

Андрей К. (Энди Раздолбаев)

Я – ЗДОРОВ!

Здоровый мужчина – здоровая нация.
Здоровая нация – могучая страна.



#БУДЬЗДОРОВ
masculist.ru

Всё о мужском здоровье.
Способы его сохранить и преумножить.
Сборник авторских статей с сайта masculist.ru

16+





СОДЕРЖАНИЕ

- 3** От автора
- 4** Терпеливый мужчина
- 7** Проклятая чахотка
- 11** Подарок колумбовских мореманов
- 14** Горящее дерево
- 18** Сердце плачет и болит
- 20** Когда душит жаба
- 25** Это страшное слово – инфаркт
- 29** Сердце не справляется
- 33** Сорок уколов в живот
- 37** Бессонница после запоя
- 41** На три метра против ветра
- 45** ПСА – что это и с чем едят?
- 47** Главная причина мужского бесплодия
- 50** То в жар, то в холод
- 55** Анализ крови и мочи
- 59** Радикальный способ
- 62** Чем болел полковник Гербих?
- 66** Вместо заключения

Я – ЗДОРОВ!

**Здоровый мужчина – здоровая нация.
Здоровая нация – могучая страна.**

ДРУЗЬЯ!

Я, обыкновенный врач из российской провинции, один из многих, ничем не примечательный работник российского здравоохранения, имею честь представить на ваш суд скромный плод своих трудов на сайте «Маскулист».

Уже год на этом ресурсе идёт акция под хештегом **#БУДЬ-ЗДОРОВ**, объявленная администрацией сайта. Цель этой акции – не медицинские советы, не диагностика и лечение заболеваний по интернету и уж тем более не ответы на вопросы вроде: «болит вот тут, что пить надо?» или «чешется это, чем мазать?». Задача акции – помочь мужчинам задуматься о своём здоровье, о методах его сохранения и приумножения.

Честно говоря, я никак не ожидал, что из моей писанины получится что-то путное. Как известно, мы, медики, писатели в целом неважные (отдельные светлые личности вроде Булгакова и Чехова не в счёт), поэтому я был приятно удивлён

положительной реакцией аудитории на мои статьи. Не могу сказать, были ли они кому полезны, не знаю, но если хотя бы один мужчина из десятка после их прочтения озаботился вопросом своего здоровья, то это уже хороший результат. Но всё же хотелось бы побольше.

Итак, сборник статей «Я – здоров!» у вас перед глазами. Огромную, поистине неценную помощь в его составлении и отборе статей мне оказали читатели и гости сайта «Маскулист», за что им выражаю глубокую благодарность.

Некоторые статьи я слегка переработал и кое-что подредактировал, но эти правки незначительны и никак не влияют на общий смысл статей. Первоначальные оригиналы можно просмотреть на самом сайте через мою анкету.

Итак, сборник для мужчин «Я – здоров!» вышел в свет. Насколько увенчались успехом мои труды за год, судить вам, уважаемые читатели.

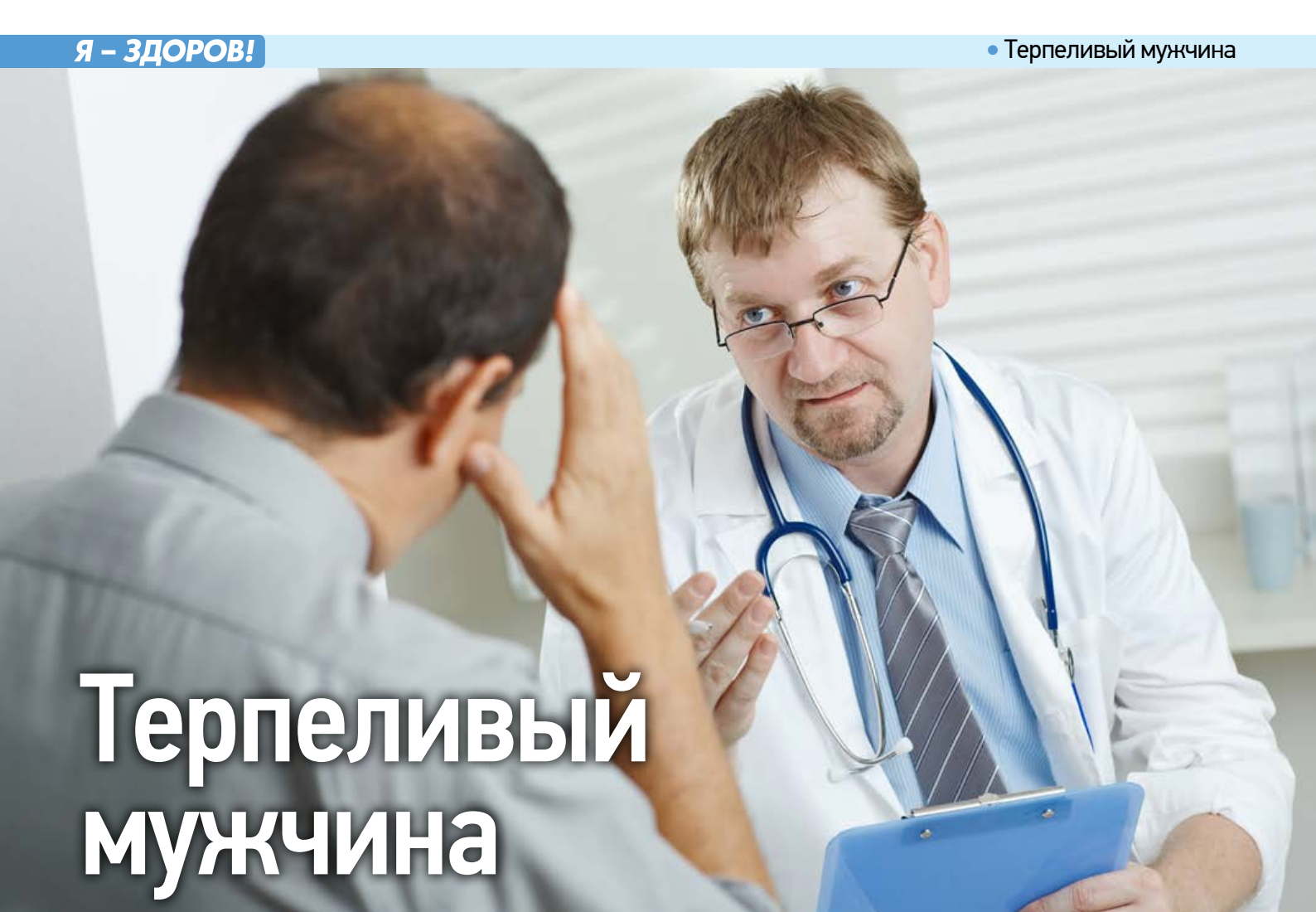
**Ваш доктор Энди,
в миру Андрей К.**

Проблемы мужского здоровья очень актуальны на сегодняшний день. Большинство мужчин, в нашем быстром темпе жизни, к сожалению не обращают внимания на свое здоровье, и звоночки, которые подает организм. И только в самый последний момент уже, когда прижмет, обращаются к врачу. И это не есть хорошо. Потому у нас в стране такая высокая смертность среди мужчин.

Эта книга, написанная опытным врачом, активистом сайта «МАСКУЛИСТ», поможет тебе, мужчина, понять лучше свой организм, сделать выводы и, возможно обратиться к врачу и пройти обследование.

С удовольствием помог Андрею создать данную книгу, т.к. материал очень интересный и полезный. Рекомендуется всем мужчинам.

Seregas

A photograph of a male doctor with glasses and a stethoscope around his neck, wearing a white lab coat over a blue shirt and tie. He is holding a blue clipboard and looking towards a patient whose back is to the camera. The patient is also wearing a light blue shirt. The background is a blurred clinical setting.

Терпеливый мужчина

Как известно, средняя продолжительность жизни мужчин в России по состоянию на 2015 год составила 65,6 лет. В то время, как у женщин – 77,2 года.

Вдумайтесь, камрады: разница почти в 12 лет! Причину такого вопиющего перекоса здесь обсуждали много раз со всех ракурсов. Сразу отметём бабские утверждения о том, что «мужики пьют и курят», ибо последние цифры медицинской статистики Минздрава отмечают, что количество болезней, вызванных чрезмерным употреблением алкоголя, сегодня у мужчин и женщин сравнялось. В свете этого можно смело считать, что в силу своей большей приверженности ко всякого рода порокам женщины сейчас употребляют всякую гадость стали больше мужчин. Данные по наркотикам пока не известны, что и неудивительно – разные ведомства дают разные данные; каждая контора дает ту цифирь, которая ей больше нравится.

Скажите, что мужики вон валяются по улицам, а женщин таких нет? Верно, их нет или очень мало. Только причина другая. В силу физиологии женского организма ОЖП более восприимчивы ко всякого рода отравляющим веществам, а в силу психологии, что говорится, «меры не знают» и до стадии «валяния на

улицах» зачастую просто-напросто не доживают.

Ну да черт с ними, с бабами. Нас интересует здоровье мужчин. Ни для кого не секрет, что в структуре органов здравоохранения России службы охраны мужского здоровья не существует. Женского есть. Мужского нет. Несмотря на всевозможные «оптимизации-модернизации», в рот им дышло, в стране успешно (или не особо успешно – смотря с чьей точки зрения) функционирует сеть женских консультаций, в каждой захудалой поликлинике обязательно есть хотя бы полставки врача-гинеколога (наличие или отсутствие такого врача в реале – тема другого разговора). Существуют даже узкоспецифичные специальности врачей-онкогинекологов и гинекоэндокринологов. Да, таких врачей мало, но они есть. Кто-то из нас слышал про мужских врачей? На Западе пусть и в недоработанном виде, но все же существует андрологическая служба. У нас же в перечне медицинских специальностей (их всего около 50) врача-андролога нет. Просто нет. От слова вообще. Вывески на витринах

частных клиник «прием ведет врач-андролог» – это всего лишь рекламная замануха. Специфическими мужскими проблемами у нас занимаются урологи – безусловно, специальность нужная и полезная, но, нравится это кому-то или нет, абсолютно не приспособленная для решения деликатных мужских проблем. Которых, кстати, не меньше, чем у женщин, а то и больше, если судить по анатомии мужских половых органов. А если уролога нет, то мужчинам приходится удовлетворяться общими хирургами. Там все еще более запущено.

Даже в школах во время медосмотров к девочкам приходит детский гинеколог. В то время, как к мальчишкам не то, что уролог – хирург попасть зачастую не может («спасибо» Скворцовой с ее «оптимизацией», наоптимизировала...) и мальчишеские проблемы просто-напросто ускользают от внимания медиков. В случае наличия какого-то диагноза школьный фельдшер просто-напросто выдает направление в поликлинику в общую очередь. И то, если диагноз есть, если его удосужились поставить. А если нет, то и суда, как известно, нет...

Конечно, можно сколько угодно сваливать вину на президента, правительство, рогатых и хвостатых жидомасонов или марсиан, это личное дело каждого. Сермяжная правда в этих утверждениях, надо признать, есть.

Но позвольте мне задать читающим эту статью мужчинам один-единственный ехидный вопрос: **а какой марсианин, жидомасон или еще кто-то там страшный мешает вам лично обращаться к врачу вовремя? Почему многие идут к медикам не тогда, когда еще можно что-то сделать, а тогда, когда уже, что говорится, припёрло?**

Подрабатывая одно время на «Скорой», я еще тогда заметил интересную тенденцию. Бабы за небольшим исключением запросто могут вызвать бригаду на каждый чих, на каждое покалывание в боку, на всякую ерунду, в общем. Мужчины же (тоже не без исключений) тянут до последнего. Сколько я перевозил совсем молодых парней в ступорозном состоянии с «цветущим» перитонитом в результате трехдневного гангренозного аппендицита или после обморока «от переутомления» от того, что кровит желудочная язва – не счесть!

Тогда я не понимал, в чем дело. Списывал на обычную людскую глупость. И все-таки не остав-

ляло ощущение чего-то неправильного, «не такого». Перекос какой-то загадочный. Сейчас знаю, что это – результат дебильной установки «мужчина должен терпеть». Сегодня, работая в детском отделении, нередко слышу от двинутых мамаш: **«Ну что ты разревелся? Ты мужчина или кто?»** А то и окрики: **«Замолчи, мне стыдно за тебя! Вон девочка перед тобой не плакала!»** Хотя девочке всего-то швы сняли, а мальчишке предстоит вторичное глубокое дренирование гнойной раны. Он и при первичном натерпелся, бедняга, несмотря на анестезию, если не боли, то страха. При этом мне очень сильно хочется схватить эту мамашу за шкирдак, привязать к столу и провести ей что-то в этом роде. Поглядим, как она терпеть будет!

Вот мы и терпим. Или идем в поликлинику «за больничным» – мол, дома отлежимся, полечимся чем-нибудь (под «чем-нибудь» у особо продвинутых личностей нередко имеется в виду спецсредство на основе всем известного вещества с формулой C₂H₅OH), а там и на работу надо, семью кормить. Вот и лечимся мы с вами чёрт знает чем, загоняя хронические болезни внутрь.

Только умоляю, камрады, не надо мне тут рассказывать ужасы про длинные очереди и тупых врачей-убийц! Чего греха таить, все это в той или иной мере присутствует. Только когда мне на вопрос «почему поздно обратились?» лопочут про «некогда, очереди длинные, врач плохой, начальник не отпускает» я вспоминаю поговорку: «Кто хочет – ищет пути, кто не хочет – причины». Разве ожидание в очереди не стоит вашего здоровья? Любой, самый тупой врач, все же имеет те возможности, которых нет у вас. Будь вы хоть светиллом интернет-медицины, вы не сделаете сами себе даже паршивого анализа мочи. Сегодня можно проконсультироваться сразу у нескольких специалистов в случае, если компетенция именно вашего вызывает у вас сомнения. Есть эксперты ТФОМС, есть стандарты, наконец! На крайняк, всегда можно пожаловаться. Открою вам, камрады, один секрет, тщательно скрываемый убийцами в белых халатах и конкретно мной, жлобом.

