около четырнадцати процентов всех смертей в стране за один год.

Пять лет. Ни одна добавка, ни одна процедура, ни один чекап не приблизится к этой цифре даже отдалённо.

И, что для нашей книги существенно, отказ от курения не стоит денег. Он их возвращает.

ВТОРОЕ МЕСТО: ДВИГАТЬСЯ

Про это была отдельная глава, поэтому коротко.

Порог входа низкий. Двадцать минут в день. Самая большая прибавка достаётся тому, кто переходит от «ничего» к «хоть что-то».

Стоимость: ноль.

ТРЕТЬЕ МЕСТО, И ЕГО ВЫ НЕ ОЖИДАЛИ

Наличие близких людей.

Крупный метаанализ объединил сто сорок восемь исследований и более трёхсот восьми тысяч участников, со средним сроком наблюдения семь с половиной лет.

У людей с более прочными социальными связями вероятность выжить оказалась выше примерно в полтора раза. Результат держался независимо от возраста, пола, исходного состояния здоровья, причины смерти и длительности наблюдения.

Сами авторы сопоставляют величину эффекта с отказом от курения и отмечают, что она превосходит такие известные факторы, как избыточный вес и недостаток физической активности.

И одна деталь, которая делает вывод точнее. Сильнее всего связь проявлялась там, где социальную включённость измеряли сложными показателями. А самый слабый результат дал простейший признак: живёт человек один или с кем-то. Там эффект был минимальным и статистически неубедительным.

То есть дело не в том, есть ли рядом кто-то в квартире. Дело в том, есть ли у вас люди.

Не «полезно для настроения». Не «улучшает качество жизни». Влияет на то, сколько вы проживёте, в том же порядке величин, что и курение.

Теперь спросите себя, сколько раз вы слышали про омегу и сколько раз про то, что стоит позвонить сестре.

Ответ вы знаете. У связей с людьми нет производителя.

Здесь же лежит и объяснение, почему первые три места заняты именно этим. Всё, что на них стоит, невозможно упаковать и продать. Поэтому вам про это и не напоминают.

ДАЛЬШЕ ПО СПИСКУ

Алкоголь. Один из тех самых четырёх факторов.

Питание. Не отдельные продукты и не суперфуды, а общий рисунок рациона. Про это была глава про тарелку.

Масса тела. В крупных исследованиях образа жизни она входит в набор факторов, связанных с большей ожидаемой продолжительностью жизни.

Сон. Работает и напрямую, и через всё остальное: недосып тянет за собой и питание, и активность, и способность справляться со стрессом.

Обследования по возрасту. Не «побольше анализов», а именно положенный набор, о котором была отдельная глава.

ЧТО ДАЁТ ВСЁ ЭТО ВМЕСТЕ

Есть крупное исследование, где отслеживали пять факторов одновременно: отсутствие курения в анамнезе, нормальная масса тела, не менее получаса умеренной или интенсивной активности в день, умеренное потребление алкоголя и питание из верхней части по качеству рациона.

Наблюдали почти сто двадцать три тысячи человек, женщин с тысяча девятьсот восьмидесятого года, мужчин с тысяча девятьсот восемьдесят шестого, и до две тысячи четырнадцатого.

Теперь цифры, ради которых стоило всё это читать.

Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте пятидесяти лет у тех, кто не выполнял ни одного из пяти пунктов, составила двадцать девять лет для женщин и двадцать пять с половиной для мужчин.

У тех, кто выполнял все пять, сорок три года для женщин и тридцать семь с половиной для мужчин.

Разница четырнадцать лет у женщин и двенадцать с небольшим у мужчин.

Двенадцать лет. За пять пунктов, ни один из которых ничего не стоит.

Обратите внимание на состав набора. Ни одной покупки. Ни одной подписки. Ни одного прибора. Ни одной банки.

Все пять пунктов это решения, а не приобретения.

ЧЕГО В ЭТОМ СПИСКЕ НЕТ

Теперь посмотрите, чего в нём нет, и сравните с тем, на что уходят ваши деньги.

В нём нет ни одной добавки.

Нет ни одного расширенного чекапа.

Нет ни одной процедуры.

Нет ни одного прибора.

Нет ни одного «комплекса для».

Это не значит, что ничего из перечисленного не имеет смысла никогда. Это значит, что в списке того, что реально двигает вашу продолжительность жизни, всего этого нет даже близко к первым строчкам.

Вот, собственно, и вся книга, в одной главе.

Связь со списком: этот перечень отвечает на вопрос «сколько». Ваши пять пунктов отвечают на вопрос «в каком состоянии». Хорошая новость в том, что ответы почти совпадают.

«А КАК ЖЕ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ?»

Это самое частое возражение на всё, что написано в этой главе, и оно заслуживает честного ответа, а не отмахивания.

Возражение обычно звучит в двух видах.

Первый: «у меня в роду все болели, значит, от меня ничего не зависит». Второй, зеркальный: «мой дед курил до девяноста, значит, всё это не работает».

Оба построены на одной ошибке, и мы её уже разбирали. Отдельный случай не опровергает статистику, а история одной семьи это очень маленькая выборка.

Что можно сказать по существу.

Наследственность влияет, и отрицать это глупо. Но влияет она на исходный уровень риска, а не на то, работают ли перечисленные факторы.

Вспомните главу про относительный и абсолютный риск. У человека с высоким исходным риском те же самые действия дают больший абсолютный выигрыш, а не меньший. То есть наследственность, если она неблагоприятна, это аргумент не против списка, а за него.

И обратное тоже верно. Дед, куривший до девяноста, не доказывает безопасности курения. Он доказывает, что риск это вероятность, а не приговор, и что у отдельных людей бывает везение, на которое нельзя рассчитывать заранее.

Практический вывод один и он скучный. Семейная история это не приговор и не индульгенция. Это информация, которую стоит сообщить врачу, потому что она влияет на то, что и когда вам стоит проверять.

И ЕЩЁ ОДНО ВОЗРАЖЕНИЕ, БОЛЕЕ ЧЕСТНОЕ

«Всё это требует денег и времени, которых у меня нет».

Здесь возразить труднее, и я не буду делать вид, что это не так.

Скажу только, что посмотрите на первые три позиции списка ещё раз.

Не курить. Это не расход, а экономия.

Двигаться. Двадцать минут ходьбы. Бесплатно.

Иметь близких людей. Требует времени, но не денег.

Именно поэтому список начинается с них, а не с питания и обследований, которые действительно упираются в ресурсы.

Верхняя часть этого списка доступна человеку с любым доходом. И именно она даёт больше всего.

ЧЕСТНО ПРО ЭТОТ СПИСОК

Обязан применить к себе то же правило, что применял к другим.

Большинство работ по образу жизни это наблюдательные исследования. Со всеми известными вам ограничениями. Человек, который не курит и много ходит, отличается от курящего домоседа не только этим.

Почему тогда я привожу этот список с большей уверенностью, чем список добавок из предыдущих глав.

Потому что здесь совпадает несколько независимых источников доказательств. Наблюдения, естественные эксперименты, биологические механизмы, и по некоторым позициям прямые вмешательства. Когда разные типы исследований указывают в одну сторону, это сильнее, чем любой из них по отдельности.

И потому что цена ошибки другая. Если вы начнёте ходить двадцать минут в день, а связь окажется слабее, чем считается, вы всё равно ничего не потеряли. С банкой за четыре тысячи это работает иначе.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

(идут в общий список на стр. 280)

1. Данные о доле хронических неинфекционных заболеваний в общей смертности и о четырёх основных поведенческих факторах риска: курение, нездоровое питание, недостаточная физическая активность, злоупотребление алкоголем. Всемирная организация здравоохранения.

2. Российское исследование вклада курения в ожидаемую продолжительность жизни: разница около пяти лет между курильщиками и никогда не курившими, разница по продолжительности здоровой жизни около трёх лет.

3. Оценка доли смертей, связанных с курением, в общей смертности за год.

4. Holt-Lunstad J., Smith T. B., Layton J. B. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. PLoS Medicine, 2010, 27 июля, том 7, выпуск 7, e1000316. doi: 10.1371/journal.pmed.1000316 Сто сорок восемь исследований, 308 849 участников, средний срок наблюдения 7,5 года. Отношение шансов 1,50 при доверительном интервале от 1,42 до 1,59. Устойчивость результата по возрасту, полу, исходному состоянию здоровья, причине смерти и длительности наблюдения. Наибольшая величина эффекта при комплексных показателях социальной интеграции (1,91), наименьшая при бинарном показателе проживания в одиночестве (1,19, доверительный интервал от 0,99 до 1,44). Сопоставление величины эффекта с отказом от курения. Открытый доступ.

5. Li Y., Pan A., Wang D. D. и соавторы. Impact of Healthy Lifestyle Factors on Life Expectancies in the US Population. Circulation, 2018, 24 июля, том 138, выпуск 4, страницы 345–355. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032047 Данные Nurses Health Study, 78 865 женщин, 1980–2014, и Health Professionals Follow-up Study, 44 354 мужчины, 1986–2014. Пять факторов низкого риска. Ожидаемая продолжительность жизни в пятьдесят лет: 29,0 года у женщин и 25,5 года у мужчин при нуле факторов, 43,1 года у женщин и 37,6 года у мужчин при всех пяти. Отношение рисков общей смертности 0,26 при доверительном интервале от 0,22 до 0,31. К публикации выходило исправление: Circulation, 2018, том 138, выпуск 4, e75.

Что делают люди, которые доживают до восьмидесяти в хорошей форме

На этот вопрос есть знаменитый ответ, и вы его наверняка слышали.

Есть места на земле, где люди живут аномально долго. Сардиния. Окинава. Икария. Их назвали голубыми зонами, и последние двадцать лет весь мир изучает, что там едят, как двигаются и о чём думают.

Из этого выросли книги, сериал, кулинарные руководства, сертифицированные сообщества и целая отрасль.

Сформулированы даже принципы, общие для этих мест. Движение, встроенное в быт. Наличие цели. Умеренность в еде. Дневной отдых. Принадлежность к сообществу. Семья на первом месте. Правильный круг общения. Преимущественно растительный рацион.

Прекрасный список. Хочется немедленно переехать на Сардинию.

Есть одна проблема.

ЧТО НАШЁЛ ОДИН ДЕМОГРАФ

Сол Джастин Ньюман занялся не образом жизни долгожителей, а качеством данных о них.

Сразу оговорюсь, и оговорка тут обязательна. Основная работа Ньюмана существует в виде препринта и на момент написания этой книги рецензирование не проходила.

Я обязан это сказать, потому что во всех предыдущих главах требовал того же от других. Было бы странно разбирать чужие ссылки, а свои подавать молча.

Судите сами, насколько убедительны конкретные находки. Скажу только, что в две тысячи двадцать четвёртом году за эту работу ему вручили Игнобелевскую премию по демографии, а это награда, которую дают за исследования, заставляющие сначала засмеяться, а потом задуматься.

То есть задал вопрос, который в этой книге вы задавали уже много раз. Не «что они делают», а «откуда мы знаем, что это правда».

Результаты вышли неудобные.

В Греции, по его подсчётам, не менее семидесяти двух процентов заявленных долгожителей были мертвы, пропали без вести или оказались случаями пенсионного мошенничества.

По Японии он пришёл к выводу, что значительная часть данных о возрасте недостоверна, и связал это с той же пенсионной механикой.

На Сардинии исторически слабо работала регистрация рождений и смертей, особенно в удалённых районах. Многие долгожители могли быть моложе заявленного возраста просто из-за ошибок в церковных книгах.

Есть и цифры поразительнее. Введение свидетельств о рождении связано со снижением числа записей о супердолгожителях на величину от шестидесяти девяти до восьмидесяти

двух процентов. То есть как только появлялся документ, рекордсмены исчезали.

Даты рождения супердолгожителей подозрительно группируются вокруг первого числа месяца и вокруг дат, делящихся на пять. Так выглядят не биографии, так выглядят записи, сделанные приблизительно.

В тысяча девятьсот девяносто седьмом году выяснилось, что тридцать тысяч граждан Италии получают пенсию, будучи умершими. В две тысячи восьмом сорок два процента костариканцев старше девяноста девяти лет неверно указали возраст в переписи. После частичного исправления одна из голубых зон сократилась примерно на девяносто процентов.

И отдельно про нас. В две тысячи десятом году международная исследовательская группа по геронтологии не признала документы ни одного российского долгожителя старше ста десяти лет. Ни одного. Ни у кого не нашлось официального подтверждения года рождения.

САМОЕ НЕПРИЯТНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Дальше идёт вывод, от которого вся конструкция переворачивается.

Ньюман обратил внимание, что районы, объявленные голубыми зонами, оказались регионами с низкими доходами, низкой грамотностью, высоким уровнем преступности и, внимание, с более короткой средней продолжительностью жизни, чем в среднем по стране.

То есть в тех же самых местах люди в среднем живут меньше. А рекордсменов при этом больше.

Бедность и плохой учёт населения оказались предикторами статуса долгожителя.

Это ровно та ошибка, которую вы теперь умеете видеть. Нашли связь, объявили причину, продали образ жизни. А связь, похоже, была не с диетой, а с состоянием архивов.

ПОЧЕМУ ЭТО ГЛАВА, А НЕ СНОСКА

Можно было бы упомянуть это мимоходом. Но история слишком показательная, и вот чем.

Голубые зоны это самая симпатичная версия совета о здоровье, какую можно вообразить. Никто не продаёт вам таблетку. Вам говорят: ходите пешком, ешьте овощи, общайтесь с близкими, имейте цель в жизни.

Возразить нечему. Всё звучит правильно.

И тем не менее в основании этой правильности лежат данные, качество которых оказалось под серьёзным вопросом, а поверх неё выстроена индустрия с книгами, подписками и сертификатами.

Отсюда вывод, которым честно закончить вторую часть.

Проверять надо не только то, что звучит подозрительно. Проверять надо и то, с чем вы согласны. Особенно то, с чем вы согласны, потому что здесь вы не сопротивляетесь.

ПОЧЕМУ ТАКИЕ ИСТОРИИ ТАК ХОРОШО ПРОДАЮТСЯ

Стоит понять устройство, потому что подобные истории будут появляться и дальше, уже про другие места.

У них есть общий набор признаков.

Далёкое место. Проверить самому невозможно, а значит, приходится верить рассказчику.

Простая причина сложного явления. Долголетие объясняется одним фактором: рационом, укладом, особым продуктом.

Приятный вывод. Ничего запрещать не надо, достаточно жить правильно и спокойно.

И отсутствие проигравших. В таких историях никогда не рассказывают про тех, кто жил там же, ел то же самое и умер в шестьдесят.

Последний пункт самый важный. Мы видим только тех, кто дожил, и делаем выводы по ним. Тех, кто не дожил, в кадре нет, и никто не спрашивает, чем питались они.

Это устойчивая ошибка, и работает она не только с долгожителями. Успешные люди, выжившие компании, вылечившиеся пациенты: везде мы делаем выводы по тем, кто остался в поле зрения.

ЧТО ЖЕ ВСЁ-ТАКИ ИЗВЕСТНО ПРО ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

Раз уж красивая версия не выдержала проверки, скажу и то, что осталось, но осторожно, потому что данные здесь по определению слабее.

Долгожительство в некоторой степени наследуется. Это не отменяет всего сказанного в предыдущей главе, но означает, что часть картины от поведения не зависит.

И вторая честная мысль. Изучать людей, доживших до ста лет, вообще трудно: их мало, документы часто неполны, а расспрашивать их об образе жизни пятидесятилетней давности значит полагаться на память.

Поэтому надёжные выводы о долголетии получаются не из историй отдельных мест, а из больших наблюдений за обычными людьми, о которых была предыдущая глава. Там выборки в сотни тысяч человек и документированные данные, а не легенды.

Скучно. Зато проверяемо.

ЧТО ЖЕ ОСТАЛОСЬ

Теперь хорошая новость, и она больше, чем кажется.

Развалилась конкретная конструкция про волшебные места. Не развалилось почти ничего из того, что в неё входило.

Движение остаётся. Про него была глава, и оно держится на других данных.

Социальные связи остаются. Про них была предыдущая глава, и метаанализы по социальной изоляции к голубым зонам отношения не имеют.

Рисунок питания остаётся, с той же оговоркой, что и раньше: общая структура рациона, а не конкретный продукт.

Умеренность с алкоголем остаётся. Отсутствие курения остаётся и стоит выше всего остального.

Позитивный настрой и социальная стабильность действительно связаны с долголетием, хотя, по оценкам исследователей, слабее, чем качественная медицинская помощь.

Заметьте, что произошло. Мы убрали красивую историю про итальянских пастухов и получили ровно тот список, который был в предыдущей главе.

Связь со списком: если убрать красивую историю, остаётся ровно то, что нужно для ваших пяти пунктов. Больше ничего и не требовалось.

