

УДК 616(031)
ББК 54.1я2
М99

В оформлении обложки использована фотография:
Vectomart / Shutterstock.com

Используется по лицензии от Shutterstock.com

Во внутреннем оформлении использованы иллюстрации:
Visual Generation, MSSA, Panda Vector, COOL STUFF, RaulAlmu, Le_Mon / Shutterstock.com
Используется по лицензии от Shutterstock.com

Мясников, Александр Леонидович.

М99 **Пора лечиться правильно. Медицинская энциклопедия / А.Л. Мясников, А.В. Родионов, А.Д. Парамонов, О.Ю. Демичева, И.О. Смитиенко. — Москва : Издательство «Э», 2018. — 400 с.**

«Пора лечиться правильно» — это книга-путеводитель для тех, кто хочет быть здоровым, кто привык жить по принципу «доверяй, но проверяй», кто верит в возможности настоящей доказательной медицины и желает сам разобраться в том, что происходит с его организмом.

Издание состоит из пяти ключевых для отечественного здравоохранения разделов. Первый посвящен различным сердечно-сосудистым заболеваниям, включая стенокардию, гипертонию, инфаркт и инсульт. Во втором разделе рассматриваются различные заболевания желудочно-кишечного тракта, такие как гастрит, язвы, синдром раздраженного кишечника, а также менее серьезные, но не менее проблемные состояния: изжога, тошнота, запор, диарея и др. Третий раздел — исчерпывающая информация о суставных заболеваниях — остеопороз, артроз, ревматоидный артрит и многие другие. Четвертый раздел рассказывает о различных эндокринных заболеваниях, включая болезни щитовидной железы и, конечно, сахарный диабет. В последнем, пятом разделе представлена исчерпывающая информация о современных лекарственных препаратах — как настоящих, так и абсолютно бесполезных (вы действительно будете удивлены), а также о самых популярных анализах: когда и кому они показаны, а в каких случаях могут быть бесполезны и даже вредны.

Эта книга поможет вам лучше разобраться в своем состоянии, научит говорить с врачом на одном языке, а также станет помощником и наставником в непростом деле борьбы за собственное здоровье.

УДК 616(031)
ББК 54.1я2

Все права защищены. Книга или любая ее часть не может быть скопирована, воспроизведена в электронной или механической форме, в виде фотокопии, записи в память ЭВМ, репродукции или каким-либо иным способом, а также использована в любой информационной системе без получения разрешения от издателя. Копирование, воспроизведение и иное использование книги или ее части без согласия издателя является незаконным и влечет уголовную, административную и гражданскую ответственность.

Научно-популярное издание

**ПОРА ЛЕЧИТЬСЯ ПРАВИЛЬНО
МЕДИЦИНСКАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ**

Директор редакции *Е. Капъёв*. Руководитель медицинского направления *О. Шестова*
Ответственный редактор *О. Ключникова*. Художественный редактор *С. Власов*

ООО «Издательство «Э»
123308, Москва, ул. Зорге, д. 1. Тел.: 8 (495) 411-68-86.

Өндүрүшү: «Э» АКБ Баспасы, 123308, Мәскеу, Ресей, Зорге көшесі, 1 үй.
Тел.: 8 (495) 411-68-86.

Тауар белгісі: «Э»

Қазақстан Республикасында дистрибьютор және өнім бойынша арыз-талаптарды қабылдаушының өкілі «РДЦ-Алматы» ЖШС, Алматы қ., Домбровский кеш., 3-а, литер Б, офис 1.
Тел.: 8 (727) 251-59-89/90/91/92, факс: 8 (727) 251 58 12 вн. 107.

Өнімнің жарамдылық мерзімі шектелмеген.

Сертификация туралы ақпарат сайтта Өндүрүші «Э»

Сведения о подтверждении соответствия издания согласно законодательству РФ о техническом регулировании можно получить на сайте Издательства «Э»

Өндірген мемлекет: Ресей
Сертификация қарастырылмаған

Подписано в печать 18.01.2018. Формат 84x108¹/₁₆.

Печать офсетная. Усл. печ. л. 42,0.

Тираж экз. Заказ



ISBN 978-5-04-091379-4



ISBN 978-5-04-091379-4



В электронном виде книгу можно найти на сайте
купить на www.litres.ru



© Мясников А.Л., текст, 2015
© Родионов А.В., текст, 2015
© Парамонов А.Д., текст, 2017
© Демичева О.Ю., текст, 2016
© Смитиенко И.О., текст, 2016
© ООО «Издательство «Э», 2018