Врач – всего лишь ваш помощник в деле сохранения и поправки вашего здоровья.

Да-да, помощник. Все зависит от вас, все в ваших руках. Будь врач хоть из золота сделан, черта с два он что сумеет, если вы, фигураль-

но выражаясь, переложите всю работу на его мускулистые плечи, а сами, посвистывая, будете ждать результата как прихода зарплаты на карточку.

Вы еще удивляетесь отсутствию андрологической службы? В нашу эпоху полоумного капитализма, когда все рассматривается с позиций «рентабельно-нерентабельно», должность врача-андролога просто-напросто нет смысла утверждать. Раз уж сделать ЭКГ раз в полгода времени не находится, сильно загружены, то к этому специалисту тем более никто не пойдет.

Я думаю, в соответствии с позициями МД стоит упомянуть про один случай, без конкретики. Тогда я не придавал этому значения, но сейчас понимаю, что это был один из крохотных винтиков в гигантском механизме перемалывания мужских жизней в угоду дырковладельцам.

Вызов к мужчине лет 40. Пациент в тяжелом состоянии. Ставлю нехороший диагноз и спрашиваю, отчего не обратились вовремя. Мужик в силу состояния говорить не особо желает. Но он и не смог бы, так как женушка, присутствовавшая рядом, затараторила: «Да мы думали, что все пройдет, ему некогда, работать надо, семью кормить...»

Что в бабском понимании означает «семью кормить», мы с вами, други, знаем. Именно в этом кроется еще одна причина, почему мужчины тянут до последнего. Серьезные занятия своим здоровьем требуют времени, зачастую много. Испорченный матриархатом ОМП с установками «мужчина должен» свободное время будет тратить не на свое здоровье, а на добычу ресурсов для «кормления семьи», сиречь для исполнения дамских хотелок. Чего там к врачу ходить, время тратить, думает такой мужчина. Подумаешь, голова болит, таблетку выпью и пройдет. Или живот

побаливает – ерунда, мезимчик или панкреатин приму, а то и пенталгин, без затей. Нужно зарабатывать деньги, жена просит шубу, да и в Египет мы давно не ездили. А то поедом ест «мало зарабатываешь», «мы никуда не ходим» и прочая, и прочая, и прочая. А потом, когда женушка спустит заработанные мужем деньги буквально в унитаз, выявляется, что в критический момент в семье нет денег даже на лекарства. Зато баба ходит в шубе и еще ноет, что мужик, скотина такая, сколько-то там времени проболел, его уволили и теперь они даже в ресторан пойти не могут! Что за мужики такие гнилые пошли, вот она бы... В общем, что я говорю, «старая песня с новым мотивом»...

Поймите меня правильно. Я вовсе не призываю с выпученными глазами сломя голову бегать по врачам из-за того, что неделю назад попа зачесалась. Но и доводить себя до состояния полутрупа – верх безответственности. Нужно во всем уметь находить золотую середину, не доводя вещи до абсурда.

Бабы в данном случае поступают умнее – они в случае чего смело занимают собой, любимыми, и им наплевать на то, что посуда немыта или дети не кормлены – она болеет, ей плохо. И начхать ей на все, она мужу всю плешь проест, лишь бы он ее отвез в поликлинику за углом на машине. Только вот в случае заболевания самого мужчины машина запросто может понадобиться ей самой – не пойдет же она в спа-салон пешком!

Загляните в поликлинику. Сколько там в очереди сидит бабулек? Я вам зуб даю, что больше половины из них сами себе поставили диагнозы и явились к врачу. Плавали – знаем. А много ли дедушек ожидает приема вовсе не с придуманными, а с подлинными, порой серьезными, диагнозами? Даже в процентном отношении? Вот то-то и оно!

Так что, камрады, думайте о себе и любите себя. Здоровье у вас одно и его невозможно купить ни в одном магазине. Деньги – дело наживное, еще заработаете. А в случае обращения в клиники помните – лучше потратить тысячу на обследование и ничего не найти, чем сто тысяч на лечение уже найденного.

И уж совсем дурость разменивать свое здоровье на бабские хотелки.

Ссылка на статью:
masculist.ru/blogs/post-3733.html



Проклятая чахотка

Эта болезнь известна, пожалуй, столько, сколько существует человечество. Первые обширные её описания оставил такой «зубр» средневековой медицины, как Абу Али ибн-Хусейн ибн-Абдаллах ибн-Сина (Авиценна).

В своем знаменитом «Каноне врачебной науки» он с максимально возможной для того времени точностью отобразил основные клинические признаки этого заболевания: кашель, мокроту, кровохарканье, истощение. И он же допустил огромную ошибку, которую учёные всего мира пронесли через века: вплоть до первой половины XX века признанные корифеи медицины на полном серьёзе считали заболевание наследственным. И неудивительно – от него вымирали целыми семьями. До него ни одно европейское светило не оставило столь яркого и красочного описания симптоматики недуга.

В нашем Отечестве эту болезнь даже в сугубо научных трудах называли известным словом «чахотка». Вероятно, слово произошло от звука «чах-чах-чах», напоминающего кашель больного. О ней писали и нередко «заражали» своих героев Достоевский, Белинский, Чехов, Горький и прочие. Кстати, мать Пешкова-Горького, Каширина Варвара Васильевна, умерла как раз от чахотки. «Совсем съела меня проклятая чахотка!» - жаловался слушателям умирающий старик, «бледный и худой так, что даже кости были видны сквозь рубаху» в романе «Жизнь Клима Самгина»

«Бледный» чахоточный вид одно время был в моде у тогдашних ОЖП-шек. Дамочки пили уксус для придания коже «томной бледности», затягивались в корсет так, то буквально не могли дышать и даже закапывали в глаза концентрированный отвар беладонны для придания глазам лихорадочного блеска.

Да-да, именно об этой самой болезни я и говорю.

23 года назад, в 1993-м, произошло событие, которое «широко известно в узких кругах». По инициативе генерального директора ВОЗ доктора Хироси Накадзима 24 марта каждого года стали называть Днем борьбы с туберкулезом. Именно в этот день, в

1882 году, Роберт Кох объявил об открытии возбудителя.

Эта инициатива связана с тем, что как раз в 1993 году туберкулез стал ни много ни мало глобальной проблемой всемирного здравоохранения. Заболеваемость пугающе растет год от года. Даже в благополучной старушке Европе запущенные формы туберкулеза стали вполне обычным явлением.

А ведь во второй половине 80-х годов XX столетия создалось впечатление, что профессия фтизиатра со дня на день канет в Лету и армии борцов с чахоткой придётся искать новую работу. Именно тогда многие сменили вывеску «кафедра туберкулеза» на «фтизиопульмонология». Еще каких-то 30-35 лет назад студентам-медикам не могли продемонстрировать пациентов с фиброзной, фиброзно-кавернозной или цирротической формами туберкулеза за отсутствием таковых! А сейчас – пожалуйста, как на заказ...

С середины 90-х годов туберкулез вновь стал проблемой по всему миру. Стало ясно, что со списанием этой болезни в архив поторопились. Туберкулез преобразился и отбросил нас в прошлый век по многим своим проявлениям. Обширные и скоротечные процессы в лёгких, а также поражения костей, мочеполовой и нервной систем, глаз, лимфатических узлов, нервной системы стали встречаться всё чаще.

В России заболеваемость туберкулезом (далее буду его именовать принятым у врачей сокращением – ТБС) резко подскочила (я бы даже сказал – взлетела) аккурат после не к ночи будь помянутой перестройки. Кривые графиков медицинской статистики неутешительно росли все 90-е годы и все 2000-е. Правда, в 2011-2014 годах судя по официальным данным, ситуация несколько улучшилась. Автор, сам не чуждый медицине, отчего-то не верит бравурной официальной цифире. Такой уж я недоверчивый. Видимо, оттого, что не понаслышке знаю о некоторых методах статистической фальсификации (тихо, тихо, не надо в меня гнилыми помидорами пулять – сам я к большой статистике не допущен, просто в силу любознательности где не надо знаю чего не следует).

На Украине ВОЗ признала наличие настоящей эпидемии еще в 1995 году.

Но страшно даже не это. Россия может смело назвать себя родоначальником доселе неведомой формы ТБС, которая не поддается лечению привычными препаратами. Когда распался СССР с его, надо отметить, прекрасно поставленной фтизиатрической службой, начались перебои с поставкой противотуберкулёзных препаратов. Больных стали лечить одними и теми же медикаментами непрерывно и у возбудителя сформировалась нечувствительность к ним. Да и сейчас, когда большинство бед и проблем «лихих 90-х» вроде бы миновало, в качестве средств первичной химиопрофилактики в богатейшей ресурсами стране мира до сих пор применяются такие музейные экспонаты как тубазид, фтивазид, ПАСК и прочее старьё. В самых запущенных случаях эта древность идет как средство не только стартовой, но и базовой терапии острых форм ТБС. На эту рухлядь палочка Коха, если так можно выразиться про микроба, давно и прочно чихать хотела...

Палочка эта, надо сказать, вредящая. Мало того, что живучая (способна выдержать даже глубокую заморозку, а в высохших капельках мокроты, сохранившихся в пыли, живет до полугода), так еще и выделяется во внешнюю среду в гигантских количествах. Так, один больной-бактериовыделитель способен за полгода заразить до 20 человек.

ТБС недаром называют социальным заболеванием. Когда нужно узнать про качество жизни в той или иной стране, то достаточно взять статистику заболеваемости ТБС и она вам скажет все, что надо лучше всевозможных бравурных правительственных отчетов. Неудивительно, что огромное количество заболевших выявляется среди заключенных, наркоманов, алкоголиков, бомжей, безработных и прочей подобной публики. А кто составляет подавляющую часть этого контингента? Правильно – **мужчины**. В силу печально известных причин. Кто зачастую живёт в таких хлевах, в которых иной хозяин скотину постесняется держать? Мужчины и далеко не всегда по своей вине. Кто работает на вредных и опасных производствах в атмосфере пыли и потом страдает всевозможными разновидностями пневмокониозов (хронические пылевые профессиональные заболевания лёгких)? И тут мужчины. **Есть еще так называемые медицинские группы риска: больные сахарным диабетом, бронхиальной астмой, хроническими воспалительными заболеваниями бронхолегочной системы и прочее. Мужчины и тут «впереди планеты всей».** Вот и получается, что заболе-

ваемость мужчин на 10-15% выше, чем заболеваемость женщин. Но это опять же официально. То есть цифру можно смело изменять в сторону повышения.

В студенческие годы, проходя практику в стационарных отделениях тубдиспансеров, я обратил внимание на то, что если мужские палаты там нередко переполнены, то пациентки, лежащие в женских, живут там, как королевы – по трое-четыре в восьмиместной. Я по молодости лет тогда особо не интересовался глубинными причинами сего явления, привычно списывая всё на «ну чего тут особенного, ведь именно мужчины пьют, куролесят да сидят на нарах». Ведь авторитетнейшие для нас, молодой зелени, профессора да доценты именно так и говорили! И никто из этих учёных (серьезно!) людей даже не удосужился задуматься – а отчего же именно мужчины, которые по идее «сильный пол»...

Не стоит думать, камрады, что если вы не бомж, не нарик, не алкаш и не зеК, то вас минует чаша сия.

Сообщу вам страшное и неприятное известие: **ТБС сейчас стало заразиться проще, чем гриппом.** Так как грипп все же заболевание простудное и диагностируется как правило зимой. А ТБС круглогодично. Сейчас полным-полно так называемого «ТБС миллионеров», когда во вполне благополучных, богатых и обеспеченных семьях болезнь обнаруживается у всех членов семьи. Свою лепту вносит общее ослабление иммунитета всего населения.

Фтизиатров уже не удивить, когда у конкретного человека болезнь выявляется в самой что ни на есть цветущей стадии со всеми сопутствующими прелестями: кровавой мокротой, разрушающимися легкими, истощением и прочим. К тому времени пациент уже успевает перезаразиться черт знает сколько народу. Лечить такого весьма и весьма проблематично, исход неясен и в лучшем случае заканчивается инвалидностью. Почему так происходит, я как мог более доходчиво объяснил в своей статье «Терпеливый мужчина».

Как и любое заболевание, чем скорее ТБС выявишь, тем быстрее и легче его можно вылечить. Конечно, это не простуда, чтобы с ходу вот так легко поставить диагноз. Ни один мало-мальски уважающий себя врач не скажет вам после первого осмотра: «У вас ТБС». Рядовой человек вряд ли заподозрит его у себя. Тем более, что проявления его первичных форм весьма и весьма многогранны.



Но стоит озаботиться сим вопросом, ЕСЛИ У ВАС:

- 1.** Длительно сохраняющаяся утомляемость, не проходящая даже после полноценного отдыха, апатия, падение работоспособности
- 2.** Постоянно повышенная температура тела (как правило, около 37–37,5)
- 3.** Ночная потливость
- 4.** Частые и необъяснимые головные боли
- 5.** Сердцебиение
- 6.** Снижение аппетита, необъяснимая потеря веса
- 7.** Постоянный кашель, усиливающийся в ночное время. Правда, этот признак малоинформативен у людей с хроническими заболеваниями легких. Но внимательный человек всегда заметит, что привычный кашель стал более сильным, более грубым, более мучительным
- 8.** При вовлечении в патологический процесс плевры могут возникнуть боли в груди, усиливающиеся при дыхании

Если вы наблюдаете у себя хотя бы четыре вышеперечисленных признака, то это повод обратиться за помощью. Конечно, если они есть, даже все восемь, то это пока ничего не значит. Похожие симптомы могут наблюдаться при самых различных заболеваниях. Но как я всегда люблю говорить: лучше ошибиться и поставить

пневмонию, чем констатировать смерть от насморка, осложнившегося менингитом.