ОТВЕТ НА ВОПРОС ИЗ ЗАГОЛОВКА

Так что же делают люди, которые доживают до восьмидесяти в хорошей форме.

Судя по всему, ничего экзотического.

Они не курят. Они двигаются, не обязательно много. У них есть люди. Они едят обыкновенную еду обыкновенным обра-

зом. Они спят. Они доходят до врача тогда, когда положено, а не тогда, когда прижало.

Ни одного секрета. Ни одной покупки. Ни одного места, куда надо переехать.

Именно поэтому про это невозможно снять сериал, и именно поэтому вам про это не рассказывают.

На этом вторая часть заканчивается. Дальше третья, по вашей теме.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

(идут в общий список на стр. 280)

1. Исследования Сола Джастина Ньюмана, Университетский колледж Лондона, о качестве данных, лежащих в основе представлений о голубых зонах.

2. Оценка по Греции: доля заявленных долгожителей, оказавшихся умершими, пропавшими без вести или случаями пенсионного мошенничества.

3. Данные о состоянии регистрации рождений и смертей на Сардинии и о возможном занижении возраста в церковных записях.

4. Решение международной исследовательской группы по геронтологии, две тысячи десятый год, о непризнании документов российских долгожителей старше ста десяти лет.

5. Наблюдение о совпадении объявленных голубых зон с регионами низких доходов, низкой грамотности, высокой преступности и более короткой средней продолжительности жизни.

6. Перечень принципов, сформулированных для голубых зон, в изложении Дэна Бюттнера.

7. Оценка о связи позитивного настроя и социальной стабильности с долголетием и о сопоставлении этой связи с влиянием качественной медицинской помощи.

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ

ПО ВАШЕЙ ТЕМЕ

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ

ПО ВАШЕЙ ТЕМЕ

Вступление к части.

Скорее всего, вы открыли книгу именно из-за этой части. Или откроете её первой, если начали с конца.

Это нормально, и она для того и написана.

КАК ОНА УСТРОЕНА

Шесть тем. Щитовидка, кишечник, кожа, усталость, суставы, сон.

В каждой одна и та же структура, чтобы вам не приходилось искать.

Что вам продают по этой теме. Что из этого подтверждается. Что просто дорого. Что имеет смысл проверить. О чём спросить врача.

И в каждой есть раздел о том, при каких признаках разбираться самостоятельно не нужно, а нужно идти к врачу. Этот раздел стоит прочитать, даже если всё остальное вы пролистаете.

ПОЧЕМУ ТЕМ ШЕСТЬ, А НЕ ПЯТНАДЦАТЬ

Об этом стоит сказать прямо.

Первоначально их планировалось пятнадцать. Каждая получалась короткой, и я понял, что делаю.

Пятнадцать поверхностных разборов это пятнадцать возможностей ошибиться в чужой болезни. Шесть подробных полезнее, а обещание, которое можно выполнить, лучше обещания, которое звучит солиднее.

Часть тем при этом никуда не делась, а переехала. Про сон подробно во второй части. Про вес во многом в главе про тарелку. Про тревогу отчасти в главе про воспаление и в теме про усталость.

ЧЕГО ЗДЕСЬ НЕ БУДЕТ

Ни в одной теме вы не найдёте, чем лечиться.

Не потому, что я скрываю, а потому, что назначение зависит от вашей истории, вашего осмотра и ваших анализов, ничего из чего у книги нет.

Зато вы найдёте, что вам по этой теме продают, и чем это отличается от того, что известно. Этого достаточно, чтобы перестать покупать вслепую и начать разговаривать с врачом на другом уровне.

ОДНА ПРОСЬБА

Если вы читаете свою тему и узнаёте в описании себя, не спешите ставить себе диагноз.

Совпадение описания это повод дойти до врача и обсудить, а не повод начать что-то принимать или, наоборот, что-то отменить.

Разница между «я понял, о чём спросить» и «я понял, что у меня» огромна, и вся эта книга написана ради первого.

Щитовидка

Структура во всех темах третьей части одна и та же.

Что вам продают. Что из этого подтверждается. Что просто дорого. Что имеет смысл проверить. О чём спросить врача.

Начинаем с щитовидки, потому что это самая частая тема и самая насыщенная предложениями.

ЧТО ВАМ ПРОДАЮТ

Перечень узнаваемый.

Селен, отдельно или в комплексах.

Йод в добавках, часто с формулировкой про поддержку щитовидной железы.

Комплексы «для щитовидной железы», где то и другое собрано вместе, иногда с травами.

Отдельная категория: специальные диеты, исключающие те или иные группы продуктов, обещающие снижение антител.

И сопутствующее: расширенные панели анализов, консультации специалистов по питанию, курсы.

ЧТО ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ

Начнём с того, что не спорно.

Функцию щитовидной железы оценивают по анализу крови. Скрининговым показателем признан тиреотропный гор-

мон. Его повышение указывает на сниженную функцию, снижение на повышенную.

При аутоиммунном процессе определяют антитела, в первую очередь к пероксидазе щитовидной железы и к тиреоглобулину.

При подтверждённом снижении функции назначают заместительную терапию. Это работает, это стандарт, и это не предмет спора.

Диагноз ставит и лечение назначает эндокринолог.

ТЕПЕРЬ ПРО СЕЛЕН, И ЗДЕСЬ НУЖНЫ ОБА ИНСТРУМЕНТА

Селен действительно связан со щитовидной железой. Концентрация селена в ней самая высокая среди всех органов, он входит в состав ферментов, участвующих в обмене тиреоидных гормонов. Это физиология, и она не оспаривается.

Дальше вопрос, который в этой книге задают всегда: а что показали проверки?

Ответ честный: результаты противоречивы. Часть работ не находит подтверждений эффективности при аутоиммунном тиреоидите, часть находит. Расхождение оказалось настолько заметным, что потребовался отдельный систематический обзор, чтобы разобраться.

Но главное не в этом. Главное вот в чём.

Посмотрите, что именно улучшалось в тех работах, где улучшение нашли.

Снижались титры антител.

Теперь вспомните второй вопрос из четырёх и главу про суррогатные показатели.

Титр антител это показатель. Он не равен самочувствию и не равен исходу.

Снижение антител не означает автоматически, что функция железы сохранится лучше, что заместительная терапия не понадобится или понадобится позже, что вы будете чувствовать себя иначе.

Всё это отдельные вопросы, и на них нужны отдельные ответы.

Вот перед вами живой пример того, зачем нужна была первая часть книги. Утверждение «селен снижает антитела» может быть правдой. Утверждение «селен помогает при болезни щитовидной железы» из него не следует.

ПРО ЙОД, И ЭТО СЕРЬЁЗНО

Здесь я обязан быть особенно аккуратным, потому что йод продаётся как безобидная добавка, а безобидным он не является.

Дефицит йода реален и имеет тяжёлые последствия, особенно во время беременности. Профилактика на уровне популяции, через йодированную соль, вещь разумная и признанная.

Но самостоятельный приём это другое.

Из литературы известно, что взаимодействие йода и селена в организме имеет значение, и что восполнение дефицита йода без учёта состояния по селену может сопровождаться ростом титров антитиреоидных антител.

Иначе говоря, добавка, которую вы считаете поддерживающей, при определённых условиях может работать не в вашу пользу.

Поэтому решение о йоде принимается с врачом и по показаниям, а не по совету из интернета и не по логике «щитовидке нужен йод».

СЕРАЯ ЗОНА, ГДЕ ПРОДАЁТСЯ БОЛЬШЕ ВСЕГО

Теперь самое важное в этой теме, и в основной книге у вас уже есть всё, чтобы это понять.

Начнём с цифр, которые объясняют устройство рынка.

Гипотиреоз встречается примерно у четырёх с половиной процентов взрослых. Но явная, манифестная форма это лишь около трёх десятых процента. Остальные четыре с лишним процента это субклиническая форма.

То есть подавляющее большинство людей, которым сказали про щитовидку, находятся не в болезни и не в норме, а в промежутке.

Субклинический гипотиреоз это состояние, когда тиреотропный гормон повышен, а сами гормоны железы ещё в норме. Чаще всего он протекает бессимптомно.

И вот здесь начинается то, ради чего написана вся первая часть книги.

НАБЛЮДЕНИЕ ГОВОРИТ ОДНО, ПРОВЕРКА ДРУГОЕ

Наблюдательные исследования связывают субклинический гипотиреоз с повышенным риском ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности и сердечно-сосудистой смерти. Особенно при заметно повышенных значениях гормона.

Звучит как основание лечить. Логика знакомая: есть отклонение, есть связь с плохими исходами, значит, надо исправить отклонение.

А теперь то, что показали рандомизированные исследования.

Приём заместительной терапии у таких пациентов не улучшал качество жизни и не уменьшал выраженность симп-

томов. Данных об улучшении прогноза на фоне терапии на сегодня нет.

Прочитайте это ещё раз, держа в голове главу про наблюдения и главу про суррогатные показатели.

Цифра в анализе улучшается. Это несомненно, для того препарат и создан. А вот улучшается ли при этом человек, оказалось отдельным вопросом, и ответ на него пока не утвердительный.

ПОЧЕМУ ЖЕ ТОГДА ЛЕЧАТ

Потому что вопрос действительно спорный, и это не тот случай, где одна сторона права, а другая нет.

Российские рекомендации предполагают лечение в определённых ситуациях: при значительно повышенном уровне гормона, при дважды подтверждённом умеренном повышении, у пациентов старше пятидесяти пяти с сердечно-сосудистыми заболеваниями, и отдельно при беременности или её планировании.

За рубежом при субклинических формах чаще ограничиваются наблюдением с регулярным контролем.

Разные страны, разные протоколы, одно и то же состояние. Мы такое уже видели в теме про суставы.

ЧТО ИЗ ЭТОГО СЛЕДУЕТ ПРАКТИЧЕСКИ

Три вещи, и все три полезные.

Первая. Однократно повышенный гормон это не диагноз. Показатель может подниматься временно, и после прекращения действия провоцирующего фактора профиль возвращается сам. Поэтому его исследуют повторно, с интервалом в несколько месяцев.

Это ровно то, о чём была глава про норму: одна точка не линия.

Вторая. Не у всех состояние прогрессирует. У части людей уровень стабилизируется на годы.

Третья, и о ней говорят реже всего. У лечения есть своя цена. Терапия обычно пожизненная. Неверно подобранная доза может привести к избытку гормонов, а это вредно для сердца и костей.

То есть решение здесь не между «лечить» и «ничего не делать». Оно между двумя вариантами, у каждого из которых есть последствия.

ГДЕ В ЭТОЙ СЕРОЙ ЗОНЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ ДОБАВКИ

Теперь понятно, почему именно вокруг щитовидки столько предложений.

Представьте человека, которому сказали: у вас пограничный результат, лечить пока не будем, понаблюдаем.

Он выходит с тревогой и без действия. Тревога есть, делать нечего.

Вот в этот зазор и заходит весь рынок. Комплексы, курсы, диеты, специалисты по питанию. Не потому, что кто-то злодей, а потому, что человеку невыносимо беспокоиться и ничего не предпринимать.

Если вы окажетесь в этой ситуации, знайте: наблюдение это не бездействие. Это и есть тактика, у неё есть основания, и повторный анализ через несколько месяцев это конкретное запланированное действие, а не отговорка.

ЧТО ПРОСТО ДОРОГО

Комплексы «для щитовидной железы». Как правило, это селен и йод в одной упаковке, с наценкой за слово на этикетке. Всё сказанное выше относится к ним в полной мере, причём дважды.

Расширенные гормональные панели по собственной инициативе. Помните арифметику из главы про норму: чем больше показателей, тем выше вероятность случайного отклонения.

Диеты, обещающие снижение антител. Даже если антитела снизятся, вернитесь к разделу про суррогаты.

И отдельно стоит сказать про источники информации по этой теме. Значительная часть материалов о питании и добавках при заболеваниях щитовидной железы размещена там же, где эти добавки продаются. Встречаются статьи, которые заканчиваются названием конкретного продукта. Первый вопрос из четырёх работает здесь безотказно.

ЧТО ИМЕЕТ СМЫСЛ ПРОВЕРИТЬ

Коротко и по делу.

Тиреотропный гормон. Это базовый показатель, он недорогой, и с него начинается разговор.

При наличии жалоб или отклонений дальнейший набор определяет врач: гормоны, антитела, при необходимости ультразвуковое исследование.

Не наоборот. Не панель из десяти позиций по своей инициативе, а потом поиск того, кто объяснит цифры.

О ЧЁМ СПРОСИТЬ ВРАЧА

Четыре вопроса, которые уместны именно здесь.

Что показывает мой результат и что он означает для меня сейчас.

Если результат пограничный: имеет ли смысл пересдать через несколько месяцев, прежде чем что-то решать.

Если предлагается терапия: на основании чего именно в моём случае, ведь при субклинических формах вопрос спорный.

Нужно ли что-то делать прямо сейчас или достаточно наблюдения, и если наблюдения, то с какой периодичностью.

Если назначена терапия: как мы поймём, что доза подобрана, и когда пересматриваем.

И если вы уже принимаете что-то самостоятельно: скажите об этом. Особенно про йод. Это не признание вины, это информация, которая влияет на трактовку ваших анализов.

САМОЕ ВАЖНОЕ В ЭТОЙ ГЛАВЕ

Если вам назначена заместительная терапия, эта глава не имеет к ней никакого отношения.

Она про добавки, которые продают вокруг темы, а не про лечение. Самостоятельная отмена назначенного при сниженной функции железы это не эксперимент, а риск, и последствия развиваются не сразу, что делает их особенно коварными.

Ничего из прочитанного здесь не является поводом изменить назначение. Поводом обсудить его на приёме является, и это разные вещи.

Связь со списком: щитовидка влияет на энергию, вес, настроение и переносимость нагрузки. То есть почти на всё, из чего складываются ваши пять пунктов. Тем более обидно тратить внимание на добавки вместо одного анализа.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

1. Материалы о лабораторной диагностике: признание тиреотропного гормона скрининговым показателем, трактовка повышения и снижения, определение антител к пероксидазе щитовидной железы и к тиреоглобулину как маркеров аутоиммунного процесса, назначение заместительной терапии эндокринологом.

2. Систематический обзор с метаанализом рандомизированных контролируемых исследований применения селена при аутоиммунном тиреоидите. Отсюда: наличие противоречивых данных, часть работ не находит подтверждений эффективности, часть сообщает о снижении титров антител.

3а. Данные о распространённости гипотиреоза у взрослых и о соотношении манифестной и субклинической форм.

3б. Материалы о субклиническом гипотиреозе: ассоциация по данным наблюдательных исследований с повышенным риском ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности и сердечно-сосудистой смерти; отсутствие данных об улучшении прогноза на фоне заместительной терапии; результаты рандомизированных исследований, не показавшие улучшения качества жизни и уменьшения выраженности симптомов.

3в. Показания к лечению субклинического гипотиреоза по протоколу профессиональной ассоциации и различие подходов в отечественной и зарубежной практике.

3г. Материалы о необходимости двукратного определения уровня гормона с интервалом в несколько месяцев для исключения транзиторного нарушения, о стабилизации уровня у части пациентов и о риске избыточного лечения.

3. Обзорные материалы о роли селена в физиологии и патологии щитовидной железы. Отсюда: наивысшая концентрация селена в щитовидной железе, участие селенопротеинов в обмене тиреоидных гормонов, данные о том, что восполнение дефицита йода без учёта дефицита селена может сопровождаться ростом титров антитиреоидных антител.

Кишечник, вздутие, пищеварение

Это тема, с которой люди приходят чаще всего и уходят с наибольшим количеством покупок.

Причина понятная. Симптомы неприятные, они то есть, то нет, и почти всегда находится тот, кто объяснит их одним словом.

ЧТО ВАМ ПРОДАЮТ

Пробиотики. Отдельно, курсами, в комплексах, в йогуртах.

Пребиотики, синбиотики, метабиотики и прочие названия, которые появляются быстрее, чем исследования.

Ферментные препараты, принимаемые постоянно и без показаний.

Анализ кала на дисбактериоз и последующее лечение по его результатам.

Программы очищения кишечника.

Диеты с исключением больших групп продуктов, назначенные не врачом.

НАЧНЁМ С САМОГО ДОРОГОГО

Слово «дисбактериоз» знают все. И с ним стоит разобраться первым, потому что от него тянется всё остальное.

Этого диагноза нет в международной классификации болезней. Он используется врачами в России и странах ближнего зарубежья, и практически не встречается за их пределами.

Само по себе это ещё не приговор понятию. Но дальше интереснее.

Анализ кала на дисбактериоз, по результатам которого назначают лечение, не может дать того, что от него ждут. Причина техническая и её стоит понять.

Основную часть кишечной флоры составляют бактерии, которые не растут в питательной среде. В кале их обнаружить попросту невозможно. А соотношение микроорганизмов, найденных в кале, не соответствует тому, что находится в кишечнике.