Содержание

СЕРДЦЕ И СОСУДЫ

Предисловие от Александра Мясникова	8
Раздел I. Здоровое сердце и факторы риска сосудистых заболеваний	9
Глава 1. Здоровое сердце и сосуды: как они работают?	9
Глава 2. Факторы риска	11
Раздел II. Артериальная гипертония и гипертоническая болезнь	15
Глава 3. Арифметика артериальной гипертонии.	15
Глава 4. Откуда эта напасть на нашу голову?!	17
Глава 5. Органы «мишени»	20
Глава 6. Принципы немедикаментозного и медикаментозного лечения	23
Раздел III. Атеросклероз — ржавчина жизни	28
Глава 7. Боль в груди. Стенокардия?	28
Глава 8. Острый коронарный синдром и инфаркт	32
Глава 9. Жизнь после инфаркта	34
Глава 10. Хроническая ишемическая болезнь сердца.	37
Раздел IV. Сердечная недостаточность	40
Раздел V. Мерцательная аритмия	46
Раздел VI. Сердце и лекарства	49
Глава 11. Когда и кому надо начинать медикаментозное лечение гипертонии.	49
Глава 12. Препараты, снижающие АД.	50
Глава 13. Лечение атеросклероза коронарных сосудов и ишемической болезни сердца	55
Глава 14. Лечение мерцательной аритмии.	63
Раздел VII. Народная медицина и непознанное	68

ЖЕЛУДОК И КИШЕЧНИК

Предисловие от Ольги Шестовой и Антона Родионова	72
Предисловие от Алексея Парамонова.	73
Раздел I. Острая и хроническая боль в животе.	74
Глава 1. Что делать, если заболело внезапно	74
Раздел II. Когда проблема заключена в желудке	76
Глава 2. Боль и дискомфорт в «желудке»	76
Глава 3. Хеликобактерная инфекция (H. pylori): насколько она ужасна и заразна	80
Раздел III. Особенности «отечественного» панкреатита	86
Глава 4. Опоясывающая боль в верхней части живота и боль в подреберьях	86
Раздел IV. Что раздражает кишечник	90
Глава 5. Боль около пупка, в подвздошных областях, боль по всему животу	90
Глава 6. Тошнота и рвота	100
Раздел V. Изжога, отрыжка, запор и понос — самые «щекотливые» заболевания	105
Глава 7. Изжога, отрыжка и болезни, с ними связанные.	105
Глава 8. Диарея (понос)	112
Глава 9. Запор.	121
Раздел VI. Это страшное слово «рак»	125
Глава 10. Рак пищевода, желудка и колоректальный рак. На роду написано или можно изменить судьбу.	125
СПИНА И СУСТАВЫ	
Предисловие от Ильи Смитиенко	128
Раздел I. Если болят суставы	129
Глава 1. Если болят суставы: к какому врачу обратиться	129

Раздел II. Заболевания суставов

и спины	138
Глава 2. Остеоартрит (артроз)	138
Глава 3. Ревматоидный артрит	144
Глава 4. Псориатический артрит.	146
Глава 5. Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева)	148
Глава 6. Реактивный артрит (синдром Рейтера)	151
Глава 7. Важная информация об инфекциях и суставах	152
Глава 8. Подагра	154
Глава 9. Ревматическая полимиалгия	158
Глава 10. Остеопороз	160

**Раздел III. Лекарства для лечения
ревматических заболеваний.** 165

Глава 11. Нестероидные противовоспалительные препараты	165
Глава 12. Глюкокортикоиды.	166
Глава 13. Базисные противо- воспалительные препараты	167

**САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ДРУГИЕ
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Предисловие от Ольги Демичевой.	172
Раздел I. Сахарный диабет.	173
Глава 1. Болезнь или образ жизни?	173
Глава 2. Если это случилось...	176
Глава 3. «Если не я, то кто?».	179
Глава 4. Великие медицинские открытия	181
Глава 5. Три кита в лечении сахарного диабета	185
Глава 6. Сахарный диабет 1 типа.	187
Глава 7. Первая скрипка «смертельного квартета»	196
Глава 8. Сахарный диабет 2 типа.	204
Глава 9. Кушать подано!	215
Глава 10. Сладкие вопросы	217
Глава 11. Мало кто об этом знает	219
Глава 12. Тайнство великое	220
Глава 13. Не такой как все	223
Глава 14. «Поругайте его, доктор!»	226
Глава 15. Про «сладкий яд» и «опасный инсулин»	227

Глава 16. Почему мы не слышим друг друга?	229
Глава 17. Самая короткая и последняя	233
Вместо заключения	233

Раздел II. Что со мной, доктор?

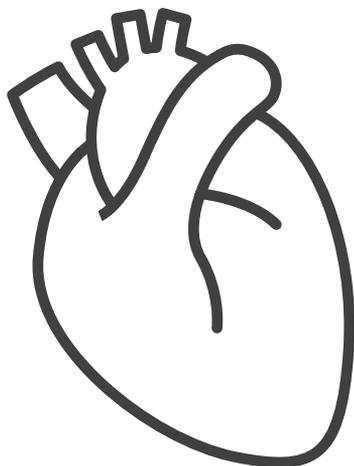
Вся правда о щитовидной железе	234
Предисловие от Ольги Демичевой.	234
Введение	235
Глава 1. Бабочка или щит?	236
Глава 2. Кто управляет полетом бабочки?	240
Глава 3. Что такое зоб. Про йодный дефицит, средневековых красавиц и йодированную соль	243
Глава 4. Узелок на память. Опасны ли узлы щитовидной железы.	249
Глава 5. Обследование щитовидной железы	252
Глава 6. Антитела к щитовидной железе, безопасные и опасные.	258
Глава 7. Можно ли прожить без щитовидной железы? Про гипотиреоз – дефицит гормонов щитовидной железы	259
Глава 8. Сердце под ударом. Про тиреотоксикоз – избыток гормонов щитовидной железы	267
Глава 9. Одно лечим, другое калечим? Какие лекарства влияют на щитовидную железу.	273
Глава 10. Колье невесты. Щитовидная железа и беременность	275
Глава 11. Памятка для мамы. Про щитовидную железу у детей	281
Глава 12. Что такое тиреоидит? Какие бывают тиреоидиты и всегда ли их нужно лечить	282
Глава 13. Тирофобия (Глава-фельетон).	284