Нередко первичный ТВС маскируется под тяжелое ОРЗ. После кажущегося выздоровления наличествуют остаточные явления перенесенного заболевания. Если они сохраняются свыше 3 недель, а тем паче прогрессируют, то вам пря-

мая дорога к физиатру. Важно отметить, что болезнь может привязаться из-за общего ослабления иммунитета при обыкновенном ОРЗ, которое мужчины нередко переносят на ногах, появляясь в общественных местах. Ведь им нужно «семью кормить»...

Итак, вам провели необходимые процедуры и поставили диагноз. **Что делать?**

Во-первых, не паниковать. Не бояться, что вы заразите своих домочадцев и других людей, с которыми близко общаетесь. Выделение палочки Коха происходит при вовлечении в процесс легочной ткани, когда она начинает разрушаться и ее остатки выделяются наружу с мокротой. А пока этого не произошло, первый удар на себя принимают внутригрудные лимфоузлы. Вот тут-то и важно задержать и по возможности искоренить эту гадость!

Ну и во-вторых – выполнять назначения врача, вовремя посещать его и проходить все положенные процедуры. Лечение, конечно, будет неприятным и затратным. В рамках бесплатной программы вам не предложат ничего серьезнее старья вроде тубазида, о котором уже было сказано. Сейчас есть множество импортных и отечественных противотуберкулезных препаратов, изготовленных по последнему слову фармакологии. Конечно, они дорого стоят. Конечно, к ним прилагается куча корректоров для предупреждения побочных эффектов, которые у столь агрессивных медикаментов весьма выражены. Это и расстройства желудочно-кишечного тракта, и нарушение деятельности печени и почек, возможно развитие лекарственной анемии и прочих неприятностей. Все это можно минимизировать, если не забывать совместно со специфическими противотуберкулезными препаратами принимать сопутствующие, которые к ТБС вроде бы отношения не имеют. Тем более, что все последствия приема лекарств при правильном подходе к ним легко обратимы и быстро проходят, стоит только уменьшить дозировку базовых медикаментов.

Всем известно такое исследование как **флюорография**. Что это такое? Это то же самое рентгенологическое обследование органов грудной клетки, только проведенное при помощи специального оборудования с низкой дозой облучения. Получается маленький снимок, который врач-рентгенолог рассматривает в специальный увеличительный аппарат, похо-

жий на микроскоп, только большой. Его обычно делают один раз в год, но по-моему уже пора его по два раза делать, так быстро растет заболеваемость. Флюорограмма в силу малой информативности не скажет про наличие ТБС, а только укажет наличие каких-либо подозрительных изменений. В этом случае человека направляют на обзорную рентгенографию. Только после нее можно сказать что-то более-менее конкретное. Обычно ее проводят один раз в год, но некоторым категориям чаще: раз в полгода или даже раз в три месяца.

Кроме многочисленных лёгочных форм ТБС существуют внелегочные: костно-суставная, кожная, туберкулёз глаз, туберкулёзный менингит и прочие. Но это реже.

Итак, резюмируя вышесказанное, хочу отметить следующее. В связи с большой распространенностью этой болячки никто не может с уверенностью сказать, что у кого-кого, а уж у него этого точно не будет, так как он не зека, не бомж и не алкаш. Опасности подвержены все, разве что кто-то в большей степени, кто-то в меньшей. Поэтому не стоит пренебрегать простейшими профилактическими мерами, доступными всем: **заботиться о своем здоровье, не уклоняться от прохождения флюорографии и обращать побольше внимания на свое здоровье, чутко откликаясь на каждый признак неполадки в своем организме.** Ну и, разумеется, не думать, что интернет знает все. В интернете в связи с его доступностью имеют возможность писать все и всё, что угодно, даже люди с диаметрально противоположными взглядами на одни и те же вещи.

Ссылка на статью:
masculist.ru/blogs/post-3952.html



ПОДАРОК КОЛУМБОВСКИХ МОРЕМАНОВ

Много воды утекло с тех пор, как в далёкий день 15 марта 1493 года на борт каравеллы эскадры Колумба «Нинья», вернувшейся из первого в истории трансатлантического путешествия, поднялся кадикский врач дон Диас де Исла. Его позвали оказать помощь двум морячкам, на глазах чахнувшим от какой-то неведомой доселе болячки.

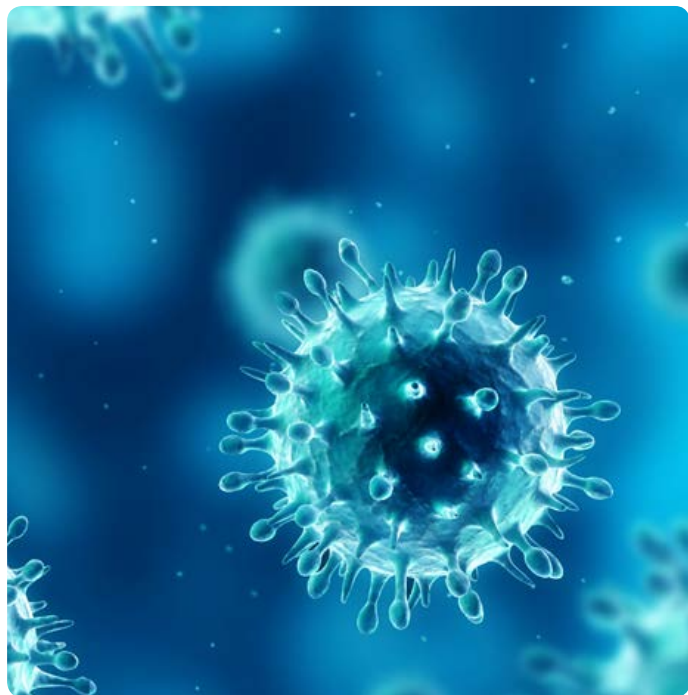
История не сохранила имена этих двух бедолаг. В тот день никто не знал, что привезенная с далёких американских берегов болезнь со скоростью лесного пожара распространится по Европе, проникнет в Азию, в Россию, доберётся даже до Китая, и с одинаковой ненасытностью будет пожирать тела королей и нищих, кондотьеров и ландскнехтов, священников и прихожан. Потом будет еще две экспедиции в Новый Свет, и из каждой будут прибывать новые заразившиеся.

Позже хворь получит название, мерзкое даже на слух, от которого до сих пор мороз по коже дерёт – сифилис.

Какими только эпитетами не награждали отвратительную болезнь! И «хворь грешников» и «болезнь божьей кары» и даже почему-то «болезнь королей». Долгое время считалось, что сифилис – это заслуженное божье наказание за греховные радости. Поэтому заболевшие шли не к врачу, а к священнику. Впрочем, пойдя они к медику, им не стало бы лучше – его не умели лечить совершенно. Только в XVIII столетии изобрели ртутную мазь, которая более-менее купировала внешние проявления. Еще в начале прошлого века ее применяли для лечения.

В наши пенаты сифилис проник в 1499 году из Великого княжества Литовского. Так как в те времена всех европейцев называли «немцами», то и болезнь называли «немецкой». Потом, разобравшись, видимо, откуда ветер дует, её переименовали во «французскую». Под этим названием она упоминается в Домострое. Привычный нам эвфемизм «дурная болезнь» сифилис получил уже в конце XIX века.

В наши дни, когда уровень половой культуры скатился чуть ли не до средневекового уровня, неудивительно, что заболеваемость неуклонно растёт. Если в год распада СССР на 100 тыс. человек приходилось 7,1 заболевшего, то в 1998-м – уже 27,1, а в 2009-м – 52,2. То есть методом несложных арифметических вычислений можно выяснить, что эпидемиологическая ситуация



ухудшилась в 7,2 раза! Что и неудивительно, ждать иных результатов при ужасающей половой распущенности просто глупо.

Возбудитель болезни открыт не так давно – в 1905 году. На предметном стекле микроскопа он похож на деловито и неторопливо извивающуюся тонкую длинную макаронину, которую невозможно окрасить ни одной краской из известных микробиологам. Поэтому этот микроб назван белой трепонемой, относится он к типу спирохет, подтипу трепонем – особый вид подвижных микроорганизмов. Ближайший родственник белой (или бледной) трепонемы – спирохета Обермейера, возбудитель сыпного тифа.

Как можно подхватить болезнь, я, думаю, ни для кого не секрет. Да, да, вы правы, дорогой читатель, основной путь передачи – **«ЭТОТ САМЫЙ»**. Конечно, нередко регистрируется и заражение через общие предметы быта, но в подавляющем большинстве – всё-таки **«ЭТО»**. Причём единственное доступное мужчинам защитное средство – презерватив – вовсе не панацея от заражения. Презерватив прикрывает всего лишь

ограниченную часть половых органов, а инфицированному материалу достаточно попасть на кожу живота, бедер или мошонки.

Пожалуй, нет ни одной биологической среды, которая не способна передавать инфекцию. Опасно всё – сперма, влагалищные выделения, грудное молоко, слюна, слизь, рвотные и каловые массы, воспалительный экссудат, особенно опасна кровь. Данные об опасности пота и мочи противоречивы.

Сифилис – инфекционное заболевание, пусть даже и с хроническим течением. И как положено любой приличной заразе, имеет скрытый (инкубационный) период, период между заражением и появлением первых симптомов. Он составляет в среднем 3–4 недели, но может или уменьшиться до 7–10 дней, или увеличиться до 2–2,5 мес.

Есть поговорка, будто при сифилисе первым страдает то место, которое согрешило. Так и есть. В месте внедрения возбудителя в организм появляется, выражаясь медицинским языком, «первичный аффект». В классическом случае он представляет собой т. н. твёрдый шанкр – эрозию или чаще неглубокую язву ярко-красного цвета, располагающуюся на твёрдом подкожном инфильтрате. Еще его называют первичный сифилид. Его коварство заключается в том, что он не беспокоит. Вообще никак. Не болит, не мешает, не чешется, не мокнет, не растёт и заживает сам, без посторонней помощи. Поэтому создается иллюзия успешного местного лечения. Помажет человек такую штуку зеленкой или мазью какой-нибудь, она глянь – месяца через полтора-два она и зажила. Красота, думает он, вылечился. Правда, какая-то сыпь вдруг появилась, но это наверняка аллергия...

Мало кто из заболевших обращает внимание на увеличение регионарных лимфоузлов (чаще всего паховых) на 5–7 день после появления загадочной язвочки. Они увеличиваются порой значительно, но опять же, не болят. А ведь это даже не звоночек – это набат, колокол громкого боя, предупреждающий об опасности. Если кто-то еще смеет тешить себя иллюзиями про случайность внезапно появившейся язвы на причинном месте, то появление безболезненных плотных подвижных мешочков в области паховых складок ближе к мошоночно-бедерной складке – это прямой повод брать шапку в охапку и мчаться к венерологу.

Вас можно поздравить – с большой вероятностью вы наблюдаете у себя типичную клиническую картину первичного сифилиса.

Есть и другие, атипичные формы первичного сифилида – индуративный отёк, гангренозный шанкр, пустулёзный шанкр и прочие, но это реже.

К сожалению, первый визит вам ничего определённого не даст. Дело в том, что наиболее точные биохимические методы (в том числе любимая врачами реакция Вассермана) в самом начале заболевания не дают вообще никаких результатов. Вот так вот и ничего с этим не поделаешь. Вас только поставят на предварительный учёт, разъяснят правила поведения (кто сталкивался с КВД, тот в курсе подписок, которые дают пациенты, в том числе и предупреждение о соответствующей статье УК). И отпустят, назначив дату следующего визита. Приготовьтесь пережить несколько неприятных дней в ожидании того, как ляжет судьба. Ждать придётся около полутора-двух недель после появления шанкра.

ВАЖНО!

Во время ожидания повторной явки ни в коем случае нельзя употреблять алкоголь. Ни в каких видах. Никак. Нигде. Никогда. Насколько только возможно уменьшить употребление жирной пищи, за два-три дня до явки исключить ее совсем, при возможности отказаться от прививок, если вам их необходимо делать. Нарушение этих правил может привести к ложноположительной реакции Вассермана!

На все 100% обеспечить истинность картины реакция Вассермана, конечно же, не может, ее точность 75–80%. Поэтому назначается два обследования, не буду точно перечислять все существующие, так как по роду работы с сифилитиками не соприкасаюсь и точно не знаю. Если оба исследования положительны, то ставится диагноз и назначается лечение. То, что от него отлынивать не стоит, я полагаю, всем понятно. Это надо быть совершеннейшим кретином, чтобы отказаться от лечения столь паскудного заболевания! Хотя такие оригиналы встречаются и не так уж и редко.

После затухания первичного периода, если его вовремя и адекватно не лечить, начинается вторичный. Его проявления весьма разнообразны, возможны поражения внутренних органов (при висцеральной форме). Он длится несколько лет, то затухая, то снова активизируясь. Рецидивы вторичного сифилиса наиболее опасны в эпидемиологическом смысле – боль-

ные рецидивным вторичным сифилисом весьма опасны для окружающих. Впрочем, таких всегда кладут в стационары кожно-венерологических диспансеров.