То есть исследуется не то, что вы хотели узнать.

Добавьте к этому вопрос норм. Значения, с которыми сравнивают результат, восходят к отраслевому стандарту начала двухтысячных, а данные, на которых они построены, оцениваются как низкокачественные.

Соберите вместе. Метод не видит основную часть флоры. То, что видит, не отражает содержимое кишечника. Нормы для сравнения сомнительны.

И по результату назначается лечение.

ГЛАВНОЕ ПРАВИЛО ЛЮБОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Здесь уместно сформулировать принцип, который пригодится далеко за пределами этой темы.

Исследование имеет смысл делать тогда, когда его результат повлияет на тактику.

Если при любом исходе анализа будет назначено примерно одно и то же, анализ не нужен. Он нужен тому, кто его продаёт.

Это, кстати, готовый вопрос для приёма: как изменится лечение в зависимости от того, что покажет исследование? Ответ на него обычно закрывает половину предлагаемых обследований.

ПРО ПРОБИОТИКИ, БЕЗ КРАЙНОСТЕЙ

Здесь нужна точность, потому что тема поляризована.

Пробиотики это не пустышка вообще и не средство от всего. Существуют состояния, при которых определённые штаммы в определённых ситуациях показали пользу. Это узкие показания, и решение о них принимает врач.

Что не подтверждается, так это логика «пропить пробиотик для микрофлоры» в отсутствие конкретной задачи. Микрофлора это не бак, который наполняют.

И обратите внимание на устройство рекламы в этой категории. Обещания почти всегда даются в терминах показателя или ощущения: восстановить баланс, поддержать флору, улучшить самочувствие. Второй вопрос из четырёх здесь работает моментально.

ЧТО ПРОСТО ДОРОГО

Анализ на дисбактериоз и всё, что назначается по его результатам.

Длительные курсы ферментных препаратов без установленной ферментной недостаточности.

Программы очищения кишечника. Про них была отдельная глава в первой части, добавить нечего.

Постоянно обновляющиеся категории с новыми приставками. Скорость появления названий обгоняет скорость появления данных.

Самостоятельные исключающие диеты. Убрав крупные группы продуктов без показаний, вы получаете ограничения и не получаете диагноза.

ЧТО ИМЕЕТ СМЫСЛ ПРОВЕРИТЬ

Отправной точкой служат обычные вещи, которые редко звучат в рекламе: общий анализ крови, показатели воспаления, при необходимости обследование на инфекцию и целиакию, оценка питания и режима.

Конкретный набор определяет врач, потому что он зависит от симптомов, возраста и длительности.

Здесь важнее другое. Значительная часть жалоб на вздутие и нерегулярность связана с тем, что никакой анализ не покажет: питанием, режимом, стрессом, недосыпом, уровнем движения. Это скучный ответ, и именно поэтому его не продают.

А ЧТО ТОГДА У БОЛЬШИНСТВА ЛЮДЕЙ

Мы разобрали, чего нет. Теперь про то, что есть, и это самая полезная часть главы.

У значительной части людей с многолетним вздутием, болью и нестабильным стулом при нормальных анализах есть настоящий диагноз. Он называется синдромом раздражённого кишечника.

Ключевое про него нужно понять сразу, потому что это меняет всё отношение к собственным анализам.

При этом состоянии кишечник работает неправильно, но структурно он не изменён. Воспаления нет, язв нет, опухолей нет. Качество жизни при этом страдает серьёзно.

Отсюда следует то, из-за чего люди годами ходят по кругу.

Ваши анализы и обследования и должны быть нормальными. Нормальный результат это не «ничего не нашли» и не «врачи плохо искали». Это ожидаемая картина при этом диагнозе.

ПОЧЕМУ НЕТ АНАЛИЗА, КОТОРЫЙ ЭТО ПОКАЖЕТ

Многие мечтают об одном исследовании, которое раз и навсегда всё подтвердит. Такого исследования нет.

Диагноз ставится клинически, по международным критериям. Они описывают характер и длительность жалоб: повторяющаяся боль в животе на протяжении нескольких месяцев, связанная с дефекацией, с изменением частоты или формы стула.

Врач оценивает картину целиком и исключает другие причины. При этом, если нет тревожных признаков, из тех, что перечислены ниже в этой главе, длительный и дорогой поиск скрытой патологии сегодня уже не считается обязательным.

Обследования при этом всё же назначают, но узкие и по делу. При варианте с диареей это, например, исключение целиакии и оценка показателей, которые помогают отличить воспалительные заболевания кишечника.

И вот цифра, ради которой стоит это знать. В российском исследовании диагноз, поставленный по этим критериям, подтвердился после стандартного обследования более чем в девяноста шести процентах случаев.

То есть грамотно собранная беседа работает точнее, чем панель из двадцати анализов, сданных по собственной инициативе.

ЧТО С ЭТИМ ДЕЛАЮТ

Здесь тоже есть хорошая новость, и она конкретная.

Наиболее изученный подход к питанию при этом состоянии это временное ограничение определённой группы углеводов, которые плохо всасываются и активно ферментируются бактериями. Подход разработан в университете Монаша и известен под сокращённым названием.

Систематический обзор двадцать первого года, включивший двадцать два рандомизированных исследования, показал эффективность примерно у двух третей пациентов. Особенно выраженную при варианте с диареей.

Теперь важнейшее, и об этом обязан сказать любой, кто про этот подход упоминает.

Это не пожизненная диета. Это протокол из нескольких этапов: сначала временное ограничение, затем структурированное возвращение продуктов по одному, чтобы понять, что именно вызывает симптомы именно у вас. Возвращение это обязательная часть, а не опциональная.

Проходить его следует под наблюдением специалиста, и вот почему это не занудство. Постоянное ограничение большой группы растительных продуктов противоречит всему, что вы читали выше про разнообразие и микробиоту. Оставшись на этапе исключения навсегда, вы решите одну проблему и заведёте другую.

Поэтому списка продуктов в этой книге не будет. Не из скрытности, а потому что список без второго этапа приносит вред.

ЧТО ЕЩЁ РАБОТАЕТ

Помимо питания, при этом состоянии имеют значение вещи, которые вы уже встречали в этой книге.

Сон, стресс и физическая активность влияют на течение напрямую. Это не «всё от нервов» в обесценивающем смысле, а описание того, как устроена связь между нервной системой и кишечником.

И отдельно стоит знать: путь от первых симптомов до диагноза нередко занимает годы. Если вы ходите по кругу давно, дело часто не в вас и не в том, что вам не попался хороший врач. Дело в устройстве самого диагноза.

КОГДА НУЖНО НЕ РАЗБИРАТЬСЯ, А ИДТИ К ВРАЧУ

Этот раздел важнее всей остальной главы.

Есть признаки, при которых поиск информации в книгах и интернете надо прекращать и обращаться к врачу.

Кровь в стуле или чёрный стул.

Потеря веса, которую вы не планировали.

Симптомы, которые будят вас ночью.

Постоянная боль, а не эпизодическая.

Впервые появившиеся стойкие изменения работы кишечника в возрасте старше пятидесяти.

Затруднение при глотании, повторная рвота.

Отягощённая семейная история по онкологическим заболеваниям кишечника.

Ни один из этих признаков не разбирается добавками и не ждёт до понедельника. Всё остальное в этой главе относится к ситуации, где перечисленного нет.

О ЧЁМ СПРОСИТЬ ВРАЧА

Что из моих жалоб требует обследования сейчас, а что можно наблюдать.

Как изменится лечение в зависимости от результата предлагаемого анализа.

Если назначен препарат: на какой срок и как мы поймём, что он подействовал.

Если предложена диета: на какой срок, что именно исключаем и когда возвращаем. Последний вопрос обязательный.

Подхожу ли я под критерии синдрома раздражённого кишечника и нужно ли исключать что-то ещё в моём случае.

Связь со списком: ни один из пяти пунктов не звучит как «иметь идеальную микрофлору». Зато все пять страдают, когда вы годами живёте с неразобранной жалобой, покупая вместо разбора.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

1. Материалы о том, что диагноз «дисбактериоз» не включён в международную классификацию болезней и используется врачами преимущественно в России и странах ближнего зарубежья.

2. Материалы о неинформативности исследования кала на дисбактериоз: основная часть кишечной флоры представлена бактериями, не растущими в питательной среде; соотношение микроорганизмов в кале не соответствует их соотношению в кишечнике.

3. Материалы о происхождении используемых лабораториями норм: отраслевой стандарт начала двухтысячных годов, основанный на данных низкого качества.

4а. Материалы о синдроме раздражённого кишечника: отсутствие структурных изменений кишечника при значительном снижении качества жизни; установление диагноза клинически по международным критериям; отсутствие единственного исследования, объективно подтверждающего диагноз.

4б. Международные критерии диагностики: характер и длительность жалоб, связь с дефекацией, изменением частоты и формы стула.

4в. Российское исследование: подтверждение диагноза, поставленного по международным критериям, после стандартного обследования более чем в девяноста шести процентах случаев.

4г. Положение о рациональной диагностике при отсутствии тревожных симптомов и об узком наборе исследований при варианте с диареей.

4д. Систематический обзор 2021 года, включивший двадцать два рандомизированных исследования, об эффективности диетического подхода с ограничением ферментируемых углеводов примерно у двух третей пациентов. Разработка подхода в университете Монаша.

4. Положение о том, что исследование следует выполнять только если его результат повлияет на тактику лечения.

Кожа и акне

Тема, где продаётся больше всего и где доказательств меньше всего.

Причина в устройстве самой проблемы. Кожа видна. Её состояние меняется само по себе, волнами. И почти всё, что с ней происходит, можно связать с чем угодно задним числом.

ЧТО ВАМ ПРОДАЮТ

Уход: сыворотки, кремы, кислоты, тоники, курсы. Разброс цен в этой категории самый большой в книге.

Добавки: коллаген внутрь, цинк, витамины «для кожи», комплексы «для сияния».

Диеты: исключение молочного, сахара, глютена, пасленовых, и списки продуктов, которые «никогда не едят дерматологи».

Процедуры: чистки, пилинги, аппаратные методики, курсами.

Анализы: панели гормонов и «на скрытые воспаления» по собственной инициативе.

ЧТО ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРО ПИТАНИЕ, ЧЕСТНО

Здесь придётся признать неудобное: данные противоречивы, и это не отговорка, а состояние вопроса.

Связь между питанием и акне изучается. Обсуждаются два направления: продукты с высоким гликемическим индексом

и молочные продукты. Предполагаемый механизм связан с выбросом инсулина и влиянием на работу сальных желёз.

Что при этом говорят разные источники.

Часть работ сообщает о связи с молочными продуктами и отмечает, что для обезжиренного молока она выражена сильнее.

Другие специалисты отмечают, что доказательств пока недостаточно, чтобы установить чёткую связь.

И почти везде рядом стоит оговорка: эффект индивидуален, у части людей влияния нет вовсе.

Соберём. Направление исследуется, механизм правдоподобен, сила связи неясна, индивидуальные различия велики.

Это честный ответ. Он звучит слабее, чем «исключите молочное и кожа очистится», и именно поэтому вы чаще слышите второе.

ОТКУДА БЕРЁТСЯ УВЕРЕННОСТЬ

Обратите внимание, кто именно формулирует уверенно.

При подготовке этой главы уверенные утверждения попадались в блогах школ нутрициологии, на сайтах брендов и в материалах, ссылающихся на авторов популярных книг о том, как еда отражается на лице.

Осторожные формулировки попадались там, где ничего не продавали.

Это не доказательство неправоты первых. Это повод применить первый вопрос из четырёх, прежде чем менять свой рацион.

ПРО ГЛИКАЦИЮ И МОРЩИНЫ

Отдельно, потому что эта история заслуживает разбора как образец.

Гликация существует. Это реальный биохимический процесс, при котором сахара соединяются с белками, включая коллаген.

Дальше делается шаг: значит, сладкое вызывает морщины, а отказ от него их предотвратит.

Между реальным механизмом и этим выводом лежит всё, о чём была первая часть. Наличие механизма не означает, что вмешательство на уровне рациона даёт измеримый результат для внешности конкретного человека в обозримый срок.

Механизм это гипотеза о том, как могло бы работать. Доказательство это проверка того, работает ли.

Разница между ними и есть цена большинства покупок в этой категории.

ПРО КОЛЛАГЕН ВНУТРЬ

Коротко, потому что подробно было в первой части.

Съеденный белок расщепляется до аминокислот. Организм не доставляет их адресно в кожу по признаку происхождения. Утверждение «коллаген внутрь восполняет коллаген кожи» требует не логики, а данных.

СЛОВО, КОТОРОГО НЕ СУЩЕСТВУЕТ

Теперь то, ради чего стоит дочитать эту тему до конца. Здесь работает ровно та же механика, что в главе про добавки из первой части, и, узнав её один раз, вы будете видеть её везде.

Косметическая продукция регулируется отдельным техническим регламентом. И в нём есть положение, которое почти никто не знает.

Средства, предназначенные для диагностики и лечения заболеваний, к косметической продукции не относятся.

Из этого следует прямое ограничение. На упаковке косметики недопустимы названия, которые могут ввести потребителя в заблуждение. Крем «от экземы» или «от псориаза» назвать так нельзя.

А теперь главное.

В нашем законодательстве не закреплены понятия «космецевтика» и «лечебная косметика».

Прочитайте это ещё раз, а потом вспомните, сколько раз вы видели эти слова. На витринах аптек, в названиях марок, в описаниях, в разговорах консультантов.

Слова есть. Стоящей за ними юридической категории нет.

ЧТО ЭТО ЗНАЧИТ НА ПРАКТИКЕ

Не то, что вся такая косметика бесполезна. Это не следует и было бы передёргиванием.

Значит это следующее.

Слово «космецевтика» на банке не сообщает вам ни о составе, ни о концентрации, ни о проверенном эффекте. Оно не является обозначением категории с требованиями, потому что такой категории нет. Это слово, придуманное для продажи, и работает оно за счёт сходства с медицинским.

Оценка соответствия косметики подтверждает безопасность: состав, микробиологию, токсикологию, маркировку. Именно безопасность, а не то, что средство даст обещанный результат.

Мы уже видели эту конструкцию. У добавок было точно так же: регистрация подтверждает, что это не навредит, а не что это подействует.

ОТКУДА ТОГДА БЕРЁТСЯ РАЗНИЦА В ЦЕНЕ

Теперь вопрос про крем за двенадцать тысяч и крем за девятьсот получает ответ.

Обе банки прошли одну и ту же процедуру. Обе подтвердили безопасность. Ни одна не подтверждала эффективность, потому что от косметики этого не требуют.

Разница между ними может быть в составе. А может быть в упаковке, отдушке, месте на полке, рекламном бюджете и слове на этикетке, у которого нет юридического значения.

Узнать, что именно, можно единственным способом: сравнить составы. Они указаны на упаковке, потому что это требование регламента. Это скучно и работает.

И ГДЕ ТОГДА НАСТОЯЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

Там же, где оно было всегда.

Если у вас заболевание кожи, а не вопрос ухода, то средство с доказанной эффективностью будет лекарством, а не косметикой. У него другой регуляторный путь, другие требования и, как правило, назначение врача.

Именно поэтому дерматолог часто выписывает то, чего нет на полке с красивыми банками.

И именно поэтому годы, потраченные на подбор ухода, у многих заканчиваются одним визитом, после которого выясняется, что лечение существовало всё это время.

ЧТО ПРОСТО ДОРОГО

Разница между кремом за двенадцать тысяч и кремом за девятьсот чаще всего лежит не в действующих компонентах, а в упаковке, отдушке, бренде и обещании на этикетке. Сравнивать нужно составы, и это можно сделать прямо в магазине.

Комплексы «для кожи» без установленного дефицита.

Панели анализов по своей инициативе. Работает арифметика из главы про норму.

Курсы процедур, назначенные не врачом и без понятного критерия результата.

ЧТО ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ИМЕЕТ СМЫСЛ

Акне это медицинское состояние, а не косметический дефект. У него есть лечение с доказанной эффективностью, и назначает его дерматолог.

Это главное, что стоит унести из главы. Годы, потраченные на подбор ухода и исключение продуктов, у многих людей заканчиваются визитом к врачу, после которого выясняется, что лечение существовало всё это время.

Отдельно: стойкое акне, особенно у взрослых женщин, иногда связано с гормональными состояниями, которые требуют обследования. Это ещё один аргумент дойти до врача, а не до полки.

ОСОБАЯ ОГОВОРКА, И ОНА ВАЖНЕЕ ОСТАЛЬНОГО

Акне чаще всего начинается в подростковом возрасте.

Это значит, что советы по исключению больших групп продуктов адресуются людям, у которых отношения с едой и с собственной внешностью только формируются.