ЛЕКАРСТВА И АНАЛИЗЫ

Предисловие от Антона Родионова	286
Раздел I. Расшифровка анализов.	288
Глава 1. Красная-красная кровь.	288
Глава 2. Где живет воспаление	294
Глава 3. Анализ на свертываемость	297

Глава 4. Кто о чем, а кардиолог о холестерине	300
Глава 5. Сахарное мочеизнурение	302
Глава 6. Самый совершенный в мире фильтр	305
Глава 7. Не пора ли почистить печень	308
Глава 8. Из жизни бабочек.	313
Глава 9. Чем калий отличается от кальция	317
Глава 10. Анализы на волчанку	321
Глава 11. Анализы на рак.	324
Глава 12. Био-, энерго-, квантово-резонансная диагностика	326
Глава 13. Сам себе диспансеризация	329
Раздел II. Лекарства	331
Предисловие от Антона Родионова	331
Глава 1. Лечить не симптом, а болезнь. Лечить не болезнь, а больного.	331
Глава 2. Про «Мерседес» и «Жигули»	332
Глава 3. Препарат с «недоказанной эффективностью» — разве это возможно?	333
Глава 4. Грипп и ОРВИ: не столько медикаментами, сколько честностью и порядком	335
Глава 5. Если не можешь вылечить, попробуй хотя бы помочь.	339
Глава 6. А мне дышать охота	349
Глава 7. Как не надо лечить сердце	353
Глава 8. Загадки желудочно-кишечного тракта	357
Глава 9. Против жизни	363
Глава 10. Обезболивающие	370
Глава 11. Аптечка в поход, в поездку, на дачу.	382
Глава 12. Разговор со строгим критиком.	386
Заключение	388
Полезные таблицы основных показателей состояния сердца и сосудов	390

СЕРДЦЕ И СОСУДЫ



Предисловие от Александра Мясникова

Потребность написать книжку про кардиологию для меня, можно сказать, «наследственно обусловленная». Мой дед, в честь которого я назван, — академик Александр Леонидович Мясников — считается основателем советской кардиологии. Он основал и до самой своей смерти возглавлял Институт терапии, ставший впоследствии Институтом кардиологии, ныне — Всероссийский Кардиологический центр, которым последние десятилетия руководит один из ближайших его учеников — Евгений Иванович Чазов. Монография «Гипертоническая болезнь и атеросклероз» была переведена на 14 языков и получила самую престижную в кардиологии премию «Золотой стетоскоп».

Не то чтобы лавры деда не дают мне покоя, но спокойно созерцать, как сердечно-сосудистые болезни выкашивают самую активную и трудоспособную часть населения, я не хочу. И тут уж кто как может. Врачи-кардиологи спасают инфарктных больных, ставят стенты, борются с сердечной недостаточностью, аритмиями и стенокардией. Как практикующий врач и руководитель скоропомощной больницы делаю это и я, только наших общих «медицинских» усилий совершенно недостаточно! Атеросклероз и гипертония — враги всего человечества, и бороться с ними мы должны все вместе, от мала до велика, невзирая на профессию, пол, социальное положение!

А ведь все в наших силах! Главное — в них поверить! Для этого надо хорошо уз-

нать своего врага, изучить его привычки, понять, кто ему помогает и чего он боится! Вот в этом я и вижу свою роль! Мы все уже привыкли к дежурно-нудным врачевным причитаниям: не кури, не пей, не ешь на ночь, не нервничай... Мы давно пропускаем это мимо ушей и покорно умираем в 40 лет от инфаркта или лежим с памперсом, прикованные к постели инсультом... Я не открою никакой страшной тайны, более того — я даже не буду утверждать, что, если мы все завтра проснемся другими людьми и будем все соблюдать и делать правильно, мы избедем эту напасть — есть генетическое предрасположение, неполное понимание причин, Божья Воля, наконец! Но я покажу вам, что приводит к этим болезням, как снизить риски, когда достаточно одного здорового образа жизни, а когда надо уже профилактически принимать лекарства, когда можно заподозрить притаившуюся болезнь и алгоритм действий при ее проявлении. Главное помнить: атеросклероз и гипертонию победят не врачи — победите вы! Если возьмем все Миром, когда развернем лицом к нам (а не к куче долларов!) пищевую и фармакологическую промышленности, когда будем ответственно относиться к Стране, чье основное богатство — наше здоровье. И к своим правнукам, которых мы сегодня совершенно несправедливо и неоправданно лишаем возможности видеть нас вживую, а не на истертых фотографиях! Ну что, начинаем?