Именно для вторичного периода характерен атрофический ринит, который характеризуется постоянным насморком, заложенностью носа и характерными синевато-зелёными выделениями (в учебниках говорится «с болотным запахом», но сам не знаю, не нюхал). Из-за такого явления сифилис получил еще одно название – «гусарский насморк». Ибо не секрет, что гусары бабниками были теми ещё...



Если вторичный период не лечить, то через 10-12 лет болезнь перетекает в третичный период. Это, как говорится, уже полный швах, больной начинает в буквальном смысле разваливаться по частям, так как разрушаются ткани организма: кости, мышцы, кровеносные сосуды, внутренние органы. Краткие периоды улучшения и частичного заживления обширных трофических язв грубыми рубцами сменяются длительными рецидивами, открытием старых и появлением новых сифилитических язв, к которым присоединяется вторичная инфекция. Погибает больной от сепсиса, смертельных кровотечений из разрушающихся сосудов, диффузного амилоидоза, сопровождающегося почечной или печёночной недостаточностью и многих других причин.

Особенно характерно для третичного периода поражение нервной системы (нейросифилис). Отчего-то он характерен для внешне бессимптомных форм, когда третичные сифилиды не проявляются или проявляются незначительно. К нейросифилису относятся такие заболевания как спинная сухотка, сифилома головного мозга, прогрессивный паралич, сифилитический поли-

неврит, экссудативный лептоменингит, вялотекущий деструктивный непаралитический менингоэнцефалит, паралич Парро и прочее.

Лечение заболевания тем эффективнее, чем его раньше начать, что справедливо для всех болезней. В настоящее время применяются препараты висмута, мышьяка, йода – к ним трепонема весьма чувствительна. Конечно, учитывая токсичность этих веществ, приходится применять вещества не в чистом виде, а их соединения – бийохинол, бисмоверол, миарсенол, не забывая при этом старый добрый сальварсан (вернее, сегодня его более щадящий аналог – неосальварсан).

В конце 80-х годов случайно обнаружилось, что у больных, которых лечили от сопутствующих заболеваний пенициллином, резко улучшалось состояние. Были проведены исследования, которые показали, что бледная трепонема отчего-то не мутирует в пенициллиноустойчивые формы. Так что в отношении сифилитиков успешно применяют препараты пенициллинового ряда, уже давно и прочно заброшенные при других инфекциях.

Как предотвратить заболевание? Ну, прежде всего, перед сексом с женщиной думать головой, а не головкой. Если вы заметили у женщины подозрительные высыпания на коже, то лучше воздержаться от ночи любви с ней. Сразу после полового акта тщательно вымыть половые органы бактерицидным мылом, даже если секс был в презервативе. Это, конечно, больше психологическая защита, но всё-таки уменьшит вероятность заражения. Разумеется, стараться, насколько возможно, заниматься сексом с проверенными партнёрами. Хотя в наше время более чем вольготного поведения ОЖП это далеко не гарантия.

Ну и, конечно, вовремя обратиться к врачу. При начальной стадии удаётся полностью излечиться в 90% случаев за кратчайший срок – 1,5-2 года. При этом последствия болезни и, надо отметить, довольно агрессивного лечения, всегда удаётся минимизировать.

И, понятно, актуальность старого доброго совета «Избегайте беспорядочных половых связей» никто не отменял. Хотя это последнее выполнение как раз зачастую сложнее всего.

Ссылка на статью:
masculist.ru/blogs/post-4074.html

ГОРЯЩЕЕ ДЕРЕВО

Наверное, многие из нас наблюдали картину: идёт себе человек идёт, идёт-идёт и вдруг его лицо искажается от боли. Он останавливается, порой даже посреди дороги, и стоит столбом, словно чего-то выжидая. Порой он, стиснув зубы, неверной, шатающейся походкой добирается до ближайшей стены и, опершись на неё, начинает неловкими движениями массировать себе ноги. Через какое-то время он, подвигав одной или обоими ногами, посгибав их в суставах, как ни в чём не бывало, продолжает путь.



Порой нас, спешащих по своим делам, невероятно злит этакий «тормоз», который вдруг встал столбом на дороге, ни пройти, ни проехать его, скотину и не обойдёшь никак. Некоторые даже толкнут его в спину или в бок, снабдив сие действие крепким словом из разряда не особенно цензурных. И никто не обратит внимания, что «тормозу» ваши слова до веника, он вас вообще не слышит, не до того ему...

Людам, далёким от медицины, вряд ли что скажет аббревиатура **СОСНК**. А между прочим за этим казалось бы бессмысленным набором букв скрывается группа грозных заболеваний, способных за короткое время, в некоторых случаях за 1-2 года, привести человека прямоком в инвалидное кресло, лишив его одной или сразу обеих конечностей.

Синдром Облитерации Сосудов Нижних Конечностей – а именно так расшифровывается сие сокращение – это комплекс симптомов, характерный для любого заболевания, при котором наблюдается хроническая сосудистая недостаточность тканей одной или (что чаще) обеих ног. Болезней этих, как я уже сказал, несколько, нет смысла их перечислять, неспециалисту ничего не скажут таинственные и сложные названия. Да и вряд ли рядовому пациенту интересно, что именно за напасть с ним приключилась.

Как правило поражаются артерии, реже вены и еще реже – лимфатические сосуды. За всю свою медицинскую практику мне ни разу не доводилось встречать лимфатиче-

ское поражение, поэтому знания мои всего лишь теоретические, те, что я вынес со студенческой скамьи. Венозной недостаточности я как-нибудь посвящу отдельную статью, это слишком обширный материал.

Поэтому поговорим о недостаточности артериального бассейна. Чем она вызвана? «Облитерация» в переводе на русский язык обозначает «закупорка». Дальнейшее понятно из названия...

Всё же придётся познакомить вас, читатель, с основами анатомии и патологии артериальной системы нижних конечностей, иначе многие тонкости, без которых не обойтись, вам будут неясны.

Кровь к обоим ногам человека поступает из крупнейшей артерии организма – аорты, которая на границе брюшной полости и большого таза разделяется на две подвздошных артерии. Далее эти артерии спускаются всё ниже и ниже, по ходу меняя названия, и от основного ствола то и дело ответвляются более мелкие артерии, от которых, в свою очередь, отходят совсем уже мелкие сосудики. И, доходя до стопы, основной ствол, называемый артерией тыла стопы (её пульсацию вы можете самостоятельно прощупать чуть ниже сгиба голеностопного сустава сверху), разделяется на множество ветвей, подобно дельте реки. Таким образом система артерий ноги человека напоминает перевёрнутое дерево. Или систему водопроводных труб, кому какая аналогия ближе.

Теперь представим, что на каком-то уровне, ну, предположим, на уровне бедра, диаметр просвета артерии уменьшился. По какой причине – чуть ниже. Понятно, что ткани, лежащие ниже места сужения, снабжаются

кровью хуже, они страдают от недостатка кислорода. Диаметр просвета с течением времени уменьшается, такни всё больше и больше страдают, их функция нарушается, они начинают отмирать и... ну вы поняли.

Вся соль в том, что заболевания, сопровождающиеся СОСНК, характеризуются поражением всей стенки артерии. То есть если где-то в одном месте возникла какая-то гадость (вроде атеросклеротической бляшки – наиболее частой причины сужения просвета артерии) – жди ее появления где-то в другом. Не факт, что появится, но вероятность более чем. Причём сначала поражаются более мелкие сосуды, а там в патологический процесс вовлекаются сосуды покрупнее, затем – совсем крупные. Картина напоминает горящее дерево, к одной из ветвей которого поднесли зажжённую спичку. Недаром я сравнил артериальную систему ноги именно с ним. Если все ветви дерева свежие и живые, чёрта с два вы сумеете что-то поджечь. Но если где-то приутилась сухая веточка, и огонь попал на неё – то вполне возможно, что пламя перекинется на другие ветви, потом загорится вся крона, займётся ствол, а потом от лесного красавца останется уродливый обгорелый пень.

О причинах возникновения хвори до сих пор спорят учёные мужи, но не будем подробно на всём этом останавливаться – вряд ли читателю интересны аутоиммунная, инфекционно-аллергическая, токсическая, липопротеиновая и прочие теории.

Нам важно другое. Говорят, будто из 100 заболевших 99 – мужчины. Мне кажется, если эти данные преувеличены, то ненамного – я мало видел женщин с этой болезнью, всё это были старые бабульки с запущенной диабетической стопой. Зато мужчин – сколько угодно, самого разного возрастного диапазона – от 25-летних парней до 80-летних дедов. Я, правда, не вдавался в точные диагнозы, «Скорую помощь» такие узкоспецифические вещи мало интересуют, и потому даже своей небольшой статистики у меня нет. Но судя по тому, что удавалось узнать, диагнозы опять же самые различные. Причём у молодых процесс протекает быстрее, чем у стариков – при отсутствии адекватного лечения за 1-3 года человек превращается в безногого инвалида. И таких немало, мы просто их на улицах не видим...

В бытность мою студентом, одним из преподавателей у нас был толстый лысый сын

солнечной Грузии, зав. кафедрой сосудистой хирургии, мы его звали Грузин Ваню. Так вот он нам говорил со всей горячностью горского темперамента и с непередаваемым колоритом кавказского акцента:

«Когда к нам поступает больной, мы ему ставим условие – бросаешь курить и мы тебя лечим. Не хочешь – сразу готовься к ампутации, нет смысла терять на тебя время. Потом готовься ко второй и к третьей – так и будем тебя обрезать, как карандаш: чик-чик-чик...»

Почему он так говорил? Да потому, что контингент отделений сосудистой хирургии, занимающий койки – сплошь заядлые курильщики. Я, даром, что сам курю, утверждаю, что **шансов заработать эту болезнь у некурящего – 0**. Да-да, именно так. Почему – сложно сказать. Вероятно оттого, что у курильщика со стажем кровеносные сосуды находятся в состоянии перманентного спазма, да и кровь у него более густая, склонная к образованию тромбов. Свою лепту, вероятно, вносит и общее токсическое воздействие табачного дыма. Я еще как-то раз спросил у другого сосудистого хирурга, уже много лет спустя, находясь на курсах усовершенствования – правду ли нам говорил лысый доктор? Нет, конечно, говорил он мне, лечим, как положено, но заранее знаем, что пока человек курит, толку от лечения мало и дело рано или поздно заканчивается ампутацией. Причём как правило не одной – вскоре начинает чернеть культя и приходится резать выше.. выше... выше... а дальше, говорил он, я не знаю, дальше пишем посмертный эпикриз, так как бедолага уходит в мир иной от всевозможных напастей, которые неизбежно сопровождают лежащих и упавших духом больных.



Я тогда уже развёлся, количество стрессов, сопровождавших мою «счастливую» семейную жизнь, резко уменьшилось, но именно эти слова моего случайного знакомого окончательно уверили меня в мысли, что пора завязывать с курением. Находясь под впечат-

лением, я целых полгода не притрагивался к сигаретам, но потом кое-что произошло на работе, и я закурил снова. Но по сравнению с 1-1,5 пачками в день сегодняшние мои 0,5 пачки (и то не ежедневно, в выходные обхожусь вообще) – это уже мелочи. Но по-хорошему, конечно, даже это надо бы бросить.

Так же нередко заболевают те, кто по разным причинам переохлаждает ноги: ходит в неудобной узкой обуви, в мокрых носках, обувается не по сезону или неоднократно перенёс обморожение. Тут тоже дело в постоянном спазме мелких сосудов – ведь это именно они поражаются чаще всего. Затем в ряде случаев по какой-то причине запускаются малоизученные механизмы патогенеза болезни – и принимайте еще одного...

Существует несколько разновидностей хвори, всё зависит от конкретного диагноза. Не будем заострять внимание на подробностях. Присмотримся внимательнее к ранним симптомам заболевания при обратимой стадии болезни, когда еще можно что-то сделать без хирургического вмешательства или, если уж без него никак, то без радикальных методов вроде протезирования сосуда или (тьфу-тьфу-тьфу!!!) ампутации.

1. Вы ощущаете странную утомляемость ног. Если, к примеру, раньше вы могли без особого труда пройти 5 км, то сейчас уже после какого-то вшивого полукилометра у вас «ноги отваливаются» и тянет куда-то присесть. Отдых становится более продолжительным и вы не чувствуете, что отдохнули.

2. Ноги становятся зябкими и даже в тёплую погоду вам требуются толстые носки.

3. Обращают на себя внимание изменения кожного покрова – кожа становится сухой, бледной, прохладной на ощупь, шелушащейся, даже мелкие ранки на ней заживают подозрительно долго и часто нагнаиваются. В дальнейшем выпадают волосы, слоятся и трескаются ногти. Пятки сухие, сплошь в болезненных трещинах и мелких роговых чешуйках несмотря на хороший уход.

4. Вас преследуют ощущения жжения, покалывания и ползанья мелких мурашек на коже ног. Ощущения отличаются выраженным дискомфортом и назойливостью.

5. Нередко отмечаются периодические ночные судороги икроножных мышц. Я полагаю, что это ощущали многие, так что нет смысла описывать. Но если при различных вариантах нормы эпизодически повторяющиеся спазмы в целом не беспокоят, то в нашем случае картина иная – судороги могут повторяться по нескольку раз за ночь, они довольно мучительные и продолжительные. Это говорит о том, что уже затронута периферическая нервная система. Об этом же свидетельствует общее снижение чувствительности кожи ног при казалось бы обилии неприятных ощущений: покалывания, жжения, судорогах.

6. Пульс на артерии тыла стопы ослаблен.