Исключение молочного, сахара, глютена и всего сразу на основании слабых данных и ради кожи может закончиться не улучшением кожи, а нарушенным отношением к еде. Это не редкость.

Поэтому если речь идёт о подростке, любые ограничения в питании обсуждаются с врачом, а не вводятся по статье в интернете.

И если отношение к еде или к внешности стало источником постоянной тревоги, это отдельная тема, которая решается не составом крема.

О ЧЁМ СПРОСИТЬ ВРАЧА

Что именно у меня и какое лечение имеет доказанную эффективность при этом.

Через какой срок оценивать результат.

Имеет ли смысл обследование на гормональные причины в моём случае.

Нужно ли что-то менять в питании и на основании чего именно.

То, что мне предлагают, это лекарство или косметика. Вопрос не про качество, а про то, чего от средства вообще можно ожидать.

Связь со списком: в ваших пяти пунктах кожа скорее всего не значится. Зато деньги и годы, ушедшие на неё, вполне могли бы пойти на то, что там есть.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

1. Материалы о связи питания с акне: обсуждение продуктов с высоким гликемическим индексом и молочных продуктов, предполагаемый механизм через выброс инсулина и влияние на работу сальных желёз, указание на индивидуальный характер эффекта.

2. Материалы, сообщающие о более выраженной связи для обезжиренного молока.

3. Материалы, отмечающие недостаточность доказательств для установления чёткой связи между потреблением молочных продуктов и акне.

4. Материалы о гликации как биохимическом процессе соединения сахаров с белками, включая коллаген.

5. Технический регламент Таможенного союза ТР ТС 009/2011 «О безопасности парфюмерно-косметической продукции». Отсюда: средства, предназначенные для диагностики и лечения заболеваний, не относятся к парфюмерно-косметической продукции; недопустимость на маркировке названий, вводящих потребителя в заблуждение; подтверждение соответствия в форме декларирования с испытаниями в аккредитованной лаборатории; требования к составу, микробиологическим и токсикологическим показателям и к маркировке.

6. Положение о том, что в законодательстве не закреплены понятия «космецевтика» и «лечебная косметика».

Усталость и нехватка энергии

Самая частая жалоба и самая плохо разбираемая.

Плохо разбираемая потому, что она неспецифична. Устают все. Устают от работы, от возраста, от осени, от детей, от жизни. Поэтому жалоба на усталость чаще всего никуда не ведёт: её выслушивают и предлагают отдохнуть.

А между тем за ней стоит короткий список вещей, которые проверяются, и одна, которая не проверяется ничем.

ЧТО ВАМ ПРОДАЮТ

Комплексы «для энергии».

Витамины группы Б, отдельно и в наборах.

Адаптогены и тонизирующие сборы.

Средства «для митохондрий».

Расширенные панели анализов, обычно теми же, кто про них рассказывает.

Курсы капельниц.

ЧЕТЫРЕ ПРИЧИНЫ, КОТОРЫЕ ВИДНО В АНАЛИЗЕ

Базовый набор при жалобе на постоянную усталость известен и стоит недорого.

Первая. Дефицит железа. Смотрят общий анализ крови и ферритин. Помните главу из второй части: ферритин бывает

низким при нормальном гемоглобине, и это ранняя стадия, которую стандартный анализ пропускает.

Вторая. Щитовидная железа. Смотрят тиреотропный гормон. И сниженная, и повышенная функция дают утомляемость.

Третья. Углеводный обмен. Смотрят глюкозу натощак и гликированный гемоглобин.

Четвёртая. Дефицит витамина Б12, а также фолиевой кислоты. Проявляется слабостью, утомляемостью, иногда ощущением тумана в голове. Отдельно стоит знать: при строгом веганстве дефицит Б12 развивается закономерно, потому что источников поступления практически нет.

Часто в набор добавляют витамин Д. Про него была отдельная глава: смысл имеет проверка уровня, а не приём вслепую.

Это недорого, это делается за один заход, и это то, с чего разговор должен начинаться.

ПЯТАЯ ПРИЧИНА, КОТОРУЮ НЕ ПОКАЖЕТ НИКАКОЙ АНАЛИЗ

Депрессия.

Об этом стоит сказать прямо, потому что именно эту причину пропускают чаще всего, и именно она чаще всего оказывается настоящей.

Депрессия далеко не всегда выглядит как печаль. Очень часто она выглядит как усталость. Человек не чувствует себя грустным. Он чувствует, что у него нет сил, что ничего не хочется, что всё даётся тяжелее, чем раньше, что сон не восстанавливает.

И идёт сдавать анализы.

Анализы приходят нормальные. Человек делает вывод, что дело в чём-то, что не нашли, и покупает следующий комплекс для энергии.

Здесь важно понимать две вещи.

Первая: депрессия это медицинское состояние, а не свойство характера и не недостаток силы воли. Она лечится, и лечится хорошо.

Вторая: её не видно в биохимии. Её определяют по-другому, через беседу и опросники, и это делает врач.

Если усталость держится неделями, а анализы в порядке, вопрос про настроение, интерес к обычным занятиям и сон стоит задать себе всерьёз. И задать врачу.

И ЕЩЁ ОДНА, КОТОРУЮ АНАЛИЗ ТОЖЕ НЕ ВИДИТ

Нарушения дыхания во сне.

Человек спит достаточно по времени и просыпается разбитым. Днём его клонит в сон. Близкие говорят, что он громко храпит, иногда с паузами.

Кровь тут ни при чём. Это выявляется отдельным исследованием сна.

Состояние распространённое, недодиагностируемое и при этом имеющее последствия для сердца и сосудов. Если описание похоже на вас, это повод обсудить его с врачом отдельно.

ЕСЛИ ВСЁ ПРОВЕРИЛИ, А СИЛ ВСЁ РАВНО НЕТ

Теперь про положение, в котором оказываются многие, и про которое почти не пишут.

Базовые анализы сданы. Всё в норме. Настроение обсудили. Сон проверили. А состояние прежнее.

В этой точке человек обычно делает один из двух выводов, и оба неверные. Либо решает, что от него что-то скрыли или чего-то не нашли. Либо решает, что дело в характере и надо просто взять себя в руки.

Есть третий вариант, и о нём стоит знать.

Существует состояние, которое в международной классификации болезней обозначено отдельным кодом. У нас его чаще называют синдромом хронической усталости, в мире всё чаще используют название миалгический энцефаломиелит, подчёркивая, что речь идёт не о слабости, а о системном заболевании.

ПРИЗНАК, ПО КОТОРОМУ ЕГО УЗНАЮТ

Ключевая особенность у него одна, и она очень характерная.

Называется она постнагрузочным недомоганием.

Суть в следующем. После активности, причём даже минимальной и не обязательно физической, состояние не улучшается, как у уставшего человека, а резко ухудшается. Причём не сразу: ухудшение приходит через несколько часов или на следующий день и держится сутки и дольше.

Прочитайте это описание внимательно, потому что именно оно отличает это состояние от обычной усталости, от нетренированности и от подавленного настроения.

Обычный уставший человек после прогулки чувствует себя лучше. Человек с этим состоянием, наоборот, расплачивается за прогулку следующим днём.

Помимо этого описывают стойкую усталость дольше полугода, сон, который не восстанавливает, нарушения концентрации и мышления, иногда нарушения со стороны вегета-

тивной регуляции, например учащённое сердцебиение при вставании.

ЧТО ОБЯЗАН СКАЗАТЬ ЛЮБОЙ, КТО ОБ ЭТОМ ПИШЕТ

Это не симуляция.

Формулировка не моя, она прямо приведена в профессиональном медицинском справочнике. И приведена там именно потому, что таких людей десятилетиями подозревали в притворстве и в слабохарактерности.

Это также не то же самое, что депрессия, хотя одно может сопровождать другое, и различить их задача врача.

Диагноз ставится путём исключения других причин. То есть тот базовый набор анализов, с которого начиналась эта глава, не был потерянным временем. Он был необходимым этапом.

Отдельно скажу честно: способа вылечить это состояние на сегодня нет. Есть подходы, облегчающие течение, и они подбираются врачом.

ВАЖНАЯ ПОПРАВКА К ДРУГОЙ ГЛАВЕ ЭТОЙ КНИГИ

Здесь я обязан вернуться к тому, что писал раньше.

В главе про движение я говорил, что порог входа низкий и что двадцать минут ходьбы в день дадут больше, чем что-либо ещё. Для большинства читателей это верно.

При постнагрузочном недомогании это неверно и может навредить.

Логика «через силу, зато потом станет легче» в этом состоянии не работает, потому что нагрузка вызывает не тренированность, а ухудшение. Планирование активности здесь строится иначе и обсуждается с врачом.

Если описание постнагрузочного недомогания про вас, считайте, что глава про движение для вас написана с этой оговоркой.

ПОЧЕМУ ИМЕННО ЭТИМ ЛЮДЯМ ПРОДАЮТ БОЛЬШЕ ВСЕГО

Соберите вместе всё, что вы только что прочитали.

Состояние тяжёлое. Оно ограничивает жизнь. Анализы при нём нормальные. Врачи разводят руками. Излечивающего средства нет. И человека годами подозревали в том, что он придумывает.

Трудно вообразить более уязвимое положение.

Именно поэтому вокруг хронической усталости собралось столько предложений: комплексов, капельниц, авторских протоколов, дорогих панелей анализов, обещаний найти «настоящую причину, которую пропустили все».

Здесь я не буду говорить, что все они шарлатаны. Скажу иначе, и это единственное, что могу сказать честно.

Если бы существовало средство с подтверждённой эффективностью, о нём знали бы в первую очередь те, кто пишет клинические руководства, а не тот, кто продаёт вам курс.

ЧТО ПРОСТО ДОРОГО

Комплексы «для энергии» без установленного дефицита. Витамин не даёт энергии тому, у кого его достаточно.

Капельницы. Про них было в первой части.

Расширенные панели по своей инициативе. Работает арифметика из главы про норму: чем больше показателей, тем выше вероятность найти случайное отклонение и уйти лечить его вместо настоящей причины.

Адаптогены и тонизирующие средства. Ощущение бодрости на короткое время это не устранение причины, а её маскировка. Если причина в дефиците железа или в депрессии, время, потраченное на маскировку, работает против вас.

ПОЛЕЗНОЕ ПЕРЕД ВИЗИТОМ

Простая вещь, которая делает приём в разы продуктивнее.

Неделю до визита записывайте: насколько тяжело по десятибалльной шкале, в какое время суток хуже всего, что усиливает, что облегчает, сколько спали.

Вы придёте не с фразой «постоянно устаю», а с картиной. За пятнадцать минут это разные разговоры.

О ЧЁМ СПРОСИТЬ ВРАЧА

Какой базовый набор анализов имеет смысл в моём случае.

Если анализы в норме, что дальше и какие причины мы не проверили.

Стоит ли обсудить настроение и сон отдельно.

Есть ли основания для исследования сна.

ВАЖНО

Усталость, которая нарастает, сопровождается потерей веса, температурой, ночной потливостью, увеличением лимфоузлов или появилась внезапно и резко, это не тема для самостоятельного разбора. С этим идут к врачу без промедления.

Связь со списком: усталость съедает всё. Ни один из ваших пяти пунктов не выполняется человеком, у которого нет сил. Поэтому здесь особенно жаль времени, потраченного на маскировку вместо разбора.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

1. Материалы о базовом наборе исследований при жалобе на хроническую усталость: общий анализ крови, ферритин, тиреотропный гормон, глюкоза натощак и гликированный гемоглобин, витамин Б12 и фолиевая кислота, витамин Д.

2. Материалы о закономерном развитии дефицита витамина Б12 при строгом веганстве без внешнего поступления.

3. Материалы о необходимости отдельного исследования сна для выявления нарушений дыхания во сне и о применении опросников для оценки депрессии и тревоги, а также о поэтапном подходе к диагностике при жалобах на хроническую усталость.

5. Материалы о синдроме хронической усталости и миалгическом энцефаломиелите: наличие отдельного кода в международной классификации болезней; постнагрузочное недомогание как ключевой признак, его отсроченный характер и длительность; стойкая усталость дольше шести месяцев, невосстанавливающий сон, когнитивные и вегетативные нарушения; установление диагноза путём исключения других причин; положение о том, что состояние не является симуляцией; отсутствие излечивающего средства на сегодня.

4. Рекомендация вести дневник симптомов перед визитом к врачу с указанием интенсивности, времени суток, усиливающих и облегчающих факторов.

Суставы и спина

Тема, на которой держится одна из самых устойчивых категорий рынка.

Устойчивая она потому, что боль в суставах и в спине почти у всех, она то есть, то нет, и она усиливается с возрастом. То есть покупатель никуда не денется.

ЧТО ВАМ ПРОДАЮТ

Хондропротекторы: препараты и добавки с хондроитином и глюкозамином, отдельно и в комбинации.

Коллаген внутрь, отдельно и в комплексах для суставов.

Инъекции гиалуроновой кислоты в сустав.

Мази и гели, курсами.

Аппараты и приспособления домашнего применения.

Курсы капельниц и процедур.

ГЛАВНАЯ ИСТОРИЯ ЭТОЙ ТЕМЫ

Начнём с хондропротекторов, потому что это самая крупная и самая показательная позиция.

Логика в их основе выглядит убедительно. Хрящ состоит в том числе из этих веществ. Значит, если принимать их внутрь, хрящ получит материал и восстановится.

Вы уже знаете, как называется этот ход мысли. Это механизм, а не доказательство.

Проверяли много раз. Приведу один из строгих разборов: в него включили только испытания не менее чем со ста участниками, суммарно около трёх тысяч восьмисот пациентов. Вывод: ни хондроитин, ни глюкозамин, ни их комбинация не уменьшали боль в суставах и не способствовали восстановлению хряща.

Позиция авторитетных международных организаций на сегодня такая: оснований включать эти средства в клинические рекомендации по лечению остеоартрита нет.

Скажу честно и о другом. Единодушия здесь нет. Существуют европейские алгоритмы ведения пациентов, где эти препараты присутствуют, и есть специалисты, которые с отрицательной оценкой не согласны. Спор продолжается.

Но обратите внимание на характер спора. Речь идёт не о том, восстанавливают ли эти средства хрящ. Речь о том, есть ли у них скромный симптоматический эффект. Обещание на упаковке и предмет научной дискуссии это разные вещи.

ФАКТ, РАДИ КОТОРОГО СТОИЛО ПИСАТЬ ЭТУ ГЛАВУ

В западных странах эти средства из-за недоказанной эффективности относят к биологически активным добавкам.

В России они зарегистрированы как лекарственные препараты.

Одни и те же вещества. Разная полка.

Вернитесь к главе про регистрацию из первой части и вспомните, что означает каждая из этих категорий. Статус на упаковке определяет не то, работает ли средство, а то, по какому пути его провели.

Именно поэтому человек в аптеке видит коробочку, похожую на лекарство, и достраивает остальное сам. Достраивать не из чего.

ЧТО ПРОСТО ДОРОГО

Коллаген внутрь. Разбирался в первой части: съеденный белок расщепляется до аминокислот, адресной доставки в хрящ по признаку происхождения не существует.

Комплексы «для суставов». Как правило, то же самое в одной упаковке с наценкой.

Аппараты домашнего применения без понятного критерия результата.

Длительные курсы мазей и гелей при отсутствии разбора причины боли.

ЧТО ДЕЙСТВИТЕЛЬНО РАБОТАЕТ

Ответ скучный, бесплатный и подтверждённый.

Физическая нагрузка. Не покой, а именно движение и укрепление мышц вокруг сустава. Это первая линия при остеоартрите, и это то, о чём вы читали в главах про движение и мышцы.

Работа с весом, если он избыточен: нагрузка на коленные и тазобедренные суставы прямо зависит от массы тела.

Обезболивание по назначению врача, когда оно нужно, чтобы боль не мешала двигаться. Это важный момент: обезболивание здесь не альтернатива нагрузке, а условие её возможности.

И самое неудобное: подобранная программа упражнений требует времени, регулярности и обычно специалиста. Банка не требует ничего. В этом вся разница в популярности.

ОСОБО ПРО СПИНУ

Боль в спине это отдельная большая тема, и она устроена иначе, чем суставы.

Здесь стоит знать одно: при большинстве эпизодов боли в спине без тревожных признаков обследование в первые недели не требуется, а покой скорее вредит, чем помогает. Раннее возвращение к обычной активности входит в стандартные рекомендации.

Это ровно противоположно тому, что делает большинство людей.

СНИМОК, КОТОРЫЙ ОБЪЯСНЯЕТ НЕ ТО, ЧТО ВЫ ДУМАЕТЕ

Теперь самая важная часть этой темы, и она про то, что происходит после того, как вы сделали снимок.

Сценарий знакомый почти каждому. Заболела спина. Сделали томографию. В заключении длинный список: протрузии, дегенеративные изменения, грыжа, остеофиты, признаки стеноза.