Раздел I. Здоровое сердце и факторы риска сосудистых заболеваний

Глава 1. Здоровое сердце и сосуды: как они работают?

Сердечно-сосудистая система человеческого организма настолько совершенна, что диву даешься: как мы умудряемся ее нарушить? Причем самым варварским образом. Представьте «Мерседес», новенький, сверкающий перламутровым лаком и напичканный компьютерами, и вот кто-то подходит и битой начинает его крушить! Дико, да? А вы думаете, что поступаете со своей сердечнососудистой системой как-то иначе? Только по сравнению с творением Господа (или Природы, если кому-то этот термин удобнее) «Мерседес» — примитивная «железяка»!

Я не буду напрягать ваше внимание, подробно рассказывая об анатомии и физиологии сердечно-сосудистой системы. (Вспомнивая свои студенческие годы, понимаю, что уже через 3 минуты вы просто закроете книгу!) Однако о каких-то понятиях все же необходимо договориться.

Начнем с главного: сердца. С медицинской точки зрения сердце — просто насос, перекачивающий кровь по огромной и разветвленной сети сосудов. Но ведь как качает! 10 тонн в сутки! И ведь это маленький мышечный мешочек весом всего в 300 грамм! Такому «трудяге» требуется полноценное и непрерывное питание. Бесперебойное кровоснабжение сердечной мышцы осуществляется через три основные артерии (мы называем их «коронарными»). И не дай Бог, если в этих сосудах появляется сужение или закупорка: возникнет кислородное голодание сердечной мышцы и разовьется стенокардия или инфаркт.

Сердце закачивает кровь в сосуды под определенным давлением, которое можно измерить. Мы все знаем, что при измере-

нии артериального давления фигурируют две цифры, ну, например, 120/80. Обычно верхнюю цифру называют «систолическим» давлением, нижнее — «диастолическим», а в народе не совсем точно — «сердечным». Систолическое — это давление, которое образуется в результате сокращения (систолы) сердечной мышцы. Диастолическое — то давление, которое удерживается сосудами, пока сердечная мышца расслабляется (диастола), и в определенной степени отражает их тонус. Конечно, при кажущейся простоте артериальное давление обеспечивается гораздо большим числом гемодинамических факторов. Кстати, тут могут быть уместны расчеты, применяемые инженерами-водопроводчиками (я столкнулся с этим при написании диссертации)!

Если вы приложите ухо к грудной клетке супруга или своего ребенка, вы услышите, как оно бьется: тук-тук, тук-тук. Эти звуки издают клапаны, открывающие и закрывающие сообщение между камерами сердца, аортой в строго определенной последовательности. То, что вы проделали, называется аускультацией. Чтобы не прикладывать ухо (и слышно плохо, и когда там пациент эту грудь мыл?), француз Лаэнк придумал деревянную трубочку с расширениями на концах — стетоскоп. Последние десятилетия их вытеснили фонендоскопы — трубки стали резиновыми, длинными. Это то, что мы сегодня видим в руках, а в основном в кармане или на шее у доктора. (Случаи, когда доктор приставляет фонендоскоп к груди пациента, забыв вдеть его в уши, встречаются не только в анекдотах!)

Много чего можно услышать с помощью этого примитивного прибора, получить ценнейшую информацию! Только для этого надо обладать не только и не столько хорошим слухом, но и знаниями, иначе наделаешь ошибок! При прослушивании больной должен находиться и стоя, и лежа, и на боку, иногда даже на корточках или после физической нагрузки и задержки дыхания! Сегодня старый добрый фонендоскоп тоже может отойти в прошлое. Появились ультразвуковые приборчики, которые врач может носить в кармане и видеть структуру сердца, приложив его к груди пациента во время рутинного осмотра. Хотя там свои сложности интерпретации, и думаю, древнее искусство аускультации больного будет востребовано всегда!

и тканям, называются артериями. Вот это наиболее уязвимое место! Это не просто трубочки, по которым течет кровь! (Так с очень большой натяжкой можно еще сказать про вены — сосуды, которые собирают отдавшую кислород и питательные вещества кровь от органов и тканей, и по которым она идет на «дозаправку» в легкие.) Артерии — это самостоятельный орган, внутренние стенки которых (эндотелий) вырабатывают множество биологически активных веществ, влияющих на кровоток и тромбообразование. Множество километров (!!!) артерий, пронизывающих наш организм, обладают саморегуляцией и вместе с нашей нервной системой и гормонами обеспечивают бесперебойное кровоснабжение тканей в постоянно меняю-

**Многие километры наших артерий
обладают отличной саморегуляцией
и прекрасно справляются со своей работой,
если им не мешать варварским образом.**

Заставляют сердечную мышцу сокращаться электрические импульсы. **Внутри сердца заложен своеобразный генератор электрических импульсов (так называемый «синусовый узел»), по сердечным полостям — камерам — расходятся нервные пучки-провода, доставляющие их по адресу. Когда не по адресу — возникают различные аритмии и блокады.**