7. И наконец на себя обращает внимание поистине страшный симптом, который просто невозможно игнорировать, который является «визитной карточкой» заболевания – **перемежающаяся хромота**, я описал её в начале статьи. Суть его в том, что во время ходьбы у вас внезапно возникает острая невыносимая боль в мышцах ног. Она сопровождается резкой судорогой и ощущением того, что ноги отказывают. Вы вынуждены остановиться и переждать, пока боль не утихнет. Массаж помогает боли пройти быстрее. Это говорит о том, что сосудистая система не справляется с кровоснабжением интенсивно работающих мышц и с выведением из них продуктов обмена, их скопилось недопустимо много – поэтому и боль. Это уже не просто сигнал – это сирена тревоги, говорящая о грозной патологии, неуловимо развивающейся в артериях ваших ног. Хорошо хоть, что это является чуть ли не первейшим признаком заболевания, но отчего-то его как раз игнорируют – о, святая дурь! Нуачо, поболело и прошло, а к врачу идти – настоящий мужчина по врачам не ходит, ему семью кормить надо...

С течением времени симптоматика усиливается, перемежающаяся хромота углубляется, вы уже и десяти метров пройти не можете, чтобы не поморщиться от боли. Любое изменение положения ног вызывает мучительные ощущения, и вы вынуждены их держать в строго вертикальном положении – так под действием силы притяжения больше крови приливает к ногам. Пульсация арте-

рий не определяется, мышцы ног начинают атрофироваться – недостаток кровоснабжения убивает мышечную ткань. И, как заключительный аккорд, появляются трофические нарушения в виде незаживающих глубокий гнойных язв и медленно, но неуклонно поднимающейся вверх сухой гангрены. Тут уже, как говорится, песенка спета и выход только один...

Лечение хирургическое. Если удаётся захватить болезнь на ранних стадиях, то, говорят, возможно обойтись без операции, но я никогда о таком не слышал. Возможно потому, что у нас, хирургов, силён стереотип, что ничем так хорошо не увидишь, как глазом и ничего так хорошо не уберёшь, как ножом. Возможно, мы неправы. Не зря же говорят про нас: им бы всё резать да резать, выпей вот этой травки, оно само и отвалится. Если поражены крупные артерии, то возможно проведения шунтирования (создания обходного пути) или протезирования сосуда. Тут проще. Но, к сожалению, чаще всего сосудистые хирурги имеют дело с болезнями, при которых поражаются средние и мелкие артерии, и тут лечение сочетает в себе оперативные и консервативные методы: улучшение проходимости сосудов, снятие спазма, улучшение метаболизма тканей и уменьшение вязкости крови. С помощью скальпеля врач не только удаляет отмершие участки, но еще и производит шунтирование и при возможности протезирование средних артерий, если это возможно. В ряде случаев ноги удаётся спасти.

Но к сожалению, огромное количество больных обращаются к врачу тогда, когда уже ничего сделать нельзя и остаётся только один выход – ампутация. И количество таких больных, еще далеко нестарых людей, велико. Именно из-за того, что у молодых процесс протекает весьма быстро, то некоторые личности, не особо внимательно относящиеся к себе (а у настоящего мужыга, как известно, всего три болезни: х**ня, п**дец и нестоячка – х**ня сама пройдёт, п**дец не лечится, а в нестоячке жена виновата – мало даёт) лет в 25-30 заканчивают одиссею пациента на инвалидном кресле.

А всё из-за того, что кто-то в школе повёлся на «слабо?» и взял в руки первую сигарету.


Ну что, камрады? Закурим?

Ссылка на статью:
masculist.ru/blogs/post-4123.html

NO SMOKING



БРОСАЙ КУРИТЬ!

A photograph of a doctor in a white lab coat and a striped tie, holding a large, glossy red heart in their hand. A stethoscope is visible around the doctor's neck. The background is a soft-focus clinical setting.

СЕРДЦЕ ПЛАЧЕТ И БОЛИТ

Сердце... О нём сложено множество пословиц и поговорок. От этого слова образовано множество прилагательных и словосочетаний, которыми чётко можно обозначить нрав и характер человека: один добросердечный, у другого сердце заячье, третий – бессердечный осёл, а четвёртый – человек с большим сердцем («как у телёнка» – выразился небезызвестный сын турецко-подданного). А еще один литературный персонаж сердцем кошек чуял.

В таком повышенном и почтительном интересе к одному из множества органов человеческого организма нет ничего удивительного. Люди инстинктивно понимали исключительную важность сердца по отношению к другим органам. Правда, есть еще головной мозг, но его деятельность вроде бы и незаметна, а вот сердцебиение прощупать может у себя даже ленивый. Человек чувствует усиленную его работу, когда переживает эмоции, тяжело работает или занимается спортом. И, если уж идти до конца, то причина смерти одна – прекращение деятельности сердца. Она может наступить из-за чего угодно, но именно момент остановки сердца является тем роковым, когда можно смело сказать, что человек умер. Конечно, в первые минуты его можно оживить, но это получается не у всех и не всегда. Пока сердце бьется – человек жив. Непрекращающееся ни на секунду сердцебиение – это то единственное, что отличает еще живого человека от феномена современной реаниматологии, когда при сохраняющемся сердцебиении головной мозг уже безнадежно мертв.

Знаете, какая самая мышца организма самая сильная? Правильно, это мышца сердца. Желудочковая часть миокарда сокращается с такой силой, что из аортального отверстия вылетает фонтан крови, давление которого достигает в среднем 0,7 атм. После такого мощного сокращения сердечной мышце достаточно всего 0,3 сек для отдыха перед следующим мощным толчком. По-научному сокращение сердца называется систола, а момент его расслабления – диастола. Конечно, механизм сердечных сокращений куда более сложный, но не будем на нём останавливаться. То, что сердце обладает собственной системой автоматизма и способно сокращаться вне организма довольно долгое время, я полагаю, уже ни для кого не секрет.

По данным ВОЗ сердечно-сосудистые заболевания являются первопричиной смерти людей в зрелом возрасте по всему шару; ни по какой другой причине ежегодно не умирает столько людей, сколько от них. Когда-то, в Стране Советов, слово «сердечник» ассоциировалось с человеком почтенного возраста. Сейчас же кардиологи не только в России, но и по всему миру,

бьют тревогу: болезни сердца стремительно молодеют и уже никого не удивляет инфарктник 40-45 лет. Хотя мне в студенческую бытность, подрабатывая фельдшером «Скорой», как-то раз удалось увидеть мужчину с острым инфарктом миокарда, который явился его подарком аккурат к 35-летнему юбилею. Там вообще интересная и поучительная история, я про нее обязательно упомяну в одной из последующих статей. Хотя, по-моему, уже и 30-летний сердечник – дело обычное...

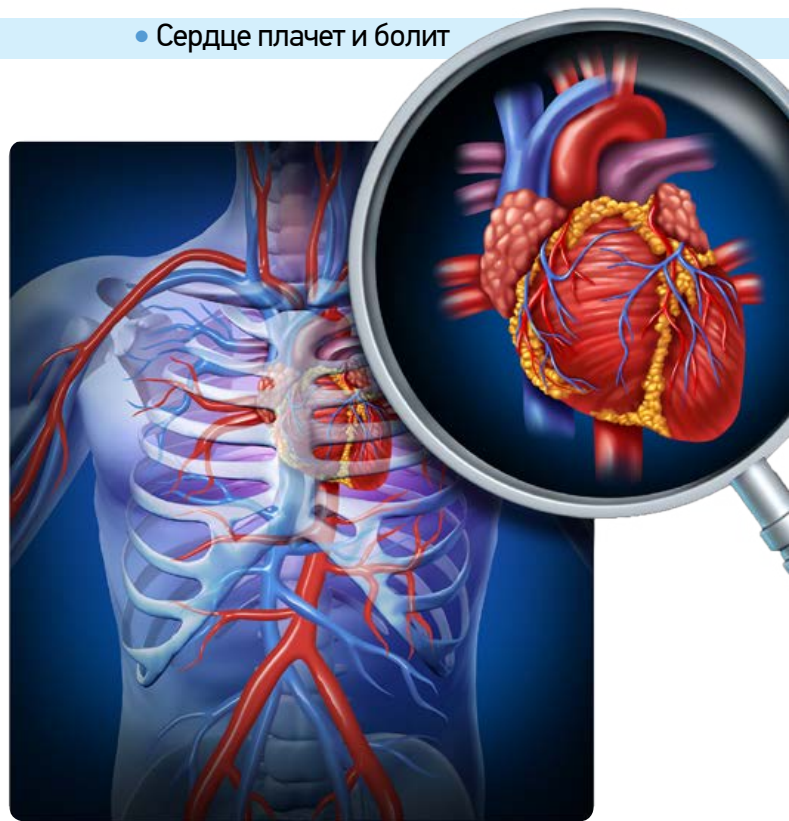
Только в 2012 году от кардиологических заболеваний в мире умерло 17,5 млн человек – это 31% всех случаев скоропостижной смерти. Больше всего болезни сердца свирепствуют в странах с низким уровнем жизни: там от этих болезней умирает 75% от всех умерших. К сожалению, наше многострадальное Отечество является одним из лидеров этого сомнительного соревнования: в России смертность от болезней кардиологического профиля в пять раз превышает аналогичный показатель в Европе. Вообще у нас вечно всё не как у людей: в странах бывшего СССР с куда как более скромным уровнем доходов (Украина, Армения, Грузия) от болезней сердца умирает людей хоть ненамного, но меньше, хотя по всем законам природы должно быть наоборот. Такая уж мы страна – всё у нас через жопу...

Болезни сердца косят нашего брата, как траву.

**Задумайтесь, камрады:
МУЖЧИНЫ СТРАДАЮТ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В 2 РАЗА
ЧАЩЕ ЖЕНЩИН!!!**

Это данные официальной статистики, чьи цифры, как известно, можно смело умножать в три, если не в четыре раза.

Причины этого вопиющего неравенства неоднократно освещались на страницах этого сайта и на других мужских ресурсах. Это и постоянные хронические затяжные стрессы, без которых уже как бы и немислима жизнь современного мужчины, и вредные привычки, и плохое питание «на бегу», и малоподвижность... много чего, я уж не стану повторяться. Ну и моя «любимая» причина – **позднее об-**



ращение к врачу, если оно вообще состоялось. Ведь настоящий мужчина не должен отвлекаться на всякие глупости вроде заботы о своем здоровье, настоящий мужчина озабочен только двумя вопросами – как накормить семью и купить своей ненаглядной новую шубу. А внезапно возникающую боль в сердце можно и таблеточкой какой придавить, вон мне дружбан рассказывал – его бабушке вон те зелененькие помогали...

Осознавая, что изложить в одной статье столь обширный материал, как сердечно-сосудистые заболевания, нереально (вернее, реально, конечно, но уж больно громоздкий материал получится, как его ни сокращай), я решил создать цикл из статей, полностью посвященных этой теме, несомненно, одной из наиболее важных в деле сохранения мужского здоровья. Если быть точным, я решил остановиться на наиболее актуальной проблеме кардиологии: ИБС. Под этой аббревиатурой, расшифровывающейся как Ишемическая Болезнь Сердца, скрывается группа заболеваний, причиной которых является недостаток кровоснабжения сердечной мышцы. Именно от них умирает больше всего мужчин. Не даром на картинке выше изображено Сердце на ладони – международная эмблема кардиологов. Конечно, осветить все аспекты не получится, но постараюсь как можно более доходчиво донести до читателей то, что на мой взгляд является самым необходимым.

Ссылка на статью:
masculist.ru/blogs/post-4153.html

КОГДА ДУШИТ ЖАБА

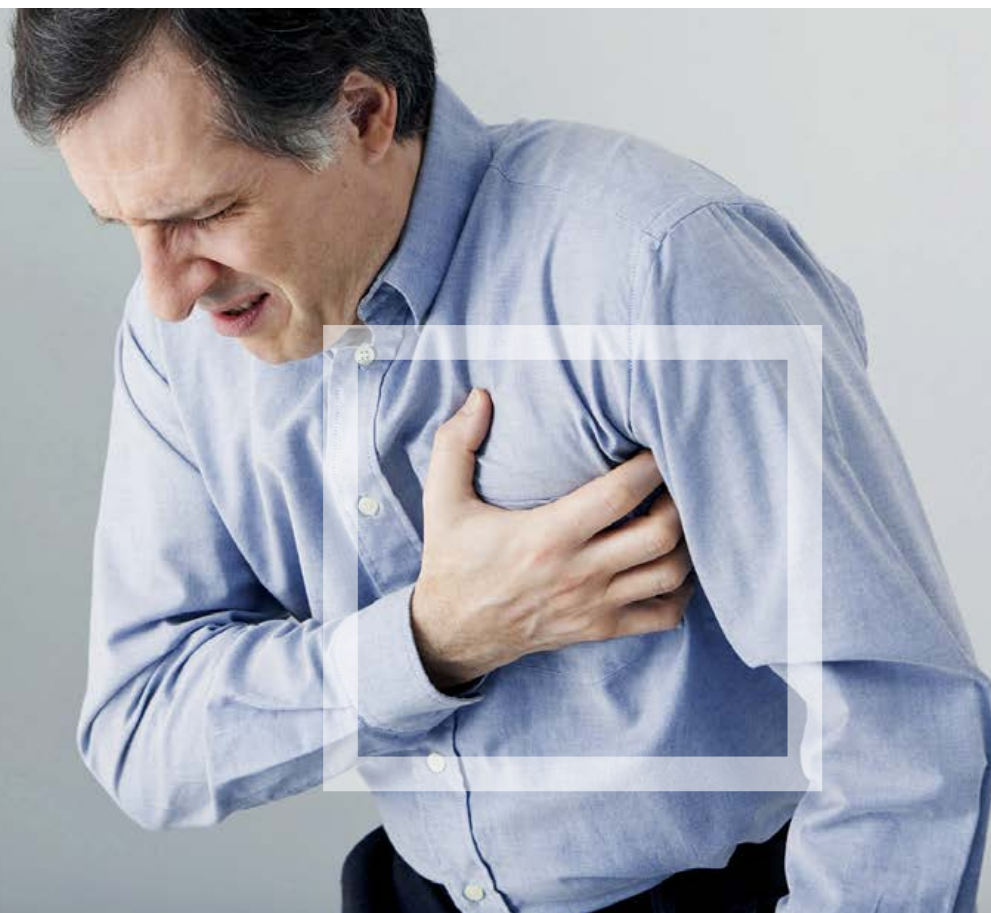
«Жаба душит» - говорят про человека, обуреваемого приступом жадности. При чём здесь безобидное и в целом симпатичное земноводное, мне решительно непонятно. Жаба-то в чём провинилась? Не она же виновата в том, что у вас сосуды сердца ни к чёрту...