Вывод напрашивается сам: вот она, причина. Дальше человек годами живёт с ощущением, что у него в спине поломка, боится нагрузок и лечит найденное.

А теперь то, что меняет картину.

Дегенеративные изменения позвоночника очень распространены, и они часто протекают бессимптомно. Сужение позвоночного канала встречается более чем у половины людей старше шестидесяти лет. Изменения, обнаруженные на снимке, нередко оказываются случайной находкой, не вызывающей никаких симптомов.

Иначе говоря: если сделать томографию людям без всяких жалоб, у большой части из них найдётся то же самое, что нашли у вас.

ПОЧЕМУ ЭТО ТАК ВАЖНО

Потому что наличие находки и причина боли это разные утверждения.

Снимок показывает, что у вас есть грыжа. Он не показывает, что боль вызвана именно ею.

Это ровно та логическая ошибка, которую разбирала вторая часть книги: связь принята за причину. Только здесь она обходится особенно дорого, потому что тянет за собой лечение, ограничения и страх движения.

И вот почему в рекомендациях по боли в спине без тревожных признаков раннее обследование считается нецелесообразным. Не из экономии. А потому что у человека, которому не делали снимок, нет и находки, которую нужно объяснять.

Обратите внимание на неприятное следствие. Снимок, сделанный «на всякий случай», может ухудшить ваше положение, даже если технически он выполнен безупречно.

ЧТО ЭТО НЕ ОЗНАЧАЕТ

Здесь нужна точность, иначе получится вредная крайность.

Это не означает, что грыжи не бывают причиной боли. Бывают, и в части случаев именно они.

Это не означает, что томография не нужна. При тревожных признаках, при подозрении на сдавление нервных структур, при подготовке к операции она необходима.

Это означает одно: снимок читают вместе с человеком, а не вместо него. Находка приобретает смысл только в сочета-

нии с тем, что у вас болит, где, как долго и что при этом происходит с чувствительностью и силой.

Поэтому правильный вопрос врачу звучит не «что у меня на снимке», а «объясняет ли найденное мои жалобы».

И ОДНО РУССКОЕ СЛОВО

Раз уж мы в этой теме, стоит упомянуть выражение, которое вы наверняка слышали: отложение солей.

Его используют, объясняя хруст, боль и ограничение подвижности. Звучит понятно: соли отложились, надо вывести.

Устроено это выражение ровно так же, как слово «шлаки» из первой части. Красивый образ, взятый не из медицины, объясняющий всё сразу и создающий потребность в выведении того, что нужно вывести.

Изменения в суставах при возрастном износе описываются иначе и другими словами. И заканчиваются они не выведением, а нагрузкой и работой с мышцами, о чём написано выше.

МАЛЕНЬКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПРО ИСТОЧНИКИ

При подготовке этой главы я заметил вещь, которую стоит передать вам.

Значительная часть доступных объяснений про то, что означают находки на снимках, размещена на сайтах центров, которые эти снимки делают.

Это не делает информацию ложной. Но первый вопрос из четырёх работает и здесь.

КОГДА НУЖНО К ВРАЧУ БЕЗ ПРОМЕДЛЕНИЯ

Слабость в ноге или руке, онемение.

Нарушение мочеиспускания или дефекации.

Онемение в области промежности.

Боль после травмы.

Боль с температурой.

Ночная боль, не зависящая от положения тела.

Потеря веса на фоне боли.

Онкологическое заболевание в анамнезе.

Ни один из этих признаков не разбирается мазью и не ждёт.

О ЧЁМ СПРОСИТЬ ВРАЧА

Что именно у меня и на чём основан диагноз.

Какая программа движения показана в моём случае и к кому обратиться за её подбором.

Если назначен препарат: для чего именно, на какой срок и как оценивать результат.

Нужно ли обследование сейчас или можно наблюдать.

Если снимок уже сделан: объясняют ли найденные изменения именно мои жалобы, или это возрастная находка.

Связь со списком: «подняться на свой этаж» и «встать со стула без рук» это ровно эта тема. И решается она нагрузкой, а не покупкой.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

1. Материалы о том, что научное сообщество не рекомендует применять хондропротекторы при лечении остеоартрита ввиду неэффективности, и что в западных странах эти средства относят к биологически активным добавкам, тогда как в России они зарегистрированы как лекарственные препараты.

2. Метаанализ 2010 года, включивший испытания с числом участников не менее ста, суммарно около 3803 пациентов. Вывод об отсутствии уменьшения боли и восстановления хряща при применении хондрои-

тина, глюкозамина и их комбинации.

3. Позиция международных организаций об отсутствии оснований включать хондроитин и комбинацию с глюкозамином в клинические рекомендации по лечению остеоартрита.
4. Упоминание европейского алгоритма ведения пациентов с остеоартритом коленных суставов, где эти препараты присутствуют, как свидетельство сохраняющейся дискуссии.
5. Материалы о дегенеративно-дистрофических изменениях позвоночника: частое бессимптомное течение; распространённость сужения позвоночного канала более чем у половины людей старше шестидесяти лет; характеристика находок на снимках как случайных, не провоцирующих симптомов.

Сон

Про то, как устроен сон, была отдельная глава во второй части: свет, часы в гипоталамусе, мелатонин как сигнал времени.

Здесь про другое. Про то, что вам предлагают купить, когда вы плохо спите, и про то, что вам почти наверняка не предложили.

ЧТО ВАМ ПРОДАЮТ

Мелатонин в добавках.

Растительные сборы и настойки.

Комплексы «для сна» с магнием и травами.

Утяжелённые одеяла, подушки, маски, аппараты белого шума.

Трекеры и приложения для отслеживания сна.

Курсы и марафоны по режиму.

ЧЕГО ВАМ ПОЧТИ НАВЕРНЯКА НЕ ПРЕДЛОЖИЛИ

Начну с конца, потому что это главное в главе.

При хронической бессоннице методом первого выбора считается не таблетка и не добавка.

В проекте клинических рекомендаций по диагностике и лечению инсомнии у взрослых, разработанном Российским обществом сомнологов, когнитивно-поведенческая терапия инсомнии рекомендована как средство выбора при хрониче-

ской инсомнии у взрослых любого возраста. Уровень убедительности рекомендаций высший, уровень достоверности доказательств первый.

Американская академия медицины сна формулирует так же: клиницистам следует использовать мультикомпонентную когнитивно-поведенческую терапию при хронической инсомнии у взрослых, и это строгая рекомендация.

По уровню эффективности она превосходит применение транквилизаторов, снотворных и антидепрессантов. Её эффект сохраняется продолжительное время после окончания лечения. И она не даёт побочных эффектов.

Прочитайте предыдущий абзац ещё раз.

Работает лучше таблеток. Действует после окончания. Без побочных эффектов. Первая линия в рекомендациях трёх регионов мира.

Теперь вопрос, ради которого написана вся книга.

Сколько раз вы про это слышали?

ПОЧЕМУ ВЫ ПРО ЭТО НЕ СЛЫШАЛИ

Здесь есть две причины, и обе стоит знать.

Первая честная и не про деньги. Метод трудоёмкий. Курс это примерно шесть недель и шесть занятий по часу. В России такие программы применяются редко именно из-за длительности и трудоёмкости. Специалистов, владеющих методом, немного.

Вторая та самая, о которой вся эта книга. У метода нет производителя.

Некому оплатить рекламу. Некому прислать представителя к врачу в четверг. Некому напечатать красивую коробочку.

Метод состоит из времени специалиста и работы пациента, а это не упаковывается и не продаётся с полки.

Сравните с тем, сколько раз вы видели рекламу средств для сна.

Вот эта разница в громкости и есть предмет книги, в самом чистом виде, какой мне удалось найти.

ЛОВУШКА, В КОТОРУЮ ПОПАДАЮТ ТИХО

Теперь про снотворные, и это самая важная часть главы. Не потому, что они плохие, а потому, что устроены они не так, как думает большинство принимающих.

Начнём с назначения. Препараты этой группы рекомендуют принимать ежедневно не дольше двух или четырёх недель.

Причина не в осторожности ради осторожности. Мозг адаптируется к ним примерно за одну или две недели. Та же доза начинает давать меньший эффект.

Дальше происходит понятное. Человек видит, что таблетка «перестала работать», и увеличивает дозу. Или просит другую. И продолжает.

Проходит год. Потом три. Человек уверен, что без таблетки не заснёт, и, что важно, он прав: теперь действительно не заснёт, потому что при попытке резко прекратить приём возникает так называемая рикошетная бессонница.

Обратите внимание, что произошло. Средство, которое принимали от бессонницы, стало причиной бессонницы при отмене.

ЧТО ЕЩЁ ВАЖНО ЗНАТЬ

При хронической бессоннице эти препараты малоэффективны. Их место это короткий курс при острой ситуации, а не постоянное решение.

При длительном приёме описывают влияние на память, внимание и скорость обработки информации. Связь с повышением риска деменции обсуждается и не считается исключённой.

И существенное: хроническая бессонница почти всегда имеет более глубокую причину. Чаще всего за ней стоят тревога, депрессия или другие состояния, которые лечатся, но лечатся не снотворным. Снотворное приглушает симптом и оставляет причину на месте.

САМОЕ ВАЖНОЕ В ЭТОЙ ГЛАВЕ, ПРОЧТИТЕ ВНИМАТЕЛЬНО

Если вы принимаете такой препарат давно, всё написанное выше не является поводом бросить его самостоятельно. Наоборот.

Резкое прекращение приёма после длительного регулярного применения вызывает синдром отмены. Он включает не только возвращение бессонницы, но и раздражительность, усиление тревоги, подавленность, дрожь, а в тяжёлых случаях судороги.

Длительность его описывают от нескольких дней до двух-трёх недель, а в отдельных случаях дольше.

Поэтому уход от препарата это не решение, принятое вечером в четверг. Это план, который составляется с врачом и предполагает постепенное снижение.

КАК ЭТО ДЕЛАЕТСЯ ПРАВИЛЬНО

Раз уж мы об этом заговорили, скажу и о том, как выглядит разумный подход, чтобы вы понимали, о чём просить.

Периодически, например раз в несколько месяцев, предпринимается попытка снизить дозу или сократить частоту приёма. Удобные для этого периоды это отпуск, праздники, время меньшего напряжения.

Пациента заранее предупреждают, что после полной отмены одну-две ночи возможна та самая рикошетная бессонница, и что это ожидаемая часть процесса, а не доказательство того, что препарат необходим. Незнание этого и есть главная причина, по которой люди возвращаются к приёму.

И работа с бессонницей нелекарственными методами, о которых говорилось выше, облегчает сокращение приёма. То есть это не альтернатива, которую предлагают вместо, а то, что помогает уйти от препарата тем, кто уже принимает.

И ЧЕСТНО ПРО ТО, ПОЧЕМУ ТАК ВЫШЛО

Здесь нет злого умысла ни с чьей стороны.

Врач видит человека, который не спит и которому плохо сейчас. Средство, дающее эффект в первую же ночь, существует. Метод, работающий лучше и дольше, требует шести недель, шести занятий и специалиста, которого может не быть в этом городе.

Вспомните главу про пятнадцать минут. Решение, которое занимает секунды, всегда имеет преимущество перед решением, которое требует времени, и это свойство системы, а не человека.

Ваша задача проще: знать, что второй путь существует, и спросить о нём.

ПРО МЕЛАТОНИН

Коротко, потому что подробно было во второй части.

Мелатонин это сигнал времени, а не снотворное. Он сообщает организму, что стемнело. Поэтому эффект зависит от того, когда его принять, сильнее, чем от количества.

Отсюда частое разочарование: человек ждёт действия снотворного, не получает его и решает, что попалась подделка. Эту мысль мы разбирали отдельно.

Принимать или нет, решает врач. Вещество влияет на систему, которая управляет не только сном.

ЧТО ПРОСТО ДОРОГО

Комплексы «для сна». Обещания в них даются в терминах ощущений, а ощущения колеблются сами. Проверить результат невозможно, и это не случайность.

Трекеры сна. Они дают цифры. Вопрос из первой части: что изменится в ваших действиях в зависимости от результата. Если ничего, вы купили график.

И отдельно про них же: тревога по поводу качества сна ухудшает сон. Человек, который каждое утро проверяет свою оценку и расстраивается, получает от прибора ровно то, чего пытался избежать.

Утяжелённые одеяла, маски, генераторы шума. Могут быть приятны и никому не вредят. Просто помните, что это удобство, а не лечение, и цена у них соответствующая удобству.

ЧТО ИМЕЕТ СМЫСЛ ПРОВЕРИТЬ

Если вы спите достаточно по времени и всё равно просыпаетесь разбитым, если днём вас неудержимо клонит в сон, если близкие говорят про громкий храп с паузами, это не про подушку.

Нарушения дыхания во сне выявляются отдельным исследованием сна и никаким анализом крови не видны.

Если бессонница держится неделями, есть смысл обсудить с врачом настроение: про связь с депрессией была речь в теме про усталость.

И базовые вещи, которые проверяются заодно: щитовидная железа, железо. Они влияют и на сон тоже.

О ЧЁМ СПРОСИТЬ ВРАЧА

Есть ли в моём случае показания для исследования сна.

Доступна ли когнитивно-поведенческая терапия бессонницы и где её пройти.

Если назначено снотворное: на какой срок, что дальше и как мы будем его отменять.

Если принимаю давно: как выглядит план постепенного снижения и чего ожидать при отмене.

Последний вопрос особенно важен. Снотворные дают быстрый эффект, но вопрос стратегии здесь принципиален, и его лучше обсудить сразу, а не через полгода.

ВАЖНО

Если вы уже принимаете снотворное по назначению врача, эта глава не повод его отменить. Самостоятельная резкая отмена некоторых препаратов этой группы небезопасна. Любое изменение обсуждается с назначившим врачом.

Глава про то, что у вас есть право знать о существовании другого пути и спросить о нём.

Связь со списком: «прочитать книгу и вспомнить, о чём она» держится на сне сильнее, чем на чём-либо ещё. И почти всё остальное в вашем списке тоже.

ИСТОЧНИКИ К ГЛАВЕ

1. Полуэктов М. Г., Бузунов Р. В., Авербух В. М. и соавторы. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической инсомнии у взрослых. Consilium Medicum. Неврология и Ревматология (приложение), 2016, номер 2, страницы 41–51. Разработан Российским обществом сомнологов. Отсюда: рекомендация использовать когнитивно-поведенческую терапию инсомнии как средство выбора при хронической инсомнии у взрослых любого возраста; уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств 1.

1а. Клинические рекомендации American Academy of Sleep Medicine по поведенческой и психологической терапии у взрослых с хронической инсомнией. Отсюда: положение о том, что клиницистам следует использовать мультикомпонентную когнитивно-поведенческую терапию при хронической инсомнии у взрослых, со статусом строгой рекомендации.

1б. Материалы о превосходстве по эффективности над транквилизаторами, снотворными и антидепрессантами, о сохранении эффекта после окончания лечения и об отсутствии побочных эффектов.

2. Материалы о редком применении программ когнитивно-поведенческой терапии бессонницы в России в связи с их длительностью и трудоёмкостью: около шести недель, шесть занятий по шестьдесят минут.

3. Материалы о необходимости отдельного исследования сна для выявления нарушений дыхания во сне.

4. Материалы о снотворных препаратах: рекомендация не принимать ежедневно дольше двух-четырёх недель; развитие адаптации в течение одной-двух недель и снижение эффекта при той же дозе; рикошетная бессонница при резком прекращении; синдром отмены и его длительность; влияние длительного приёма на память, внимание и скорость

обработки информации; обсуждаемая связь с риском деменции; малая эффективность при хронической бессоннице.

5. Материалы о практике постепенного снижения: попытки уменьшения дозы или частоты каждые несколько месяцев, выбор периодов меньшего напряжения, предварительное предупреждение пациента о рикошетной бессоннице в течение одной-двух ночей, роль нелекарственной работы в облегчении отмены.

ИСТОЧНИКИ

О ЧЁМ ЭТОТ РАЗДЕЛ

Здесь собрано то, на что опирается книга.

Сразу о принципе, по которому список составлен, потому что он отличается от привычного.

Я не имел доступа к платным базам научных публикаций и не притворяюсь, что имел. Всё, на что я ссылаюсь, находится в открытом доступе, и вы можете открыть это сами.

Из этого следует важное различие, которое я провожу честно.

Часть источников приведена с полными выходными данными: авторы, журнал, год, страницы, цифровой идентификатор. Это работы, которые я нашёл в первичном виде.

Часть приведена как «материалы о том-то». Это означает ровно то, что написано: утверждение встречается в доступных публикациях, но до самой первичной работы я не добрался.

Второй тип источников слабее первого. Я мог бы это скрыть, оформив всё единообразно, и вы бы не заметили. Но книга, которая учит вас спрашивать, кто и что проверял, не может так поступать со своими собственными ссылками.