Собственно первичное поражение сердца — мышцы, клапанов — встречается относительно редко: вирусные миокардиты, ревматизм, кардиомиопатии различного происхождения, инфекции... Когда мы говорим о нарастающей эпидемии сердечных болезней, мы подразумеваем поражение именно сосудов, в частности и тех сосудов, которые питают сердечную мышцу. Действительно, сосуды, те, по которым насыщенная кислородом кровь от сердца разносится по всем органам

щихся условиях. Бесперебойное до тех пор, пока за дело не возьмемся мы... Вооруженные ложками и вилками, с артподготовкой десятками сигарет и вдохновенные идеологией: «Да чего там, ерунда все это! Один раз живем!», мы ведем позиционную (позиция — лежа на диване) войну против сложнейшего и совершеннейшего механизма! Для профессионала, который знает чудо происходящих в артериях процессов — это подобно тому, как наблюдать за вандалом, кромсающим ножом полотно Боттичелли!

Нервная система регулирует различные процессы нашего организма, в том числе и кровообращение, через определенные рецепторы (альфа, бета...). Это своего рода «замочные скважины», которые или открывают доступ к управлению, если ключ-импульс подходит, или нет — в случае несовпадения. Поэтому, когда в аннотации к лекарству, на-

пример от гипертонии, вы видите надпись «бета-блокатор» или «альфа-блокатор» — мы уже можем понимать принцип их действия.

Вообще регуляция кровоснабжения — сложнейшая и наиважнейшая вещь! Возьмем артериальное давление. Его регулируют барорецепторы шеи, гормоны почек, специальные структуры нашего мозга.

Для регуляторной системы в первую очередь важно обеспечить именно стабильность, постоянство уровня артериального давления. Ведь его внезапное падение (допустим, кровотечение!) может оставить без кислорода мозг, а это несколько минут и все! При этом, если артериальное давление устойчиво повышено, барорецепторы начинают воспринимать его как нормальное (ну да, лишь бы не колебалось!). Отсюда определенные трудности в начале лечения: начинаем снижать, а организм сопротивляется — ему постоян-

ство прежде всего! Потом, когда давление все же удалось снизить и стабилизировать, перенастраиваются барорецепторы, и начинают охранять уже этот уровень. Ну а главная роль в формировании уровня артериального давления принадлежит почкам! Все знают, что почки — органы, которые формируют и выводит мочу, очищая организм от шлаков. Но ведь у них есть и другая важнейшая функция — регуляция артериального давления, и осуществляет это собственная гормональная фабрика почек! Именно поэтому проблемами артериальной гипертонии на Западе занимаются врачи-нефрологи, а не кардиологи, как у нас. (Кстати, почка еще вырабатывает вещество эритропоэтин, которое стимулирует выработку наших красных кровяных телец-эритроцитов, и обладает еще рядом важнейших функций: выработка витамина D и проч.!)

Глава 2. Факторы риска

Врачи серьезным фактором риска для возможного появления сердечно-сосудистых болезней считают наличие инфаркта или инсульта у ваших прямых родственников (папа-мама) в возрасте до 50 лет. Именно в относительно раннем возрасте это может говорить об отягощенной наследственности в вашей семье.

Наследственность — это то, что мы изменить не можем, как впрочем, возраст и пол. А вместе с тем возраст старше 40 лет и принадлежность к мужскому полу — отдельные самостоятельные факторы риска. Женщины после менопаузы также лишаются защитного действия своих половых гормонов и попадают в группу риска.

Далее идут факторы риска, которые мы можем модифицировать. Я о них довольно подробно говорил в предыдущих книгах, но в книге по кардиологии не упомянуть их еще

раз просто невозможно! (Тем более что избавляться от этих факторов многие так и не спешат, может, в итоге хоть кого-то «продолблю»!)

К-У-Р-Е-Н-И-Е!!! Что — в зубах навязло? Понимаю, уж мне-то как навязло! Но что делать: уже с математической точностью доказано, что хроническое курение сигарет провоцирует атеросклеротическое поражение артерий! Вот марихуана не провоцирует (там свои тяжкие проблемы), а сигаретный табак провоцирует. Трубка и сигары не провоцируют, эти только рак вызывают: полости рта, носоглотки, миндалин, легких. А вот сигареты — и рак легких в большом количестве, и инфаркты с инсультами... Вот как-то так. Кстати, там не только никотин, бензол и смолы: угарный газ, образующийся при курении, намертво связывается с гемоглобином и образует соединение, кислород пере-

носить не способное (собственно, для чего гемоглобин и нужен). Как бы мы ни кричали, что нас ущемляют, запрещая курить там, где мы хотим, посмотрите на данные европейских стран: запретили и уже всего через год кривая инфарктов резко пошла вниз! И все эти: с фильтром, без фильтра, облегченные, без никотина, — все уловки табачных компаний, не работает это, ничего курить нельзя! Понятно, что, если раз в год выпил хорошего коньяка и под интересный разговор затянулся сигарой или трубкой, то ничего не будет, я не ханжа, но хроническое курение — один из наиболее опасных болезнетворных факторов практически во всех областях медицины!