Впервые это заболевание доходчиво и полно описал в XIX столетии английский врач, член Лондонского королевского общества врачей и прочая, и прочая, и прочая – у него было много научных званий и титулов, всё по заслугам. Его звали Джон Гунтер. Впрочем, и до него описывали с большей или меньшей достоверностью, но только именно Гунтер первым задумался о глубинной причине заболевания. На склоне лет он заинтересовался болезнями сердца. Вскрытая трупа умерших от сердечных приступов, он обратил внимание на странную узость и ломкость артерий сердца. Еще не понимая, в чём дело, но, видимо, догадываясь, он как-то сказал: «Моя смерть в руках того негодяя, которому вздумается разозлить меня», так как сам страдал от постоянных приступов сердечных болей. Этим негодяем стала его молодая жена, на которой его,

старика, по обычаю того времени угораздило жениться. Гунтеру стало известно про ее измену, он страшно разозлился и, прыгнув в экипаж, помчался было выяснять отношения, но к дому лошади привезли холодный труп с прижатой к груди рукой. Не первый и не последний раз мужская жизнь приносится в жертву блудливой сучке... Вскрытие тела самого Гунтера его учениками окончательно прояснило характер и причины болезни. Именно тогда прежнее название болезни «грудная жаба» получило название стенокардия, применяющееся и сегодня.

Заранее прошу приготовиться к «многabu-каффу», так как тема на мой взгляд весьма важная и обширная. Я уж и так посокращал, насколько мог.

Итак, **стенокардия**... Название болезни складывается из двух слов: греческого «стенос» - сужение и латинского «сог» - сердце. Т. е. дословно – «сужение сердца». Сужается, конечно, не само сердце, а артерии, несущие кровь к миокарду - коронарные артерии. Название пошло от ощущения сжатия с области сердца при приступе. Уменьшается диаметр просвета артерии (как правило, из-за атеросклеротической бляшки или тромба) и тогда, когда в момент усиленной работы сердцу необходимо больше крови, её-то как раз и не хватает. Клетки сердечной мышцы испытывают недостаток кислорода, и в них скапливается большое количество продуктов обмена



на, которые плохо выводятся. Какой-то участок сердца страдает.

Внешне это проявляется острой болью в области нижней части грудины и чуть левее, а вовсе не слева, как полагают многие, тыча пальцем чуть ли не под мышку. Боль острая, сильная, принимает давяще-жгучий характер, нередко отдает в левую лопатку, в левое плечо и левую ключицу. Некоторые говорят, как будто камень на грудь навалился. Рефлекторно происходит выброс адреналина в сосудистое русло (дополнительный повреждающий фактор) и человек испытывает невольное чувство страха, может быть возбужден, суетлив, беспокоен. Нередко бывает одышка, которая связана не с заболеванием сердца, а с общим психомоторным возбуждением, по той же причине незначительно повышается артериальное давление. Одновременно пробивает пот, отмечается головокружение, тошнота. Боль может локализоваться так же в шее, в нижней челюсти, в области лопаток или даже в области желудка. Но это реже.

На первых порах развития стенокардии приступы редки и начинаются на пике физической активности либо эмоционального напряжения. В дальнейшем, при прогрессировании болезни, приступы учащаются и возникают при совсем незначительном напряжении, а затем и в покое. Приступы сердечной боли становятся всё более продолжительными и тяжело снимающимися. Дело рано или поздно заканчивается инфарктом или тяжелой хронической сердечной недостаточностью. Как говорится, что тебе нужно – выбирай...

Вообще существует несколько видов стенокардии (стабильная, нестабильная, стенокардия Принцметалла), каждый из этих видов подразделяется на функциональные классы и степень тяжести течения. Не будем на этом останавливаться.

Что нужно делать, если впервые возник приступ острой сердечной боли? Как правило, большинство случаев раннего инфаркта происходит именно у больных с малым стажем болезни, так как они, охваченные страхом, не знают, что нужно делать и как поступать. Зачастую неумелыми действиями они сами себе делают хуже.

1. Немедленно прекратите любую физическую активность. Сразу. Если вы куда-то идете, то немедленно остановитесь и присядьте на первое попавшееся сиденье: скамейку, пенек, ступеньку, да хоть прямо на землю. Если есть возможность прилечь – то не стесняйтесь, прилягте.

Постарайтесь не оставаться на солнцепёке, уйдите по возможности в тень. Любую поклажу, какая есть у вас, опустите на землю, не держите на себе.

2. Дышите ровно, не пытайтесь бороться с приступами нехватки воздуха. Старайтесь дышать глубоко – так вы поможете насытить кровь кислородом и уменьшите кислородное голодание сердечной мышцы.

3. Доставайте сотовый телефон и не раздумывая вызывайте «Скорую помощь». Нет телефона – просите окружающих. Скорее всего люди заинтересуются, что это за кадр тут расселся. Спокойно объясните ситуацию и если в числе зрителей будут пожилые, попросите их таблетку нитроглицерина, они их с собой всегда таскают.

4. После приема таблетки вам полегчает. Но это не значит, что можно, этак залихватски сплюнув, взваливать груз на плечи бодро чапать дальше. Не исключено, что в этом случае вас накроет новый приступ, еще сильнее предыдущего.

ЗАПОМНИТЕ! После приёма нитроглицерина кислородное голодание миокарда не прекращается сразу! Для полного восстановления требуется не менее 15-20 минут!

Сосудорасширяющие средства на время снимают спазм. Но причину-то спазма не убирают! Проходит небольшой срок. Действие лекарства заканчивается и сосудистый спазм снова тут как тут! Оставайтесь на своем месте и ждите «Скорую».

5. Врач «Скорой» вам предложит госпитализацию. Не отказывайтесь. Впервые возникший приступ сердечной боли – это грозный сигнал о развивающейся патологии в сердце. Поэтому вам по-любому надо будет обследоваться и выяснить, отчего произошла эта беда. Долго вас держать в стационаре не будут, после проведения первых обследований выпишут на амбулаторное лечение. Дальше вы уже клиент кардиологической службы и если не хотите неприятностей – советую покорно и безоговорочно следовать указаниям вашего лечащего врача.

До сих пор не изобретено более эффективного средства против стенокардии, чем нитроглицерин. Сейчас в аптеках он продаётся в виде аэрозоля под названием «Нитроминт». Он более удобен, чем таблетка.

Нитроглицерин следует принимать под язык. Почему под язык? Потому что под слизистой

языка находится густая венозная сеть и всё, что попадает в подъязычную область, всасывается чуть ли не мгновенно. Эффект от подъязычного введения лекарств аналогичен внутривенному. А во время сердечного приступа медлить нельзя, ждать, пока всосётся, некогда. Есть еще капсулы с масляным раствором нитроглицерина, эти для неотложной помощи при приступе стенокардии не годятся; они применяются для профилактического лечения. Если есть возможность – примите одну таблетку обыкновенного аспирина – он уменьшит вязкость крови и улучшит ее протекание через суженый участок артерии. Приятный побочный эффект ацетилсалициловой кислоты в данном случае работает во благо. Но стоит помнить, что аспирин надо запивать большим количеством воды, желателен минеральной.

После применения нитроглицерина боль или исчезает («как обруч лопнул» - говорят больные) или уменьшается постепенно, в течение 1-3 минут. Возможно головокружение и головная боль как побочный эффект. Дело в том, что нитроглицерин воздействует не только на коронарные артерии, но и на остальные тоже – расширяя и их, он снижает артериальное давление. Поэтому нитроглицерин весьма эффективен при приступах стенокардии на фоне гипертонического криза.

Стоит, однако, помнить, что нитроглицерин нельзя лопать горстями, это всё-таки лекарство, и как от любого лекарства может произойти передозировка. Выражается она в резком падении артериального давления и обмороке. Если боль не прекращается после второй таблетки (в запущенных случаях заболевания бывает и такое), которую следует принять не ранее 3-5 минут после первой, то не стоит ув-

лекаться поеданием медикаментов. Все равно уже ничем не поможешь – у вас угроза инфаркта (считается, что боль, продолжающаяся более 15 минут и не купирующаяся 2-3 кратным приемом нитратов – признак развивающегося инфаркта миокарда) и тут требуется применение более серьезных средств – это уже компетенция врача. Обморок в дополнение к уже имеющимся неприятностям вам точно не нужен.

Уже отмечалось, что мужчины наиболее подвержены риску возникновения болезни. Эта тенденция преобладает до 50-55 лет, после этого возраста стенокардия встречается у лиц обоего пола приблизительно с равной частотой. Часто стенокардия наблюдается у прямых родственников пациентов, страдающих ИБС или перенесших инфаркт миокарда.

Кто же больше подвержен болезни? Есть множество факторов риска, мы остановимся на наиболее беззащитных перед грозной болезнью.

1. Повышенное содержание холестерина в крови. Это наблюдается у 96% больных ИБС. Вообще при не нарушенном жировом обмене организм сам регулирует его концентрацию в крови и не даёт накапливаться там, где не надо. Если холестерин крови повышается свыше 3,5 – 4 ммоль/л, то это говорит о нарушенном обмене жиров. Цифру привожу по памяти, за точность данных не ручаюсь.

2. Нарушение липидного обмена внешне хорошо заметно у полных людей, страдающих ожирением. Не нужно говорить, почему. Обратите внимание, если у кого родственники страдают сердечными заболеваниями – это в большинстве люди с избыточным весом.



3. Известно, что гиподинамия, малоподвижный образ жизни, так же способствует развитию как стенокардии, так и ожирения. Ну, тут, думаю, всё ясно.

4. «Излишества нехорошие», в том числе курение. У курящего человека сосуды находятся в состоянии перманентного спазма, и крови не хватает всем органам, не только сердцу. Но как раз сердце и страдает больше всего: в условиях кислородного голодания ему приходится работать интенсивнее. Следовательно, ему требуется крови еще больше, а где её взять? Вот и получается замкнутый круг...

5. Гипертоническая болезнь, сахарный диабет и анемия – постоянные спутники ИБС. Я лично уже сделал вывод: если у того или иного больного хотя бы одна из этих болезней уже имеет приличный стаж – на кардиограмме ищи хроническую ишемию, даже если человек на сердце и не думает жаловаться. Было такое, что я ошибался, но предположения гораздо чаще оправдывались.

6. Различные заболевания, сопровождающиеся повышенной вязкостью крови, тоже вносят свою долю в увеличение невесёлых цифр статистики. Тот же диабет. Нормальное ВСК (время свёртывания крови) – 3-5 минут, допускается 2-3 мин. Если у вас кровь при мелких травмах останавливается быстрее, то это повод задуматься. Такая густая кровь склонна к внутрисосудистому тромбообразованию и, как следствие, к сужению сосудистого диаметра, а то и вовсе к закупорке сосуда. Для профилактики, если нет каких-нибудь особых назначений врача, достаточно принимать по 0,5 таблетки аспирина ежедневно, я о нём уже упоминал. Он в разы уменьшает риск тромбоза. Но нужно помнить, что аспирин противопоказан людям с ЯБЖ, эрозивным гастритом, гемофилией и проч.

7. Стрессы, в состоянии которых живёт каждый современный мужчина – чуть ли не главный повреждающий фактор. Эта тема до меня подробно раскрыта как на «Маскулисте», так и на других ресурсах, поэтому я не буду подробно на ней останавливаться.

Сочетание всего 2 факторов увеличивает риск развития болезни на 40%, а трёх – вероятность почти 100%.

Лечение направлено прежде всего на профилактику приступов. Его задача – сделать приступы как можно более редкими и лёгкими, а в идеале – вообще исключить их, что при грамотном лечении и своевременном обращении происходит нередко. Препараты, которые назначает вам врач, как раз на это и направлены, даже если какой-то и не действует непосредственно на сердце. Он может, как аспирин, уменьшать вязкость крови или количество холестерина. Стоит, однако, помнить, что некоторые нитросодержащие медикаменты (вроде старого доброго сустак) имеют накопительное действие и поэтому бесполезно их давать вашему товарищу, если у него вдруг схватило сердце. Их хоть вагон скорми – толку не будет. Придётся вам постоянно носить с собой нитроглицерин или нитроминт – выхода нет. Внезапный приступ стенокардии может накрыть вас в любой момент и отсутствие основополагающего препарата для первой помощи может оказаться для вас роковым. Ничего с вами страшного не случится – не надорвётесь. Весу в них всего ничего, места они много не занимают и хлеба не просят, а вот помощь от них будет неоценимой.

В тяжёлых случаях за дело берутся кардиохирурги.

В чём заключается профилактика этого заболевания? Я полагаю, что ответ на этот вопрос знают многие. Ну да, да, все слышали эти банальные вещи: правильно питаться, отказаться от вредных привычек, быть физически активнее, вовремя посещать врача, исключить пагубное воздействие стрессов... Скажете, правильно автор говорит, всё это золотые, но неисполнимые в наше время истины.