Где утверждение слабое, я говорю, что оно слабое.

I. РАБОТЫ, НАЙДЕННЫЕ В ПЕРВИЧНОМ ВИДЕ

Gigerenzer G., Gaissmaier W., Kurz-Milcke E., Schwartz L. M., Woloshin S. Helping Doctors and Patients Make Sense of Health Statistics. Psychological Science in the Public Interest, 2007, том 8, выпуск 2, страницы 53–96. doi: 10.1111/j.1539-6053.2008.00033.x

Hoffrage U., Gigerenzer G. Using natural frequencies to improve diagnostic inferences. Academic Medicine, 1998, май, том 73, выпуск 5, страницы 538–540. doi: 10.1097/00001888-199805000-00024

Turner E. H., Matthews A. M., Linardatos E., Tell R. A., Rosenthal R. Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy. The New England Journal of Medicine, 2008, том 358, выпуск 3, страницы 252–260. doi: 10.1056/NEJMsa065779

Lundh A., Lexchin J., Mintzes B., Schroll J. B., Bero L. Industry sponsorship and research outcome. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017, выпуск 2, статья MR000033. doi: 10.1002/14651858.MR000033.pub3

Spurling G. K., Mansfield P. R., Montgomery B. D., Lexchin J., Doust J., Othman N., Vitry A. I. Information from Pharmaceutical Companies and the Quality, Quantity, and Cost of Physicians' Prescribing: A Systematic Review. PLoS Medicine, 2010, том 7, выпуск 10, e1000352. doi: 10.1371/journal.pmed.1000352

The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST) Investigators. Preliminary report: effect of encainide and flecainide on mortality in a randomized trial of arrhythmia suppression after myocardial infarction. The New England Journal of Medicine, 1989, том 321, выпуск 6, страницы 406–412. doi: 10.1056/NEJM198908103210629

ДОБАВКИ И ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Manson J. E., Cook N. R., Lee I. M. и соавторы. Vitamin D Supplements and Prevention of Cancer and Cardiovascular Disease. The New England Journal of Medicine, 2019, том 380, выпуск 1, страницы 33–44. doi: 10.1056/NEJMoa1809944

Manson J. E., Cook N. R., Lee I. M. и соавторы. Marine n-3 Fatty Acids and Prevention of Cardiovascular Disease and Cancer. The New England Journal of Medicine, 2019, том 380, выпуск 1, страницы 23–32.

Vigen R., O'Donnell C. I., Baron A. E. и соавторы. Association of Testosterone Therapy With Mortality, Myocardial Infarction, and Stroke in Men With Low Testosterone Levels. JAMA, 2013, том 310, выпуск 17, страницы 1829–1836. doi: 10.1001/jama.2013.280386 Исправления: JAMA, 2014, том 311, выпуск 9, страница 967, и последующее.

Long-term Safety of Growth Hormone in Adults With Growth Hormone Deficiency: Overview of 15 809 GH-Treated Patients. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 2022, том 107, выпуск 7.

ОБРАЗ ЖИЗНИ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ

Li Y., Pan A., Wang D. D. и соавторы. Impact of Healthy Lifestyle Factors on Life Expectancies in the US Population. Circulation, 2018, том 138, выпуск 4, страницы 345–355. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032047 К публикации выходило исправление.

Holt-Lunstad J., Smith T. B., Layton J. B. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. PLoS Medicine, 2010, том 7, выпуск 7, e1000316. doi: 10.1371/journal.pmed.1000316

Paluch A. E., Bajpai S., Bassett D. R. и соавторы. Daily steps and all-cause mortality: a meta-analysis of 15 international cohorts. The Lancet Public Health, 2022, том 7, выпуск 3, страницы e219–e228. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00302-9

Daily steps and health outcomes in adults: a systematic review and dose-response meta-analysis. The Lancet Public Health, 2025, том 10, выпуск 8, страницы e668–e681.

Fiatarone M. A., Marks E. C., Ryan N. D., Meredith C. N., Lipsitz L. A., Evans W. J. High-intensity strength training in nonagenarians. Effects on skeletal muscle. JAMA, 1990, том 263, выпуск 22, страницы 3029–3034. doi: 10.1001/jama.1990.03440220053029

Fiatarone M. A., O'Neill E. F., Ryan N. D. и соавторы. Exercise Training and Nutritional Supplementation for Physical Frailty in Very Elderly People. The New England Journal of Medicine, 1994, том 330, выпуск 25, страницы 1769–1775.

ДОЛГОЛЕТИЕ И КАЧЕСТВО ДАННЫХ

Newman S. J. Supercentenarian and remarkable age records exhibit patterns indicative of clerical errors and pension fraud. bioRxiv 704080. doi: 10.1101/704080

ВАЖНО. Это препринт. На момент написания книги он не проходил рецензирование. В соответствующей главе об этом сказано прямо.

II. НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Все они открытые. Их можно найти и прочитать целиком.

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2015 года № 290н о типовых отраслевых нор-

мах времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача.

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 декабря 2016 года № 973н, устанавливающий нормы времени для ряда других специальностей.

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 года № 404н о порядке проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации.

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 сентября 2023 года № 515н о внесении изменений в приказ № 404н.

Трудовой кодекс Российской Федерации, статья 185.1, о гарантиях работникам при прохождении диспансеризации.

Технический регламент Таможенного союза ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции».

Технический регламент Таможенного союза ТР ТС 022/2011 «Пищевая продукция в части её маркировки».

Технический регламент Таможенного союза ТР ТС 009/2011 «О безопасности парфюмерно-косметической продукции».

Клинические рекомендации «Железодефицитная анемия», год утверждения 2021.

Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии, Национальное общество детских гематологов и онкологов.

Полуэктов М. Г., Бузунов Р. В., Авербух В. М. и соавторы. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической инсомнии у взрослых. Consilium Medicum. Неврология и Ревматология (приложение), 2016, номер 2,

страницы 41–51. Разработан Российским обществом сомнологов.

Клинические рекомендации American Academy of Sleep Medicine по поведенческой и психологической терапии у взрослых с хронической инсомнией.

Рекомендации Всемирной организации здравоохранения по физической активности для взрослых.

Тарелка здорового питания, Гарвардская школа общественного здравоохранения, русскоязычная версия.

Материалы Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины о рационе питания для здоровья кишечной микробиоты.

Данные Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по результатам контрольно-надзорных мероприятий за 2020 год.

Данные государственной статистики по причинам смертности населения Российской Федерации.

III. УТВЕРЖДЕНИЯ, ГДЕ ПЕРВИЧНЫЙ ИСТОЧНИК НЕ БЫЛ НАЙДЕН

Здесь перечислено то, что вошло в книгу по доступным публикациям, но без выхода на первичную работу.

Это не значит, что утверждения неверны. Это значит, что проверены они хуже остальных, и относиться к ним стоит соответственно.

· Пороговые значения для заявлений «без сахара» и «низкое содержание сахара» на упаковке. В тексте книги конкретные цифры поэтому не приводятся.

· Данные о распространённости и обратимости саркопении, шведское длительное наблюдение за начавшими заниматься после тридцати пяти лет.

· Систематический обзор применения селена при аутоиммунном тиреоидите и данные о взаимодействии йода и селена.

· Данные о субклиническом гипотиреозе: результаты рандомизированных исследований заместительной терапии.

· Данные о синдроме раздражённого кишечника: российское исследование подтверждения диагноза и систематический обзор диетического подхода с ограничением ферментируемых углеводов.

· Данные о частоте дегенеративных находок при томографии у людей без жалоб.

· Метаанализ применения хондроитина и глюкозамина при остеоартрите.

· Данные о длительности приёма снотворных препаратов, рикошетной бессоннице и синдроме отмены.

· Данные о синдроме хронической усталости и постнагрузочном недомогании.

· Данные о составе средств для «очищения» и о влиянии слабительных и мочегонных компонентов на электролиты.

· Материалы о статусе понятий «космецевтика» и «лечебная косметика».

· Материалы о препаратах с недоказанной эффективностью, включая сведения о регуляторном статусе пирацетама и о кокрейновском обзоре по церебролизину.

ПОСЛЕДНЕЕ ЗАМЕЧАНИЕ

Если вы найдёте, что какое-то утверждение в этой книге неточно, вы будете правы, а я буду благодарен.

Книга написана человеком без медицинского образования, читавшим открытые документы. Это её сила в том смысле, что вы можете проверить за мной каждый шаг. И это её ограничение, о котором честнее сказать, чем умолчать.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ А

ЧТО ДЕЙСТВИТЕЛЬНО РАБОТАЕТ

Один лист. Распечатать и повесить на кухне.

Это весь список. Всё остальное в книге объясняет, откуда он взялся и почему в нём нет того, чего вы ожидали.

ЧТО ВЛИЯЕТ БОЛЬШЕ ВСЕГО

По порядку значимости. Первые три ничего не стоят.

1. НЕ КУРИТЬ. Разница в продолжительности жизни около пяти лет. Ни одна покупка в этой книге к этому числу не приближается.

2. ДВИГАТЬСЯ. Порог низкий: около двадцати минут в день. Наибольший выигрыш при переходе от «ничего» к «хоть что-то».

3. ИМЕТЬ БЛИЗКИХ ЛЮДЕЙ. По величине эффекта сопоставимо с отказом от курения. Дело не в том, живёте ли вы один, а в том, есть ли у вас люди.

4. Разумно с алкоголем. 5. Рисунок питания в целом, а не отдельные продукты. 6. Масса тела. 7. Сон. 8. Обследования, положенные по возрасту.

ЧТО ПРОВЕРИТЬ

Диспансеризация. Бесплатно, с восемнадцати лет. До сорока раз в три года, после сорока ежегодно. Работодатель обязан дать оплачиваемый день.

Онкоскрининги внутри неё, по возрасту: цитология шейки матки, маммография, простатический антиген, гастроскопия, кал на скрытую кровь.

Ферритин, если есть усталость, выпадение волос, плохая переносимость нагрузок. Гемоглобин может быть нормальным, а запасы пустыми.

Тиреотропный гормон при жалобах на усталость, вес, состояние волос и кожи.

Витамин Д по уровню, а не наугад.

СИЛОВАЯ НАГРУЗКА ПОСЛЕ СОРОКА

Единственный пункт в книге, где отсрочка стоит дорого.

Пятнадцать минут три раза в неделю дают результат. Работает в любом возрасте, включая девяносто лет.

Нагрузка должна расти. Одни и те же упражнения годами это поддержание, а не развитие.

ТАРЕЛКА

Половина овощная часть. Четверть белковая. Четверть углеводная, предпочтительно цельнозерновая. Плюс масло и вода.

Считать ничего не нужно.

Два правила, которые решают всё остальное: овощи должны замещать, а не добавляться; белок в каждый основной приём пищи.

СОН

Свет решает больше, чем всё остальное. Утренний свет ставит часы на сегодня. Вечерний свет их сбивает.

Проблема вечернего засыпания часто решается утром.

ЧЕТЫРЕ ВОПРОСА

Задавать любому предложению: таблетке, банке, процедуре, обследованию, совету.

1. Кто заплатил за то, что я об этом узнал?
2. Что именно обещают: изменить показатель, улучшить самочувствие или изменить исход?
3. Кто это проверял, кроме того, кто продаёт?
4. Что будет, если я просто этого не сделаю?

Плюс один, для обследований: как изменится лечение в зависимости от результата? Если никак, обследование не нужно.

ФРАЗЫ, ПОСЛЕ КОТОРЫХ НУЖНО НАСТОРОЖИТЬСЯ

«Эффект накопительный». «Нужно пропить полный курс». «Это индивидуальная особенность». «Сначала нужно очиститься». «Сначала станет хуже, это хороший знак».

Последняя опаснее остальных: она отменяет единственный сигнал, по которому вы понимаете, продолжать или нет.

ПЕРЕД ПОКУПКОЙ ЧЕГО-ЛИБО

Запишите заранее: что должно измениться и к какому сроку.

Конкретно и так, чтобы это было видно.

Если такой признак сформулировать не получается, вы получили ответ, не потратив денег.

ЧЕГО В ЭТОМ СПИСКЕ НЕТ

Ни одной добавки. Ни одного расширенного чекапа. Ни одной процедуры. Ни одного прибора. Ни одного «комплекса для».

Это не значит, что всё перечисленное бесполезно всегда. Это значит, что в списке того, что реально двигает вашу жизнь, этого нет даже близко к первым строчкам.

И ГЛАВНОЕ

Если вам что-то назначено врачом, ничего из этого списка не является поводом это отменить.

Список о том, что делать дополнительно, а не вместо.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

КАК ЧИТАТЬ ЭТИКЕТКУ

Разбор упаковки, который открывается на телефоне прямо у полки.

ОДНО ПРАВИЛО, ИЗ КОТОРОГО СЛЕДУЕТ ВСЁ ОСТАЛЬНОЕ

Лицевая сторона упаковки это место, где производитель говорит то, что хочет.

Оборотная сторона это место, где он говорит то, что обязан.

Всё это приложение про оборотную сторону.

ЧАСТЬ 1. ПРОДУКТЫ

ЧТО ОБЯЗАНЫ НАПИСАТЬ

Это ваш минимум, и он есть на любой упаковке по требованию технического регламента.

Наименование продукта. Состав. Пищевая ценность. Аллергены. Дата изготовления и срок годности. Условия хранения. Изготовитель и его местонахождение.

Всё это напечатано мелко и без энтузиазма, потому что это не реклама, а обязанность. Именно поэтому здесь и находится правда.

СОСТАВ: ГЛАВНОЕ ПРАВИЛО

Компоненты перечисляются в порядке убывания.

То есть первое в списке это то, чего больше всего.

Одно это правило отвечает на большинство вопросов за пять секунд. Если в йогурте «с ягодами» ягоды стоят предпоследними, а сахар вторым, вы уже всё знаете, и читать дальше необязательно.

Приём, который стоит запомнить: смотрите первые три позиции. Обычно они составляют основную часть продукта.

ХИТРОСТЬ С ОДНИМ ИНГРЕДИЕНТОМ, РАЗБИТЫМ НА НЕСКОЛЬКО

Если один компонент разложить на разновидности, каждая по отдельности окажется ниже в списке.

Сахар, сироп, патока, концентрат сока, мёд, декстроза: формально это разные позиции. Стоящие по отдельности на четвёртом, шестом и восьмом месте, вместе они могли бы стоять на первом.

Правило простое: мысленно складывайте однотипное.

ПИЩЕВАЯ ЦЕННОСТЬ И ГЛАВНАЯ ЛОВУШКА

Данные приводятся на сто граммов продукта, и это позволяет сравнивать упаковки между собой.

Рядом часто стоит колонка «на порцию».

А размер порции определяет производитель.

Механика очевидная: если цифра на сто граммов выглядит неудачно, порцию можно сделать поменьше, и все числа в таблице уменьшатся вместе с ней.

Практическое правило: сравнивая два продукта, смотрите всегда одну и ту же колонку, на сто граммов. Иначе вы сравниваете не продукты, а решения о том, что считать порцией.

ЧТО ОЗНАЧАЮТ НАДПИСИ С ЛИЦЕВОЙ СТОРОНЫ

Общий принцип: заявление относится к одному признаку. Всё остальное вы достраиваете сами.

«БЕЗ САХАРА»

Работает через пороговое значение, а не через ноль. И, что важнее, ничего не говорит о том, чем сахар заменён и что происходит с остальным составом.

«НИЗКОЕ СОДЕРЖАНИЕ»

Тот же механизм, порог другой.

«ОБОГАЩЁНО»

Относится к факту добавления. Не к количеству, не к усвоению и не к тому, нужно ли это вам.

«НАТУРАЛЬНЫЙ СОСТАВ»

Заявление о происхождении, а не о свойствах. Природное происхождение не означает ни безопасности, ни эффективности.

«БЕЗ КОНСЕРВАНТОВ»

Часто правда. И часто означает, что продукт сохраняют иначе: сахаром, солью, кислотой или обработкой.

«ФЕРМЕНТИРОВАНО», «ЖИВЫЕ КУЛЬТУРЫ»

Само по себе осмысленно. Но наличие живых культур и доказанный эффект конкретного продукта это разные утверждения.

АЛЛЕРГЕНЫ

Указывать обязаны, причём даже при незначительном содержании.

Перечень, подлежащий обязательному указанию, довольно широкий и включает злаки с глютеном, молоко, яйца, орехи, арахис, рыбу, моллюсков, сою и другие позиции.

Если у вас есть непереносимость, эта часть упаковки важнее всей лицевой стороны, вместе взятой.

СРОКИ ГОДНОСТИ: ЧТО ОЗНАЧАЮТ РАЗНЫЕ ФОРМУЛИРОВКИ

Мелочь, на которой теряются деньги и еда.