ший», наоборот, транспортирует «плохой» в печень на уничтожение и тем самым очищает сосуды! Так что здоровый человек должен не только иметь низкий уровень «плохого» холестерина, но и высокий уровень «хорошего». Повышают уровень «хорошего» холестерина (высокой плотности, напоминая) лекарства-статины, физическая нагрузка и малые дозы алкоголя. Вот почему кардиологи не возражают против умеренного потребления вина! Умеренное — это один бокал в день для женщин и два — для мужчин. Когда вам выдают анализ на руки, вы в правом столбце можете видеть границы нормы, приведенные там для ориентации. Только вот для ориентации

Хроническое курение сигарет провоцирует атеросклероз, а трубка и сигары не провоцируют, но зато вызывают рак полости рта, носоглотки, миндалин, легких.

Повышенный холестерин. То, что забивает наши сосуды, липнет к их стенкам, препятствует кровотоку. Без холестерина жить нельзя: из него, как кирпичи из глины, делаются основные гормоны нашего организма. Поэтому он вырабатывается печенью и другими органами для обеспечения жизнедеятельности. Лишь 20% холестерина поступает в организм извне. Но мы же упорные! Генетика, воспалительные процессы подстегивают выработку холестерина, а мы еще и сверху с горкой добавим! Так добавим, что перестроим весь энергетический баланс, добьемся устойчивости к инсулину, окунемся в этот атеросклероз — «ржавчиной жизни» его называют!

Холестерин можно разделить на «плохой» — его называют холестерином низкой плотности и «хороший» — этот высокой плотности. «Плохой» холестерин как раз тот, что откладывается в сосудах, «хоро-

кого? Врач должен это знать назубок, а если в чем не уверен, то читать надо совсем другие тексты. А пациента эти референсные цифры в случае параметров холестеринового обмена могут ввести (и вводят!) в заблуждение! Дело в том, что единой нормы показателей холестеринового обмена для всех нет! Знали об этом? Например, значения «плохого» холестерина низкой плотности в 4 ммоль/л могут быть нормальными для человека 35 лет, без избыточного веса и никогда не курившего, а притом для другого — курильщика с повышенным давлением, а то и сахаром — это будет уже значениями, которые уже нужно корректировать лекарствами! Ну а если такие величины наблюдаются у пациента с уже установленной стенокардией или диабетом, тут они и вовсе рассматриваются как угрожающие и должны лечиться особенно агрессивно! То есть норма у каждого своя, она зависит от наличия и степени выраженности других

факторов риска. Поэтому при одних и тех же показателях одному пациенту показано просто наблюдение, другому — диета, а третьему уже лекарственная терапия.

Если вы здоровый человек и пришли на очередную диспансеризацию, то вам должны определить уровень общего холестерина и «хороший» холестерин высокой плотности. Дело в том, что уровень «плохого» холестерина низкой плотности обычно не определяется и рассчитывается при наличии других факторов риска. Именно рассчитывается по формуле, а не определяется лабораторно: этого, как правило, достаточно. В формуле рассматривается и величины триглицеридов: совсем легкие жиры («пена!»), до последнего времени считалось, что решающего значения в развитии коронарного атеросклероза они не имеют, хотя избыточное их количество тоже ничего хорошего не приносит: взять хотя бы панкреатиты! Сегодня на скамью обвиняемых в угрозе нашему сердцу посадили и их, однако пока не ясно: приводит ли их снижение к параллельному снижению рисков.

Еще одним серьезным фактором риска для развития атеросклероза является артериальная гипертензия. Это два очень сходных по патогенезу заболевания: мой дедушка-академик даже высказывал мысль, что это одна болезнь, которая может проявляться двойкой! Подробно об этом мы поговорим в соответствующей главе.

Повышенный сахар. Пусть даже весьма умеренно > 5.7 ммоль/литр, пусть еще далеко до диабетических 7 ммоль/литр — все равно риск атеросклеротического поражения сосудов возрастает значительно! Ну а если цифры перевалили за 7 ммоль/литр и у вас диабет, это автоматически переводит вас в разряд пациентов с большим сердцем! В 2002 году врачи договорились считать диабет эквивалентом ишемической болезни сердца и даже придумали соответствующее название:

диабетическая болезнь сердца! Это сделано для того, чтобы предотвращать сосудистые осложнения у таких больных особенно агрессивно, так как мы это делаем при стенокардии. Это касается назначения лекарств, понижающих холестерин, аспирина, других мер.