Неисполнимые ли? Что мешает вместо езды на маршрутке пройтись пешком, если время позволяет? Или подняться-спуститься по лестнице, а не ехать на лифте? Какая религия не позволяет зайти в столовую и поесть как следует вместо того, чтобы нажираться фастфудом в ларьке за углом? Трудно пробежаться утром по школьному стадиону вместо того, чтобы плющить подушку? Все эти казалось бы мелочи так или иначе тренируют организм. Много времени и ресурсов на всё это не надо, а эффект может быть поразительным.

Ну и в конце концов не помешает лишний раз сходить в любую платную клинику, где

нет очередей и сделать хотя бы ЭКГ, вряд ли это встанет вам в стоимость особняка на каких-нибудь Канарах. Сейчас по приказу Минздрава проведение ЭКГ обязательно всем людям старше 30 лет, что оправдано. Помню, с каким смятением и ужасом я узнал, что оказывается, некий важный участок сердечной мышцы в области левого желудочка у меня работает с перегрузкой, постоянно испытывая кислородное голодание. Всего-то в 35 лет! Это было через некоторое время после развода. Причём я никогда не испытывал ни малейшего беспокойства, считал, уж что-то, а сердце у меня работает как часы. Через полтора года после окончания «счастливой» семейной жизни кардиограмма улучшилась, что и понятно, но слабое место в сердце оста-

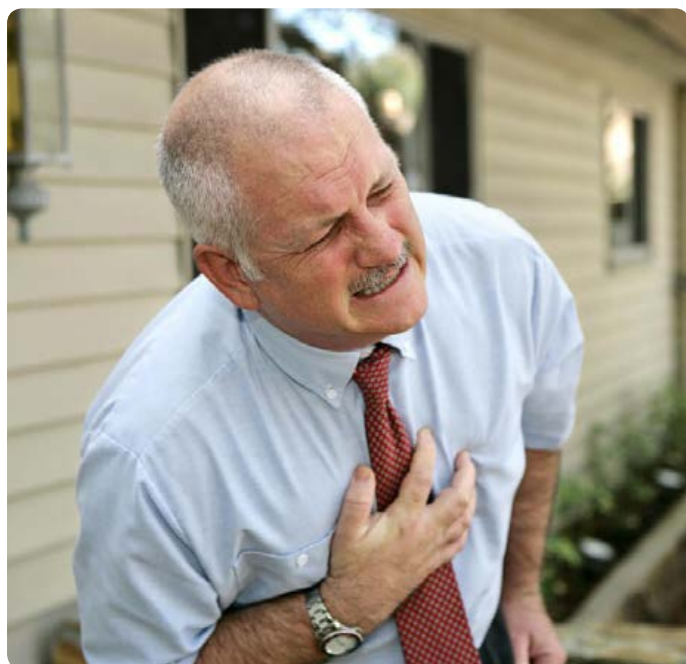
лось и нет никакой гарантии, что в старости оно не напомнит о себе...

Напоследок обращаю внимание читателей на еще одно состояние, которое никакого отношения к сердцу не имеет, но его проявление нередко путают с сердечной болью.

Называется оно «межреберная невралгия». Всем известно, что такое остеохондроз. Если поражённый позвонок расположен в грудном отделе и боль распространяется по одному из межреберных нервов, в особенности по тому, что проходят слева и в области сердца, человеку может казаться, что у него болит сердце, хотя в реальности патология абсолютно другая и боль всего лишь распространяется по нервной веточке. Отличить одну боль от другой несложно.

Я составил упрощённую таблицу, как различить сердечную и нервную боль:

	Стенокардия	Межреберная невралгия
Характер боли	<i>Сдавливающий, жгучий</i>	<i>Ноющий, простреливающий</i>
Локализация боли	<i>За грудиной или чуть левее</i>	<i>Строго слева под соском или подмышкой</i>
Куда отдает	<i>В левую лопатку, в плечо, в нижнюю челюсть</i>	<i>Никуда или по ходу нервной веточки в позвоночник</i>
Усиливается ли при движениях, кашле, дыхании, прикосновениях?	<i>Нет</i>	<i>Да</i>
Прием нитратов	<i>Помогает</i>	<i>Не помогает</i>
Продолжительность	<i>Несколько минут</i>	<i>Сколько угодно, часы или дни</i>
Связь с переохлаждением	<i>Нет</i>	<i>Есть</i>



Разумеется, эта таблица не поможет вам поставить диагноза, и вряд ли вы точно различите характер боли. Она носит чисто ознакомительный характер. Но возможно, это поможет вам не пугаться при возникновении непонятной боли в груди, особенно если боль продолжается второй-третий день и вам не помогают никакие таблетки, кроме обезболивающих. Особенно если вы пару дней назад простудили спину или подняли тяжёлый груз. Я по опыту знаю, что люди больше всего боятся именно вот таких ноющих надоедливых болей двух-трёхдневной давности, против которых перепробовано почти всё, чем внезапной боли где-то глубоко внутри, возникшей пару минут назад.

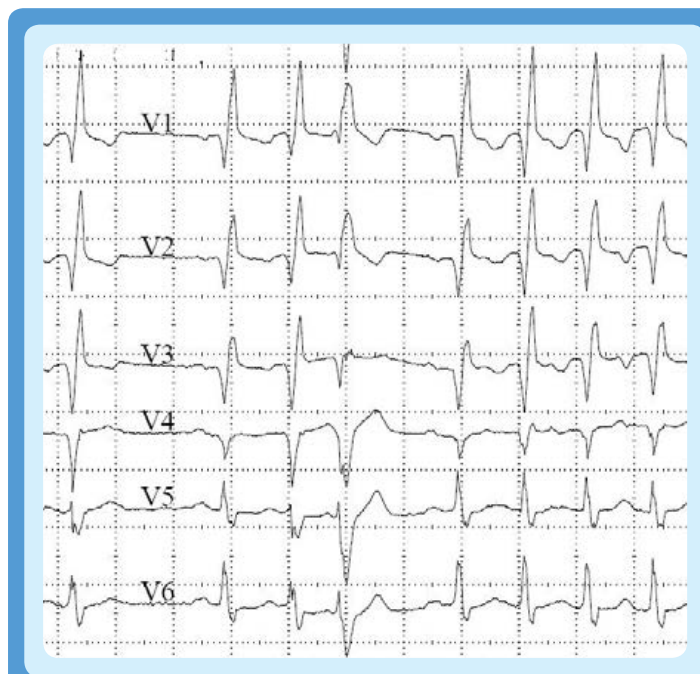
Берегите свое сердце, камрады!

Ссылка на статью:
masculist.ru/blogs/post-4155.html

ЭТО СТРАШНОЕ СЛОВО – ИНФАРКТ

Даже опытным и выдавшим виды кардиологам становится не по себе, когда «Скорая» привозит больного с предварительным диагнозом «острый инфаркт миокарда». Потому что даже светило кардиологии не может предугадать, что выкинет организм больного в следующий момент...

Термин «инфаркт» довольно широко используется в общей патологии и обозначает омертвление (некроз) органа, его части или участка ткани вследствие острого недостатка кровоснабжения. Инфаркт может поразить любой орган.



Правда, в клинической медицине названия инфарктов разных органов синонимизируются: инфаркт лёгкого шифруется аббревиатурой ТЭЛА (тромбоэмболия легочной артерии), инфаркт кишечника (не всего, конечно, а его части) – острая мезентериальная недостаточность, инфаркт мозга – ОНМК-ит (острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу, более привычный нам и устаревший на сегодняшний момент термин – ишемический инсульт). Только инфаркты почки и селезёнки обозначаются под своим названием.

Острый инфаркт миокарда (далее – ОИМ) – это наиболее опасная форма ишемической болезни сердца, характеризующаяся отмиранием участка сердечной мышцы и формированием позже на этом месте соединительнотканного рубца. Рубец – он и есть рубец, инертная ткань,

не способная выполнять функции той, которую замещает. Поэтому если рубец обширный или их много, то ничего удивительного в том, что какая-то сердечная функция нарушается. Возникают аритмии, хроническая сердечная недостаточность, блокады проводящей системы...

К сожалению, как и при всех сердечно-сосудистых заболеваниях, основной жертвой ОИМ падают мужчины, причём весьма и весьма нередко в прямом смысле. Факторов риска инфаркта у мужчин больше, чем у женщин, особенно в молодом и среднем возрасте. Ведь многие из нас ведут сидячий образ жизни, имеют избыточный вес, курят. Уж про всевозможные стрессы я и вообще молчу. В странах бывшего СССР огромное число мужчин умирает от инфаркта, не доживая даже до пенсионного возраста! Не выдержива-

За прошедшие 20 лет смертность от этого заболевания среди мужчин возросла на 60%

Острый инфаркт миокарда (далее – ОИМ)

– это наиболее опасная форма ишемической болезни сердца, характеризующаяся отмиранием участка сердечной мышцы и формированием позже на этом месте соединительнотканного рубца.

ют наши сердца постоянного прессинга гинцентричного общественного мнения, скотской, выматывающей жилы работы «во благо семьи», более подходящей для тяглового скота, постоянных унижений, издевательств, бессмысленного существования...

Женщин до 40 лет данное заболевание как правило не трогает, хотя после преодоления этого возрастного рубежа заболеваемость у женщин сравнивается с заболеваемостью у мужчин. Человек, перенёсший инфаркт, нередко получает инвалидность, причём летальный исход среди всех заболевших составляет около 10–12%.

Вопреки расхожему мнению, ОИМ редко возникает на пустом месте. Почти всегда можно заметить предвестники, которые появляются за 2-3 месяца до сердечной катастрофы.

«Внезапно» инфаркт случается у тех, кто не обращает внимания на вот такие признаки:

1. Необъяснимая одышка, иногда после совершенно незначительной физической нагрузки. Правда, она быстро прекращается. Подумаешь, решит такой, что-то вдруг дышалка зашлась, бывает, а ну-ка, раз-два-взяли...

2. Периодический дискомфорт, чувство сдавливания, тяжести в груди. Таких болей, как при стенокардии, нет, поэтому на это неприятное чувство опять же никто внимания не обращает и к врачу из-за такой мелочи не идёт.

В кино инфаркт показан весьма эффектно – больной, секунду назад бывший таким здоровущим Терминатором внезапно хватается за сердце и картинно падает без сознания на пол. Вдруг как с неба сваливается целая реанимационная бригада со всеми полагающимися причиндалами и с дикими воплями «мы его теряем» так усердно пользует бедолагу, что средний зритель лишний раз проникнется уважением к забугорной медицине, а специалист скептически ухмыльнётся, утешаясь: хорошо хоть, не замирают, меру знают. Именно так порой показываются сцены инфарктов в американских фильмах, в частности в сериале «Скорая помощь». Мои заокеанские коллеги подтверждают: вот тут верно, а вот тут режиссёры решительно соврали.

В реальности всё, разумеется, не так пугающе красиво. Только больной знает, как ему плохо, а со стороны кажется – ну присел человек, за сердце схватился, эка невидаль, бывает. Сознания не потерял – ну значит, ничего особо страшного, перезимует.

Как и любая болезнь, ОИМ имеет свою классификацию. Не будем на ней останавливаться подробно, не в ней дело. Нас интересует классификация по клиническим проявлениям. На этом остановимся поподробнее.

В основном известна классическая болевая форма. Тут, я думаю, проявления всем известны. Кому-то из рассказов, а кто-то и на своей шкуре почувствовал. Сильнейшие боли в загрудинной области, которые в отличие от болей при приступе стенокардии, не снимаются приемом нитроглицерина. Как говорят сами перенесшие эту адскую боль – «словно раскалённый лом в грудь вбили и вертят его». Для борьбы с болью порой приходится применять даже наркотики, которые, впрочем, далеко не всегда эффективны – оцени-

те, насколько сильная боль! Порой присоединяется одышка и это одышка не рефлекторная, как при стенокардии, а все гораздо хуже – появилась острая сердечная недостаточность, предвестник смертельно опасного осложнения – отек легкого. К счастью, это происходит примерно в 25-35% случаев при крупноочаговых поражениях. Почти всегда фиксируются те или иные виды аритмий. Падает артериальное давление и если до крайне низких цифр, то мы наблюдаем картину кардиогенного шока – ужаса кардиореаниматологов.

Иногда бывает так, что боль находится не там, где ей положено, а в области желудка. Причём даже часто сопровождается тошнотой и рвотой. Вот и госпитализирует неопытный или излишне самоуверенный врач такого больного в инфекционный стационар с диагнозом «пищевое отравление» или в хирургию с острым панкреатитом. Хорошо, если там разберутся! А если нет? Больной отправляется в места вечной охоты и на вскрытии обнаруживается инфаркт верхушки сердца. Человек умер от абдоминальной болевой формы ОИМ (от латинского *abdomen* – брюшная полость). Своим острым концом сердце прилегает к диафрагме как раз над желудком, от этого и симптоматика, схожая с желудочным расстройством. Ещё больше запутывает картину тошнота и рвота, рвота порой обильная, но не приносящая ни малейшего облегчения. Будь врач умнее, он просто, не заморачиваясь, снял бы ЭКГ, и всё сразу стало бы ясно – картина ОИМ на ЭКГ столь типична, что ее невозможно перепутать ни с чем. Сейчас не знаю, а в годы моей студенческой молодости увидеть его мог любой мало-мальски уважающий себя фельдшер. Поэтому действует приказ Минздрава, требующий при любых болях в животе снимать ЭКГ у всех пациентов старше 30 лет.