«Годен до» и «употребить до» это указание предела. После него продукт использовать не следует, особенно если речь о скоропортящемся.

«Годен в течение» плюс срок отсчитывается от даты изготовления, которую нужно найти отдельно. Её часто печатают на шве упаковки или на донышке, а не рядом.

Отдельно про условия хранения. Срок годности действителен только при их соблюдении. Продукт, пролежавший день в машине летом, не становится безопаснее оттого, что дата на нём ещё не наступила.

И обратное: многие продукты после указанной даты не превращаются в яд. Речь о качестве, а не о моментальной опасности. Но с готовой едой, мясом, рыбой и молочным рисковать не стоит.

ЗНАЧКИ И ЗНАКИ

На упаковке встречаются обозначения, часть из которых означает соответствие требованиям, а часть придумана маркетологами.

Обязательные знаки соответствия и маркировка подтверждают, что продукция прошла установленную процедуру. Это про безопасность.

Всё остальное: «эко», «фермерское», «премиум», собственные значки сетей и производителей. Это либо рекламные обозначения без установленных требований, либо частные системы сертификации.

Правило то же: если вы не знаете, кто выдал значок и по каким требованиям, значок вам ничего не сообщает.

МЯСНАЯ И МОЛОЧНАЯ ПРОДУКЦИЯ

Здесь состав говорит больше всего.

В мясной продукции смотрите на долю мяса и на то, что стоит в первых позициях. Если первым идёт не мясо, вы держите продукт, где мясо не основное.

В молочной различайте продукт и продукт с заменителем молочного жира. Это разные категории, и производитель обязан указать разницу, но указывает её мелко.

Отдельно: сложные наименования вроде «продукт творожный» вместо «творог» это не игра слов, а другая категория с другими требованиями.

ТРИ ВЕЩИ, КОТОРЫЕ МОЖНО СДЕЛАТЬ ПРЯМО В МАГАЗИНЕ

Перевернуть упаковку. Половина решений принимается здесь.

Посмотреть первые три позиции состава.

Сравнить два продукта по колонке на сто граммов, а не по лицевой стороне.

Это занимает тридцать секунд и работает лучше, чем любой список «вредных продуктов» из интернета, потому что

применяется к тому, что вы держите в руках, а не к абстрактной категории.

ЧАСТЬ 2. ДОБАВКИ

СНАЧАЛА САМОЕ ГЛАВНОЕ

Найдите на упаковке указание, что это биологически активная добавка и что она не является лекарственным средством. Эта фраза обязана там быть, и она обычно самая мелкая.

Если она есть, вы держите в руках пищевую продукцию. Со всеми следствиями: доказывать эффективность не требовалось, заявлять о лечебном действии нельзя, и всё написанное на лицевой стороне составлено в этих рамках. Подробно об этом в первой части.

Дальше идут вещи, которые полезно уметь читать, даже если вы решили ничего не покупать. Хотя бы чтобы понимать, за что просят деньги.

ФОРМА ВЕЩЕСТВА ВАЖНЕЕ НАЗВАНИЯ

Одно и то же вещество бывает в разных химических формах, и усваиваются они по-разному.

Самый известный пример это магний. Оксид магния усваивается плохо. Цитрат заметно лучше. Глицинат усваивается хорошо и переносится мягче.

То же касается цинка, железа, кальция и многих других.

Заучивать химию не нужно. Достаточно знать, что название вещества на лицевой стороне и его форма в составе это разные вещи, и что разница между работающей и бесполезной баночкой часто именно в форме.

СКОЛЬКО ТАМ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

Вторая ловушка прячется в крупных цифрах.

С минералами. Крупное число рядом со словом «магний» это часто вес всего соединения, а чистого магния в нём заметно меньше. Ищите указание именно на элементарное вещество.

С рыбьим жиром. Крупное число это вес всего жира в капсуле. Ценность представляют две жирные кислоты, и их в капсуле лишь часть. Смотреть нужно на их количество, а не на общий вес.

Отсюда неочевидное следствие: банка, где общее число скромнее, может содержать больше нужного вещества, чем банка с крупной цифрой.

ПРИЗНАКИ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ НАСТОРОЖИТЬ

Обещание мгновенного эффекта.

Заявление о лечении заболеваний. Для добавки это прямое нарушение, а не смелость производителя.

Очень длинный состав, где десятки компонентов присутствуют в следовых количествах. Много всего по чуть-чуть обычно означает недостаточно ничего.

Формулировки «несколько суточных норм в одной таблетке» как признак качества. Больше не значит лучше, а для некоторых веществ означает хуже.

Отсутствие срока годности или его истечение.

И ГЛАВНОЕ ПРО ЭТУ ЧАСТЬ

Умение читать этикетку добавки не отвечает на главный вопрос.

Оно отвечает на вопрос «хорошая ли это банка». Оно не отвечает на вопрос «нужна ли мне банка вообще».

Второй вопрос важнее, и решается он не на упаковке, а анализом и разговором с врачом. Про это была вся вторая часть книги.

Хорошо составленная добавка, которая вам не нужна, это по-прежнему выброшенные деньги. Просто качественно упакованные.

ЧАСТЬ 3. КОСМЕТИКА

КОРОТКО, ПОТОМУ ЧТО ГЛАВНОЕ УЖЕ СКАЗАНО

Косметика регулируется отдельно от лекарств и от пищевой продукции.

Средства для лечения заболеваний к косметике не относятся. Поэтому крем не может называться средством от конкретной болезни.

Понятий «космецевтика» и «лечебная косметика» в законодательстве нет. Это слова для продажи, а не обозначение категории с требованиями.

Оценка соответствия подтверждает безопасность: состав, микробиологию, токсикологию, маркировку. Не эффективность.

Практический вывод тот же, что и везде: сравнивайте составы, а не обещания. Состав обязаны указать.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

ЧТО СПРОСИТЬ У ВРАЧА

Готовые формулировки, которые можно прочитать вслух прямо в кабинете.

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЭТИМ ПРИЛОЖЕНИЕМ

Открывайте нужный раздел с телефона перед приёмом или во время него. Ничего запоминать не нужно.

Три правила, которые делают эти вопросы рабочими.

Не больше двух-трёх за приём. Из десяти вопросов, разобранных наспех, пользы меньше, чем из двух разобранных нормально. Про то, почему минут мало, была отдельная глава.

Тон решает. Один и тот же вопрос, заданный с интересом, экономит время обоим. Заданный с недоверием, сжигает минуты и портит контакт.

Ответ информативен в обе стороны. Спокойный конкретный ответ говорит вам одно. Раздражение и «доверяйте специалисту» говорит другое, и это тоже полезно знать.

КОГДА ЧТО-ТО НАЗНАЧИЛИ

Самый частый случай, и здесь достаточно двух-трёх вопросов.

«Для чего именно это назначено?»

Простой вопрос, который задают реже, чем кажется. Ответ переводит назначение из разряда ритуала в разряд решения.

«Что это должно изменить и через какой срок?»

Ключевой вопрос всего приложения. Он задаёт проверяемый признак и срок, а без них невозможно понять, работает средство или нет. Про это была глава о накопительном эффекте.

«А какие ещё есть варианты?»

Не оспаривает назначение, а расширяет картину. Если вариант один, вам скажут это за пять секунд.

«Что будет, если пока ничего не принимать?»

Четвёртый вопрос из четырёх, заданный вслух. Иногда ответ «ничего». Иногда «многое», и тогда вы принимаете назначенное с большей готовностью.

«Это входит в клинические рекомендации при моём состоянии?»

Звучит специфично, но вопрос совершенно обычный и понятный любому врачу.

КОГДА ПРЕДЛАГАЮТ ОБСЛЕДОВАНИЕ

«Как изменится лечение в зависимости от того, что покажет это исследование?»

Самый полезный вопрос в этом приложении. Если при любом результате действия будут теми же, исследование не нужно. Про это была речь в теме про кишечник.

«Это обследование показано в моей ситуации или это на всякий случай?»

«Если сдавать, то когда и как готовиться?»

Подготовка влияет на результат сильнее, чем принято думать. Отдельно скажите, если принимаете добавки: из главы про ферритин вы помните, что приём влияет на трактовку.

КОГДА ПРИШЛИ РЕЗУЛЬТАТЫ

«Что означает этот показатель именно у меня?»

«Насколько велико отклонение: на десятые или в разы?»

Разница принципиальная, и по бланку она не видна.

«Имеет ли смысл пересдать, прежде чем что-то решать?»

Особенно при пограничном результате. Одна точка не линия, про это была отдельная глава.

«Если всё в норме, что дальше и какие причины мы не проверили?»

Вопрос для ситуации, когда жалобы есть, а анализы чистые. Именно здесь люди уходят в самостоятельные поиски и покупки.

КОГДА НАЗНАЧИЛИ НАДОЛГО

«На какой срок это назначено?»

«Как мы поймём, что доза подобрана?»

«Когда мы пересмотрим назначение?»

«Как будет происходить отмена, когда до неё дойдёт?»

Последний вопрос особенно важен для препаратов, которые нельзя прекращать резко. Про снотворные это разбиралось в теме про сон, и там же сказано, почему этот разговор лучше начать сразу, а не через год.

ПО КОНКРЕТНЫМ ТЕМАМ

ЩИТОВИДКА

«Что показывает мой результат и что он означает для меня сейчас?»

«Если результат пограничный, имеет ли смысл пересдать через несколько месяцев, прежде чем что-то решать?»

«Если предлагается терапия, на основании чего именно в моём случае?»

«Нужно ли что-то делать сейчас или достаточно наблюдения, и если наблюдения, то с какой периодичностью?»

И обязательно скажите, если принимаете что-то самостоятельно, особенно йод.

КИШЕЧНИК И ВЗДУТИЕ

«Что из моих жалоб требует обследования сейчас, а что можно наблюдать?»

«Подхожу ли я под критерии синдрома раздражённого кишечника?»

«Если предложена диета: на какой срок, что именно исключаем и когда возвращаем?»

Последняя часть вопроса обязательна. Этап возвращения продуктов не опциональный.

КОЖА

«Что именно у меня и какое лечение имеет доказанную эффективность при этом?»

«Через какой срок оценивать результат?»

«То, что мне предлагают, это лекарство или косметика?»

Вопрос не про качество, а про то, чего от средства вообще можно ожидать.

«Имеет ли смысл обследование на гормональные причины в моём случае?»

УСТАЛОСТЬ

«Какой базовый набор анализов имеет смысл в моём случае?»

«Если анализы в норме, что дальше и какие причины мы не проверили?»

«Стоит ли обсудить настроение и сон отдельно?»

Этот вопрос стоит задать даже если кажется, что он не про вас. Про причину, которую не показывает ни один анализ, была отдельная часть главы.

«Есть ли основания для исследования сна?»

СУСТАВЫ И СПИНА

«Что именно у меня и на чём основан диагноз?»

«Если снимок уже сделан: объясняют ли найденные изменения именно мои жалобы, или это возрастная находка?»

«Какая программа движения показана в моём случае и к кому обратиться за её подбором?»

«Нужно ли обследование сейчас или можно наблюдать?»

СОН

«Есть ли в моём случае показания для исследования сна?»

«Доступна ли когнитивно-поведенческая терапия бессонницы и где её пройти?»

«Если назначено снотворное: на какой срок, что дальше и как мы будем его отменять?»

«Если принимаю давно: как выглядит план постепенного снижения и чего ожидать при отмене?»

ЧАСТЫЕ СИТУАЦИИ, КОТОРЫХ НЕТ В ОТДЕЛЬНЫХ ТЕМАХ

ДАВЛЕНИЕ

«Какое давление считать целевым именно для меня?»

«Как правильно измерять дома и как часто?»

Это важнее, чем кажется: решения принимаются по домашним измерениям, а не по единственной цифре в кабинете.

«Если назначен препарат: это навсегда или пересмотрим?»

ВЕС

«Есть ли медицинские причины, из-за которых вес не уходит, и стоит ли их проверить?»

«Что вы считаете реалистичным результатом и за какой срок?»

Вопрос про срок здесь особенно полезен: он отсекает обещания, которые не выполняются.

КОГДА НАЗНАЧИЛИ АНТИБИОТИК

«Точно ли нужен антибиотик в моём случае?»

Вопрос совершенно нормальный, и хороший врач на него ответит спокойно.

«На какой срок и что делать, если станет лучше раньше?»

ПЕРЕД ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ИЛИ ПРОЦЕДУРОЙ

«Что будет, если не делать или отложить?»

«Какие есть альтернативы?»

«Сколько таких вмешательств вы проводите?»

Последний вопрос звучит неловко, но он законный и во многих областях связан с результатом.

ЕСЛИ ВАМ ПРЕДЛАГАЮТ ПЛАТНУЮ УСЛУГУ

«Это входит в программу обязательного страхования?»

Часто оказывается, что входит. Особенно это касается обследований, о которых была глава про диспансеризацию.

«Что изменится в лечении по результату?»

ЕСЛИ ВЫ НЕ СОГЛАСНЫ ИЛИ СОМНЕВАЕТЕСЬ

«Я хотел бы получить второе мнение. Что мне взять с собой?»

Формулировка важна. Она не звучит как недоверие, а звучит как просьба о помощи, и обычно её и получают.

ЧТО ДЕЛАТЬ ПОСЛЕ ПРИЁМА

Три вещи, которые занимают пять минут и экономят следующий визит.

Записать, что вам сказали, пока помните. Через неделю останется ощущение, а не содержание.

Записать назначения полностью: что, зачем, на какой срок, когда оценивать результат. Если чего-то из этого вы не знаете, значит, вопрос не был задан.

Сохранить результаты. Через год будет с чем сравнивать, а одна точка не линия.

ЕСЛИ ПРИЁМ ПРОШЁЛ ПЛОХО

Бывает и так, и это стоит назвать.

Если вас не выслушали, если ответ был раздражённым, если на прямой вопрос вы получили «доверяйте специалисту», вы не обязаны считать, что дело в вас.

Вы имеете право обратиться к другому врачу. Это не жалоба и не конфликт, это обычная практика.

И отдельно: если вам предложили что-то оплатить прямо на приёме, без объяснения, что это даст, работают ровно те же четыре вопроса, что и в аптеке.

ЧТО СКАЗАТЬ О СЕБЕ, ЧТОБЫ СЭКОНОМИТЬ ВРЕМЯ

Это не вопросы, но работает сильнее вопросов.

Что именно беспокоит, одним предложением.

Когда началось, примерно.

Что усиливает и что облегчает.

Что уже принимали и что из этого помогло, с названиями.

Чего вы ждёте от этого приёма.

И отдельно: полный список того, что принимаете, включая добавки, назначенные себе самостоятельно. Это не признание вины, это информация, влияющая на трактовку анализов и на совместимость.

ЧЕГО НЕ ДЕЛАТЬ

Не приносить распечатку с готовым диагнозом из интернета. Разбор чужого текста съедает минуты, а вы пришли за своим случаем.

Не оставлять главное на конец. Самое важное часто называют, уже стоя в дверях, когда время вышло.

Не задавать вопросы списком из десяти пунктов.

И не превращать вопросы в проверку врача. Они нужны, чтобы вы понимали, что происходит, а не чтобы кого-то уличить.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

КНИГА РЕЦЕПТОВ

ЗАЧЕМ ЭТО ПРИЛОЖЕНИЕ И ЧЕМ ОНО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

Сразу оговорюсь, чтобы вы понимали, что держите в руках.

Это не противовоспалительная диета. В главе про воспаление мы разобрали, что с воспалительными показателями надёжнее всего связаны сон, вес, курение и движение, а питание изучается, но связь там слабее. Обещать вам, что еда снимет воспаление, я не буду.

Это не лечебное питание. При диабете, заболеваниях почек, целиакии и многих других состояниях рацион определяет врач, и общие принципы его не заменяют.

Это не система с подсчётами. Здесь нет калорий, граммов белка и процентов. Тарелка работает на глаз, и в этом её смысл.

Что это тогда такое.

Набор обычных блюд, собранных по нескольким принципам, каждый из которых разбирался в книге и опирается на источник. К каждому блюду написано, почему оно устроено именно так. Если объяснение вас не убедило, не готовьте. Так и задумано.

ПЯТЬ ПРИНЦИПОВ, НА КОТОРЫХ ЗДЕСЬ ВСЁ ДЕРЖИТСЯ

ПЕРВЫЙ. Пропорции тарелки.

Половина овощная часть, четверть белковая, четверть углеводная, плюс растительное масло. Из главы про тарелку. Ничего считать не нужно, нужно смотреть.

ВТОРОЙ. Разнообразие растительного, а не количество.

Это то, чего в основной книге почти не было, и здесь стоит объяснить подробно, потому что принцип неочевидный.

Клетчатка не расщепляется нашими ферментами. Она проходит желудок и тонкую кишку почти без изменений и начинает работать только в толстой кишке, где ею питаются бактерии. Расщепляя её, они производят короткоцепочечные жирные кислоты, а те питают клетки слизистой кишечника и укрепляют барьерную функцию.