Воспаления и инфекции. Много лет назад я был аспирантом Всесоюзного научного кардиологического центра, и тогдашний отдел писем раздавал нам письма трудящихся, на которые мы должны были отвечать в установленные сроки (да-да, и тогда писали, и еще сколько!). Как-то мне досталось письмо, в котором автор откуда-то из глубинки излагал теорию, что атеросклероз суть инфекционная болезнь и воспалительный процесс. 80-е годы, напоминаю! Мы тогда посмеялись, я снисходительно ответил, что атеросклероз — это проявление нарушения холестерина обмена и к инфекциям никакого отношения иметь не может (хотя смутно припоминал, что подобная теория высказывалась на самой заре кардиологии). И вот прошло почти 20 лет и в именитых западных клиниках и лабораториях появились первые работы, указывающие на воспалительный характер изменения сосудов при атеросклерозе и на связь с хламидийной инфекцией. С каждым годом эта теория утверждалась, и сегодня воспаление рассматривается как серьезный компонент патогенеза атеросклероза, объясняющий характер изменений сосудистой стенки и связь с нечувствительностью к инсулину (диабет!). Тот давний эпизод с письмом до сих пор у меня на совести! Кто знает: поддержи я его тогда, может мировая наука продвинулась бы в понимании атеросклероза значительно раньше!

Инфекции, которые сегодня связывают с возможностью повышенного риска атеросклероза — упомянутые хламидии, ТОКСОПЛАЗМОЗ, цитомегаловирус и даже такие общераспространенные как

гелиобактер пилори (тот, что вызывает язву желудка) и вирус герпеса. Теперь уже установлена связь между плохой гигиеной полости рта, парадонтитом и стенокардией (читай мою книгу «Русская рулетка»). Подобная связь инфекций и атеросклероза не предусматривает (во всяком случае, пока) необходимости профилактического приема антибиотиков. Но понимание роли воспаления в развитии атеросклероза сосудов обогатило практическую медицину еще одним маркером, указывающим на увеличенный риск — повышение определенного белка («чувствительный» С-реактивный протеин) может быть более прогностически ценным, чем даже уровень «плохого холестерина».

Избыточный вес и ожирение. Врачи до сих пор спорят — имеет здесь значение собственно избыточный вес или связанные с ним повышение холестерина и устойчивость к действию инсулина, детали нам не суть важны: ожирение и низкий уровень физической нагрузки ставит ваше сердце и сосуды под угрозу. Подробнее об этом — в моих предыдущих книжках.

Недавно врачи специально сфокусировали внимание на том, что мы недооцениваем роль овощей, фруктов и клетчатки в предотвращении многих заболеваний, особенно сердечных. Теперь в перечень факторов риска вошло **низкое потребление овощей и фруктов.** Напомню: нормальное количество овощей и фруктов, которые каждый человек должен употреблять ежедневно — по 500 граммов в день и того, и другого. Это не опечатка: по полкило фруктов и полкило овощей ежедневно. Если меньше — ваше сердце под угрозой!

Трудно в нашей стране говорить о возможной пользе алкоголя. Действительно, людские и экономические потери от злоупотребления алкоголем в нашей многострадальной стране огромны! Сегодня на обеспечение обязательного медицинского страхования в среднем по стране государство тратит по

7 тысяч рублей в год. Совокупные потери от алкоголизма составляют в среднем 10 тысяч в год на душу населения! То есть потери от алкоголизма превышают все наши расходы на медицину!

Как говорить о возможной пользе малых доз алкоголя в стране, где фраза: «малые дозы алкоголя безвредны в любых количествах!» воспринимается как шутка только потому, что ее произносит известный юморист! Не умеем мы останавливаться, для нас их западный бокал вина как «капля крови для акулы»!

В результате и здесь мы в большом проигрыше. Мало того, что несем огромные безвозвратные потери от алкоголизма, еще и увеличиваем риски сердечно-сосудистых заболеваний тем, что не можем себе позволить регулярного употребления малых доз алкоголя. Ведь в перечислении факторов риска есть и такой пункт.

Перечень факторов риска можно продолжать. Тут и переизбыток железа, и «жировая печень», и повышенный уровень мочевой кислоты, и склонность к повышенной свертываемости, и даже низкий вес при рождении. Биостатистика все высчитала, она сегодня — царица медицинских наук, не зря мой сын на первом курсе медфакультета Сорбонны не анатомию с физиологией штудировал (это позже!), а математику и биостатистику! На основе сочетания факторов риска можно с большой долей вероятности высчитать возможность развития инфаркта и инсульта. Для того и пишу эту книгу, чтобы мы с вами спутали все эти расчеты. Ведь «кто предупрежден, тот вооружен», как говаривал кардинал Ришелье! Немного не к месту вспомнил другую фразу его преемника кардинала Мазарини: «Рассматривайте всех людей как глубоко порядочных, но имейте с ними дело так, как если бы они были отъявленными мошенниками!» Как видите, министры в прошлом были люди неглупые и с большим юмором! Вот еще цитата, теперь уже английского премьер-ми-

нистра: «Какая разница между несчастьем и катастрофой? Вот если Дизраэли, министр иностранных дел, упадет в Темзу — это несчастье! Но вот если его оттуда вытащат — это уже катастрофа!»

Итак, для закрепления материала, советы Американской сердечной ассоциации, да и всех кардиологов:

1. Не курить.

2. Быть физически активным.
3. Иметь нормальный холестерин.
4. Нормальный сахар.
5. Нормальное артериальное давление.
6. Нормальный вес.
7. Соблюдать принципы здорового питания.

Правда же, все очень просто?

Раздел II. Артериальная гипертензия и гипертоническая болезнь

Глава 3. Арифметика артериальной гипертензии

Более правильно было в заголовок вынести «занимательная арифметика», потому что пресловутые «120/80 мм рт. ст.» — только небольшая часть того, что мы должны знать о нормальном и повышенном давлении. (Единица измерения артериального давления — мм рт. ст. — обозначает «миллиметры ртутного столба»). Долгое время основу аппаратов для измерения АД представляла собой тоненькая стеклянная трубочка, наполненная ртутью. Она крепилась вертикально и по высоте ртути в миллиметрах отмечались параметры АД.

Итак, самый главный вопрос: какое давление считается нормальным? «Как какое?» — спросите вы. — «Конечно, 120/80!»

А вот и нет! По настоянию Американского общества по изучению артериальной гипертензии 120/80 сегодня рассматриваются уже как «предгипертензия» и требует изменения образа жизни! И это не капризы медицинской тусовки, не «умничание», а отражение того установленного факта, что риск атеросклеротического поражения сосудов начинает возрастать уже при выходе АД за рамки 115/75! Пусть минимально, но начинает, и доктора сдвинули понятие нормы всего на

1 мм рт. ст. как раз для того, чтобы обратить на это внимание всех! Теперь:

Нормальное АД — 119/79 и ниже

«Предгипертензия» — 120/80–139/89

Гипертензия — 140/90 и выше

Гипертензия 1 степени — 140/90–159/99

Гипертензия 2 степени — 160/100–179/109

Гипертензия 3 степени — 180/110 и выше.

Это американская классификация. Европейские кардиологи чуть менее категоричны в определениях, но и их классификация также отражает факт, что 120/80 уже не оптимальная величина:

119/79 — оптимальное АД

120/80–129/84 — нормальное АД

130/85–139/89 — «высоко нормальное»

АД

140/90 и выше — гипертензия.

Американцам (и мне, кстати!) не очень понятен смысл этого почти поэтического деления на «оптимальное», «нормальное» и «высоко нормальное», нация жестких прагматиков мне кажется здесь точнее в определениях!

Часто можно видеть разницу в величинах АД при измерении на разных руках. Обычно эта разница менее 10 мм рт. ст. и ни о чем

она не говорит. Разница в 15 мм рт. ст. может быть признаком стеноза подключичной артерии. Только может, совершенно не обязательно! Как правило, это отражает погрешности измерения, особенно электронными приборами. По правилам АД измеряется три раза с интервалом между измерениями в 5 минут, для достижения максимального покоя. Конечно, никто таких правил не соблюдает.

Другой вариант — изолированная диастолическая гипертония — часто встречается у молодых, до 40 лет, людей. «Вот у меня очень маленький разрыв между верхним и нижним давлением» — очень часто такое слышит каждый врач! Верхние («систолические») цифры АД будут ниже 140, а нижние («диастолические») — более 90 мм рт. ст. Прогностически такой вариант менее опасен как фактор риска для атеросклероза артерий,

**Если при измерении давления на разных руках
разница 10 мм рт. ст., — это ни о чем не говорит.
Насторожить должны цифры в 15 мм рт. ст.
и более.**

Если измерить АД в положении лежа, а потом попросить пациента встать, то можно отметить некоторое снижение АД. Разница до 20 мм рт. ст. считается несущественной, а вот больше будет называться «ортостатической гипотензией». Она может вызывать определенные симптомы и должна целенаправленно выявляться у людей старше 65 лет, у лиц, испытывающих частые головокружения, у диабетиков.

У некоторых пациентов может изолированно повышаться либо систолическое («верхнее») АД, либо диастолическое («нижнее») АД.

В первом случае цифры АД будут: «верхнее» 140 и больше при «нижнем» менее 90 мм рт. ст. Такой вариант часто встречается в старости. Одно время это рассматривалось чуть ли не как «норма» для лиц пожилого возраста, дескать, если снижать — они начинают плохо себя чувствовать. Однако впоследствии медицинская статистика показала, что пожилые люди с неконтролируемой изолированной систолической гипертензией значительно чаще подвержены инфарктам и инсультам, поэтому ее надо лечить.

поэтому не всегда требует лечения. Некоторые врачи оспаривают достоверность этих данных клинических наблюдений, говоря, что мы недооцениваем изолированную диастолическую гипертонию, поскольку она типична для более молодых, у которых вообще меньше сочетаний различных факторов риска и больше «запас прочности»!

До 40% людей с повышенным АД имеют СКРЫТУЮ гипертонию. Они ничего не чувствуют, при обычном измерении в поликлинике цифры АД совершенно нормальны и казалось бы: живи и радуйся! Однако оказалось, что если на таких людей надеть монитор, который записывает показатели АД в течение суток или двух дней и ночью — у 20–40% этих пациентов показатели будут отличаться от нормальных! И это имеет клиническое значение: риск инфарктов у таких людей значительно выше среднего! Обратный вариант: «гипертония при виде белого халата». («Дома меряю — все хорошо, прихожу в поликлинику — повышенное!») Поэтому сегодня всех лиц с подозрением на артериальную гипертонию посылают на суточное (холтеровское) мониторирование. Там своя арифметика, ведь АД подвержено так на-