И вот ключевое. Разным бактериям нужна разная пища. Одним клетчатка из овощей, другим из бобовых, третьим из семян. Поэтому важно не съесть побольше клетчатки из одного источника, а получать её из разных.

Отсюда ориентир, который встречается в рекомендациях: около тридцати разных растительных продуктов в неделю. Считаются не только овощи и фрукты, но и ягоды, зелень, цельнозерновые, бобовые, орехи, семена, грибы и специи.

Тридцать звучит много, пока не начнёшь считать. Горсть смеси семян это уже три позиции. Специи в блюде считаются. Гречка, овёс и перловка это три разных пункта, а не один «крупы».

Важная оговорка: увеличивать количество растительной пищи стоит постепенно и вместе с водой, иначе первые дни будут неприятными. Про это в рекомендациях говорится прямо.

ТРЕТИЙ. Белок в каждый основной приём пищи.

Из главы про мышцы. Материал без сигнала никуда не идёт, но и сигнал без материала тоже. После сорока это перестаёт быть теорией.

ЧЕТВЁРТЫЙ. Замещение, а не добавление.

Из главы про тарелку. Овощи работают, когда занимают место чего-то другого, а не добавляются сверху. Поэтому ниже нет ни одного блюда «в дополнение к обычному ужину».

ПЯТЫЙ. Рыба, а не капсула.

Из главы про магний и омегу. В рыбе кроме жирных кислот есть и другое, а исследования на выделенной добавке результата не подтвердили. Поэтому рыба здесь есть, а рыбьего жира нет.

ОДИН ПРИЁМ, КОТОРЫЙ ВАЖНЕЕ ВСЕХ РЕЦЕПТОВ

Заготовки.

Три вещи в холодильнике в воскресенье превращают сборку ужина в десять минут в любой день недели.

Сваренная крупа. Любая, большая кастрюля, хранится несколько дней.

Запечённый белок. Курица, рыба, индейка. Один противень, один раз.

Помытые и нарезанные овощи. Именно помытые. Немытый овощ в контейнере не съедается, это проверяется опытом.

Дальше ужин это не готовка, а сборка. И вот это, а не сила воли, решает вопрос питания в будни.

ЗАВТРАКИ

ОВСЯНКА, КОТОРАЯ НЕ РАЗВАЛИВАЕТСЯ К ОБЕДУ

Овсяные хлопья долгой варки, вода или молоко, горсть смеси семян, любые ягоды, немного орехов, ложка йогурта.

ПОЧЕМУ ТАК

Хлопья долгой варки, а не быстрого приготовления: чем сильнее зерно обработано, тем быстрее оно усваивается. Из главы про тарелку: важен вид углеводов, а не только количество.

Семена и орехи это не украшение. Они добавляют и жир, и белок, из-за которых завтрак держится дольше. Голод через час после каши это обычно каша без них.

Ягоды и семена считаются в те самые тридцать растений. Три вида семян в одной ложке это три пункта, а не один.

Йогурт это ферментированный продукт. Регулярное их потребление связывают с изменениями микробного разнообразия.

ЯИЧНИЦА С ТЕМ, ЧТО ЛЕЖИТ В ХОЛОДИЛЬНИКЕ

Яйца, любые овощи из заготовки, зелень, немного масла, кусок цельнозернового хлеба.

ПОЧЕМУ ТАК

Белок с утра. Третий принцип, и он же практический: завтрак без белка заканчивается перекусом до обеда.

Овощи в яичницу это самый простой способ сделать завтрак не только белково-углеводным. Подойдут любые остатки.

Зелень отдельным пунктом: это самый недооценённый способ добрать разнообразие. Пучок петрушки стоит копейки и считается.

ОБЕДЫ И УЖИНЫ

МИСКА ПО ПРОПОРЦИЯМ

Основа: сваренная крупа из заготовки, четверть миски. Белок: запечённая курица, рыба или бобовые, четверть. Овощи: половина миски, сырые и печёные вместе. Заправка: масло, лимон, соль, специи.

ПОЧЕМУ ТАК

Это не рецепт, а схема. Она собирается из заготовок за десять минут и меняется бесконечно.

Пропорции взяты из модели тарелки и работают на глаз.

Сырые и печёные овощи вместе не для красоты: разная обработка это разная текстура клетчатки, и разнообразие снова работает на вас.

Лимон в заправке имеет отдельный смысл, если на тарелке есть бобовые или зелень: витамин С заметно улучшает усвоение железа из растительных источников. Из материала про железо.

ЗАПЕЧЁННАЯ РЫБА С ОВОЩАМИ НА ОДНОМ ПРОТИВНЕ

Любая жирная рыба, овощи крупными кусками, масло, соль, специи, лимон.

ПОЧЕМУ ТАК

Пятый принцип целиком. Рыба, а не добавка.

Один противень это не лень, а условие воспроизводимости. Блюдо, которое требует трёх кастрюль, вы приготовите один раз.

Специи считаются в разнообразие растительного. Паприка, тимьян, чеснок в одном блюде это три позиции.

Овощи крупными кусками, потому что мелко нарезанные превращаются в кашу, и блюдо перестаёт нравиться. Еда, которая не нравится, не повторяется, а всё описанное работает только при повторении.

ЧЕЧЕВИЧНЫЙ СУП, КОТОРЫЙ ЗАМЕНЯЕТ ОБЕД

Чечевица, лук, морковь, сельдерей, помидоры, чеснок, специи, зелень, лимон при подаче.

ПОЧЕМУ ТАК

Бобовые это отдельная категория в списке тридцати растений, и у нас её обычно не хватает совсем.

Растворимые волокна, которых много в бобовых, особенно активно ферментируются бактериями.

Белок и клетчатка в одном продукте: суп получается самостоятельным блюдом, а не первым перед вторым. Это и есть замещение из четвёртого принципа.

Лимон при подаче: снова про железо из растительных источников.

Одна честная оговорка. Если бобовых в вашем рационе сейчас мало, начинайте с небольших порций. Увеличивать растительную пищу нужно постепенно, иначе первые дни будут неприятными, и вы решите, что вам «не подходит».

ТУШЁНАЯ КАПУСТА С МЯСОМ

Капуста любая, лук, морковь, мясо или птица, масло, специи.

ПОЧЕМУ ТАК

Самое дешёвое блюдо в этом приложении и одно из самых уместных.

Капуста это большой объём растительной пищи за небольшие деньги. Разные виды капусты считаются отдельными позициями.

Мясо здесь не для сытности, а по третьему принципу. Плюс животный белок улучшает усвоение железа, в том числе из овощей в этом же блюде.

ЕЩЁ ДВА ЗАВТРАКА

ТВОРОГ, КОТОРЫЙ НЕ НАДОЕДАЕТ

Творог, ягоды или тёртое яблоко с корицей, горсть орехов, семена льна, немного мёда по желанию.

ПОЧЕМУ ТАК

Белковый завтрак в чистом виде. Третий принцип без компромиссов.

Сладость даёт фрукт, а не сахар. Это не запрет сахара, а замещение: то же ощущение, но с клетчаткой и водой в комплекте.

Семена льна отдельным пунктом: их редко едят, а это отдельная позиция в счёте растений и источник растворимых волокон.

Корица считается. Помните, специи входят в те самые тридцать.

ОМЛЕТ С БОБОВЫМИ

Яйца, консервированная фасоль или нут, помидоры, лук, зелень, специи.

ПОЧЕМУ ТАК

Странное на вид сочетание, которое решает главную проблему бобовых: их некогда готовить. Консервированные решают её полностью.

Два источника белка в одном блюде, растительный и животный, плюс клетчатка, которой в обычном омлете нет.

Это же ответ на вопрос, как добрать бобовые тем, кто не любит супы.

СУПЫ

ОВОЩНОЙ СУП С ФАСОЛЬЮ И ТОМАТАМИ

Фасоль, помидоры, морковь, сельдерей, лук, чеснок, любая зелень, специи, оливковое масло при подаче.

ПОЧЕМУ ТАК

Пять-шесть растительных позиций в одной кастрюле. Самый быстрый способ продвинуться к тридцати за неделю.

Масло добавляется в тарелку, а не в кастрюлю: часть полезных веществ из овощей жирорастворима, и жир рядом улучшает их усвоение.

Готовится один раз на несколько дней. Это не мелочь, а условие того, что вы будете это есть.

КУРИНЫЙ СУП С КРУПОЙ И ОВОЩАМИ

Курица, любая крупа, морковь, лук, корень сельдерея, зелень.

ПОЧЕМУ ТАК

Обычный суп, собранный по пропорциям: белок, крупа, овощная часть.

Крупу берите цельнозерновую. Перловка, ячневая, бурый рис. Это не про строгость, а про то, о чём была глава: важен вид углеводов.

Одна и та же основа с разной крупой каждую неделю это разные позиции в счёте растений, а не одно и то же блюдо.

БОБОВЫЕ ОТДЕЛЬНО

НУТ, ЗАПЕЧЁННЫЙ С ОВОЩАМИ

Нут отварной или консервированный, любые овощи, масло, специи, лимон.

ПОЧЕМУ ТАК

Бобовые это категория, которой у нас не хватает почти всем, и одновременно самый дешёвый белок.

Запекание вместо варки меняет текстуру, и блюдо перестаёт быть «полезным, но скучным». Это важнее, чем кажется: еда, которая не нравится, не повторяется.

Лимон при подаче: витамин С улучшает усвоение железа из растительных источников.

ЧЕЧЕВИЧНОЕ РАГУ

Чечевица, лук, морковь, помидоры, паприка, тмин, чеснок, зелень.

ПОЧЕМУ ТАК

Чечевица не требует замачивания и варится быстро. Это снимает главное возражение против бобовых.

Растворимые волокна в бобовых особенно активно ферментируются бактериями, о чём было в начале приложения.

Специи здесь не для вкуса, а для счёта: паприка, тмин, чеснок это три позиции.

ГАРНИРЫ И ОВОЩНАЯ ЧАСТЬ

ПРОТИВЕНЬ ОВОЩЕЙ НА НЕДЕЛЮ

Любые плотные овощи крупными кусками, масло, соль, специи. Один противень, сорок минут.

ПОЧЕМУ ТАК

Это не рецепт, а инфраструктура. Готовые овощи в холодильнике превращают овощную половину тарелки из намерения в факт.

Меняйте набор от недели к неделе. Разные овощи это разные позиции, и именно так набирается разнообразие без усилий.

САЛАТ, КОТОРЫЙ ЕДЯТ

Любая зелень, любые сырые овощи, семена, масло, кислота, соль.

ПОЧЕМУ ТАК

Формула, а не рецепт: зелень плюс овощи плюс что-то хрустящее плюс заправка.

Семена превращают салат из дополнения в часть блюда: появляется жир, и салат начинает насыщать.

Кислота в заправке это лимон или уксус. Кроме вкуса, лимон полезен рядом с растительными источниками железа.

КРУПА, СВАРЕННАЯ ПРАВИЛЬНО

Любая цельнозерновая крупа, вода, соль.

ПОЧЕМУ ТАК

Скучнейший пункт приложения и один из важнейших.

Сваренная крупа в холодильнике это четверть каждой тарелки на три дня вперёд. Без неё сборка ужина превращается в готовку, а готовка в будни не выдерживает столкновения с реальностью.

Чередуйте крупы. Гречка, овёс, перловка, булгур, бурый рис это пять разных позиций, а не «крупа».

РЫБА

РЫБА В ФОЛЬГЕ С ЛИМОНОМ И ТРАВАМИ

Любая рыба, лимон, травы, масло, соль.

ПОЧЕМУ ТАК

Самый простой способ приготовить рыбу так, чтобы она не пересохла, а значит, чтобы вы захотели повторить.

Пятый принцип: рыба, а не капсула. В рыбе есть и другое, чего в добавке нет.

РЫБНЫЕ КОТЛЕТЫ ИЗ ЧЕГО ЕСТЬ

Любое рыбное филе, лук, яйцо, немного крупы или хлеба, зелень, специи.

ПОЧЕМУ ТАК

Решает вопрос «дети не едят рыбу» и вопрос «не люблю кости».

Годится недорогая рыба. Жирные сорта дешевле благородных, а именно они интересны с точки зрения жирных кислот.

ПЕРЕКУСЫ

ЧТО ДЕРЖАТЬ ПОД РУКОЙ

Орехи и семена, небольшими порциями. Йогурт без добавленного сахара. Фрукты целиком, а не в виде сока. Варёные яйца. Нарезанные овощи и хумус.

ПОЧЕМУ ИМЕННО ЭТО

Все пять содержат либо белок, либо жир, либо и то, и другое. Именно поэтому после них не хочется есть через двадцать минут, в отличие от печенья.

Фрукт целиком, а не сок: клетчатка и вода никуда не деваются, и сахар ведёт себя иначе. Про это была речь в главе про тарелку.

Овощи нарезанные, а не целые. Разница между помытым и нарезанным овощом и целым огурцом в ящике это разница между съеденным и выброшенным.

НЕДЕЛЯ ЦЕЛИКОМ: КАК ЭТО ВЫГЛЯДИТ

Не расписание и не план. Просто пример того, как принципы складываются в обычную неделю.

Воскресенье: сварить крупу, запечь противень овощей, запечь курицу или рыбу, помыть и нарезать сырые овощи.

Дальше будни собираются, а не готовятся. Завтрак из готового белка и крупы. Обед миской по пропорциям. Ужин из того же в другом сочетании.

Один раз за неделю приготовить суп или рагу с бобовыми, и он закроет два обеда.

Один раз за неделю рыба.

Всё. Это и есть вся система.

Обратите внимание, чего здесь нет: подсчётов, взвешиваний, приложений, отдельных покупок и продуктов, которых нет в обычном магазине.

ЕСЛИ ВЫ ПРИНИМАЕТЕ ЖЕЛЕЗО

Отдельная короткая заметка, потому что она практическая и её редко объясняют.

Усвоение железа сильно зависит от того, с чем оно встречается.

Помогают: витамин С, животный белок, ферментированные продукты, дробный приём.

Мешают: кофе и чай, молочные продукты и яйца, отруби и оболочки зёрен, некоторые лекарства.

Практический вывод простой. Если вы принимаете железо, отделите его по времени от кофе, чая и молочного хотя бы на час, а рядом поставьте что-нибудь с витамином С.

Это не про рецепты, но именно здесь оно пригодится чаще всего.

ЧЕГО В ЭТОМ ПРИЛОЖЕНИИ НЕТ, И ПОЧЕМУ

Суперфудов. Ни одного продукта, который нужно заказывать. Разнообразие набирается обычным ассортиментом обычного магазина, и в этом весь смысл.

Исключений. Здесь ничего не запрещается. Логика замещения работает через пропорции, а не через списки запрещённого. Про риск, который несут самостоятельные исключающие диеты, было в теме про кожу.

Детокса и очищения. Про это была отдельная глава.

Подсчётов. Ни калорий, ни граммов, ни процентов. Тарелка работает на глаз, и любая система, требующая подсчёта, требует ещё и приложения, подписки или сопровождения.

Обещаний. Ни одно блюдо здесь ничего не лечит. Они собраны по принципам, у которых есть основания, и этого достаточно.

И ПОСЛЕДНЕЕ

Если еда стала источником постоянной тревоги, если появились жёсткие запреты, чувство вины после еды или желание всё контролировать, то дело уже не в составе тарелки и не в количестве растений за неделю.

С этим идут не к книге рецептов и не к диетологу, а к врачу. Это важнее любого принципа из перечисленных выше.

ИСТОЧНИКИ К ПРИЛОЖЕНИЮ

1. Материалы Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины: рацион питания для здоровья кишечной микробиоты, принципы увеличения разнообразия и богатства кишечной микробиоты, основанные на доказательной базе. Отсюда: избирательность разных бактерий в отношении источников клетчатки.

2. Материалы о механизме действия клетчатки: отсутствие расщепления пищеварительными ферментами, работа в толстой кишке, производство бактериями короткоцепочечных жирных кислот, их роль в питании клеток слизистой и укреплении барьерной функции.
3. Ориентир около тридцати различных растительных продуктов в неделю, включая овощи, фрукты, ягоды, зелень, цельнозерновые, бобовые, орехи, семена, грибы и специи; рекомендация вводить новые продукты постепенно с увеличением потребления воды.
4. Материалы о связи регулярного потребления ферментированных продуктов с изменениями микробного разнообразия.
5. Материалы о факторах, влияющих на усвоение железа: витамин С, животный белок, ферментированные продукты, дробный приём; кофе и чай, молочные продукты и яйца, отруби и оболочки зёрен, антациды и ряд лекарств.
6. Тарелка здорового питания, Гарвардская школа общественного здравоохранения. Пропорции и положение о приоритете вида углеводов над количеством.