Есть и безболевые формы ОИМ. Именно они и являются причиной скоропостижной «коронарной смерти», когда человек гибнет столь внезапно, что никто не успевает ничего сообразить. Инфаркт обнаруживается только на вскрытии. Но такая картина, конечно, большая редкость. Всё



же какая-никакая клиника присутствует: слабость, общее недомогание, сильная усталость, сердцебиение, головокружение, неясная боль или дискомфорт в области сердца, небольшая одышка. Такая форма ОИМ как правило наблюдается у больных сахарным диабетом, так как у них снижена общая болевая чувствительность. Если у человека уже присутствует хроническая легочно-сердечная недостаточность, то может наблюдаться астматическая безболевого форма, основным проявлением которого служит сильнейшая одышка, переходящее в удушье. Одышка быстро прогрессирует, появляется влажный кашель и развивается отёк легких. Боли в груди может не быть или она выражена слабо. Так же существует церебральная безболевого форма, характерная для больных гипертонической болезнью. Тут картина походит на тяжёлый гипертонический криз, при котором бесполезны даже сильнейшие препараты против давления. Заподозрить церебральную форму можно после простого измерения артериального давления – общее плохое состояние больного никак не вяжется с относительно невысокими или даже нормальными цифрами.

Бывают и совсем уже интересные проявления ОИМ, об одном из них я обещал рассказать.

Как-то раз нам дали вызов: подавился мужчина. Мы поехали. Мы – то есть наш водитель, врач и я, студент-фельдшерёнок – приехали аккуратно на день варенья. Нас встречает виновник торжества, отмечающий свой юбилей. Кто больной, спрашиваем. Я больной, отвечает он. Вот как, значит. Ну давайте пройдем в комнату, расскажете. «Не знаю, говорит он, похоже, я чем-то подавился, посреди груди как ком стоит» И показывает на грудину. Ни болей, ни одышки – ничего. Пульс ритмичный, давление чуть повышено. Доктор мой – женщина опытная, прошедшая огонь, воду и медные трубы – командует: «Ложитесь, ЭКГ будем снимать. Андрей, налаживай аппарат». Ба, думаю, а это еще на хрена? Но много разговаривать на вызове второму номеру не рекомендуется и я без слов размотал длинные провода и наложил цветные «крокодильи». На ленте, полезшей из аппарата, ясно вырисовывалась типичная картина ОИМ, которую ни с чем не спутаешь. У меня глаза на лоб полезли: я об этом даже в учебниках не читал. В общем, доставили мы нашего инфарктника куда следует, как положено по стандартам – в лежачем положении, хотя он и не хотел: мол, сам дойду, не помираю, чай.

Но такие случаи, конечно же, редкость.

Первая помощь при подозрении на ОИМ в общем-то несложная. Надо знать, что самостоятельно вы не сможете определить – есть ОИМ или нет. Поэтому у вас получится только заподозрить.

Считается, что боль, продолжающаяся более 15 минут и не купирующаяся 2-3 кратным приемом нитроглицерина – верный признак ОИМ. Я же полагаю, что нет нужды ждать столько времени – достаточно убедиться, что боль в груди не проходит 2-3 минуты после 2-й таблетки (я уже писал, что больше двух таблеток с интервалом 3-5 минут давать не рекомендуется).

Если с вами или с вашими близкими случилась такая беда, то обеспечьте полный покой, желательно в лежачем положении. Если на улице – то в тени. Расстегнуть все сдавливающие места (ремень, воротник рубашки). Дать таблетку аспирина (напомню – побочным действием аспирина является увеличение времени свёртываемости крови и повышенная кровоточивость, поэтому он противопоказан людям с геморрагическими состояниями. В данном случае неприятный побочный эффект используется во благо). И срочно вызывайте 03. Так же будьте готовы к тому, что, возможно, придется проводить ПСЛР – первичную сердечно-легочную реанимацию.

Ну знаете, читатели, нам это еще в школе преподавали: «рот в рот» там, искусственный массаж сердца. В одной из следующих статей я расскажу об этом с точки зрения врача-практика, так как нас всех учили тому, как это должно быть в теории, а она порой решительно расходится с практикой.

На 2-3 сутки наступает подострый период, при котором острые явления проходят, уменьшаются или вообще исчезают боли. Но расслабляться рано: как раз этот период опасен наличием множественных осложнений, таких как мерцательная аритмия, аневризма сердца, могут быть ишемические инсульты – они происходят весьма часто именно в подострой стадии болезни. Так же другая не менее мерзопакостная гадость: синдром Дресслера, различные тромбоэмболии и «королева смерти» в подостром периоде – ужас врача – гемотампонада сердца, именуемая в народе «разрыв сердца». К счастью, эта пакость случается не часто и только при

трансмуральных инфарктах (это когда очаг поражения является «сквозным» – от внешней оболочки сердца до внутренней. Тоненькие плёночки эндокарда не выдерживают давления крови, рвутся и... В общем, штука препротивнейшая, finita la comedia наступает буквально в несколько минут – кровь из отверстия моментально заполняет перикардальную сумку и кранты...

После перенесенного ОИМ, если очаг поражения был достаточно обширен, развивается хроническая сердечная недостаточность, о которой я расскажу отдельно, со всеми своими прелестями: отеки на ногах, одышка, сердцебиение и пр. Могут быть аритмии, от относительно безобидных до опасных их разновидностей, всевозможные сердечные блокады и пр.

Диета после инфаркта для мужчин должна исключить фаст-фуд и прочую «мусорную» пищу. Переедание создает вредную нагрузку на сердце. Старайтесь питаться небольшими порциями, но почаще. Рекомендуется кушать 5-6 раз в день помаленьку. Очень полезна будет жирная морская рыба – она не содержит вредных жирных кислот и холестерина. Соленое из рациона лучше исключить. В идеале нужно готовить несоленую пищу и только при еде ее слегка присаливать, но я понимаю, что это вряд ли выполнимо. Лучше исключить грибы. **От алкоголя так же лучше отказаться**, но практики считают, что умеренное потребление сухого красного вина по 1-2 бокала в сутки не повредит. Но, повторяюсь, лучше, конечно, обойтись без этого. В рационе следует увеличить количество фруктов и овощей, содержащих клетчатку, витамины и минералы.

Профилактика ОИМ подразделяется на **первичную** и **вторичную**. Первичная направлена на то, чтобы не допустить возникновения инфаркта миокарда, а вторичная – на предупреждение повторения



сердечной катастрофы у тех, кто ее уже перенес.

ИТАК, ЧТО НЕОБХОДИМО?

1. Контроль массы тела. У людей, имеющих избыточный вес, нагрузка на сердце увеличивается, возрастает риск развития артериальной гипертензии и сахарного диабета.

2. Регулярные физические нагрузки. Физическая активность способствует улучшению обмена веществ, а следовательно, снижению массы тела. Доказано, что регулярные упражнения на 30 % снижают риск повторного инфаркта миокарда у тех, кто его уже перенес. Это не значит, что вам нужно интенсивно «бегать от инфаркта», как это пропагандировалось в советское время. Если заниматься физкультурой без ума, как это нередко у нас практикуется по сомнительным «методикам доктора Энглера» (кто в курсе, тот знает, что это за тихий ужас), то кроме вреда ничего себе не принесёшь. Все это нужно делать в тесном контакте с врачом.

3. Отказ от вредных привычек. Ну тут, думаю, ясно.

4. Контроль уровня холестерина в крови. Всем людям в возрасте старше 35 лет рекомендуется регулярно контролировать показатели липидного обмена, поскольку атеросклероз, развивающийся при его нарушении, является одной из основных причин возникновения болезней сердца.

5. Контроль артериального давления. При стойком повышении артериального давления выше 140/90 мм рт. ст. необходима его медикаментозная коррекция, поскольку при артериальной гипертензии нагрузка на сердце значительно повышается.

6. Контроль уровня глюкозы в крови. Это необходимо для выявления нарушений углеводного обмена и предупреждения сахарного диабета, при котором также возрастает риск возникновения ОИМ.

Ссылка на статью:
masculist.ru/blogs/user2652/serdce-noet-ibolit-prodolzhenie-2.html

СЕРДЦЕ НЕ СПРАВЛЯЕТСЯ



У многих из нас есть родственники пожилого возраста, которые жалуются на сердце. Среди прочих, надо сказать, стандартных жалоб, можно услышать жалобу на ноги – распухают, проклятые, ничего с ними не сделаешь, только мочегонные иногда помогают.

Смотришь порой – действительно, ноги отекающие, как две тумбы, порой огромных размеров подпорки странно не вяжутся с общей худобой и изможденным видом больного. Иногда они задыхаются, дышат с присвистом так, что не могут выполнять даже элементарную работу по дому. Тут не нужно быть светилом диагностики, чтобы сообразить, что у человека синдром хронической сердечной недостаточности. Я описал, конечно, запущенный случай, для создания нужного колорита, так сказать. Чаще всего нам встречаются люди с более-менее, если можно так выразиться, приличной картиной. Но и тяжелые случаи в медицинской практике вовсе не редкость, просто эти люди не ходят по улицам, им по квартире-то трудно предвигаться.

При хронической сердечной недостаточности (далее буду использовать принятую в кардиологии аббревиатуру ХСН) сердце, которое, как известно, служит мотором для перекачивания крови по сосудам, не справляется со своей задачей. Ведь количество крови в организме и его потребность в ней никто не отменял. Поэтому больному сердцу приходится работать все тяжелее и тяжелее и в один прекрасный момент оно надрывается. Оно, как дохлый барахлящий

насос, еле-еле гонит кровь по трубам – кровеносным сосудам. Если ближе к насосу давление в гидравлической системе более-менее держится, то чем дальше, тем оно ниже и на периферии падает совсем и жидкость перестает течь. Только если вода в водопроводных трубах остается на месте, трубы-то непроницаемые, то в организме человека не так.

Кровь, как известно, состоит на 90% из жидкой ее части – плазмы, и на 10% из форменных элементов – лейкоцитов там, эритроцитов и прочих кровяных клеток. Так вот если клеткам крови деваться некуда и они так и остаются в капиллярах, со временем образуя этакое «кладбище» – самый невообразимый конгломерат мертвых и анабиотических клеток в густой паутине фибриновых нитей, то благодаря тому, что осмотическое давление плазмы в среднем всегда выше, чем тканевой среды, плазма сквозь полупрозрачную по природе капиллярную стенку постепенно проникает в окружающие ткани и остается там – деваться-то ей некуда. Внешне это проявляется отеками ног, одышкой, а в тяжелых случаях – скоплением жидкости в брюшной полости. Возможно, таких больных кое-кому тоже доводилось видеть – огромный живот у истощенного человека.

Чаще всего ХСН развивается после перенесенного инфаркта. Дело в том, что на месте отмершего участка сердечной мышцы формируется рубец – «заглушка» из соединительной ткани, не способная выполнять функции сердечной мышцы. Если очаг поражения достаточно обширен, то ничего удивительного в том, что сердце со своими обязанностями не справляется – работать-то нечему, вместо сердечной ткани бесполезный рубец. Если у больного инфаркта не было, то наверняка у него есть та или иная форма стенокардии, при которой сердце постоянно испытывает кислородное голодание. И происходит процесс компенсаторной атрофии миокарда. То есть организм сам включает механизм уничтожения «лишних» клеток. Переутомленные, переполненные всевозможной гадостью, которая вовремя не выводится, неспособные выполнять возложенную на них функцию они становятся для работающего с перегрузкой органа обузой. И уничтожаются. Их место занимает та же соединительная ткань, правда, иной гистологической природы, не грубая рубцовая, а другая, но сути дела это не меняет.

Чаще всего кардиологи имеют дело с такой вот бедой, если сужены коронарные артерии. Вечный виновник этого – добрый старый атеросклероз, чтоб его... А саму болезнь, образовавшуюся в результате хронического атеросклеротического поражения сердечных артерий – кардиосклероз. Он бывает трех видов – атеросклеротический (о нем и речь), постинфарктный (тут ясно) и миокардитический. Последний развивается в результате перенесенного миокардита – воспаления сердечной мышцы и встречается не так уж редко, причём преимущественно в молодом возрасте. Бывает и так, что ХСН развивается не из-за поражения артерий, а из-за тяжелого порока сердца и других хворей. Ф. Углов в «Сердце хирурга» красочно описал типичную клиническую картину тяжелого ХСН у молодого парня, больного слипчивым перикардитом. Кому интересно – рекомендую прочитать, не пожалеете.

Кардиосклероз – третья форма ИБС. Как вы помните, камрады, о первых двух я рассказывал в предыдущих статьях. Конечно, нельзя рассматривать все виды ИБС изолированно, они почти всегда сочетаются и переходят из одной в другую. Не будем углубляться в малоизвестные даже мне тонкости патогенеза болезни и сразу возьмем быка за рога, то есть перейдем к симптоматике. Опять же все упростив, в реальности все, конечно, сложнее.

Нередко болезнь протекает бессимптомно, если поражен незначительный участок сердечной мышцы. Можно прожить всю жизнь с наличием вот такой гадости в сердце, определяемой только на ЭКГ и умереть от перепоя в 100 лет. В литературе описан парадоксальный случай про одного австралийца (не знаю уж, насколько это правда), который отродясь не жаловался на сердце и дожил до 90 лет. В день своего юбилея дедушку, вдребезги пьяного, черти занесли на какой-то мост, с которого он благополучно чебурахнулся и утонул в реке. При вскрытии патологоанатом потерял дар речи – с таким сердцем, как у усопшего, жить невозможно: почти вся мышечная ткань отсутствовала, и сердце напоминало твердое нечто, проросшее волокнами соединительной ткани.

Ну да не будем байки травить. Поговорим о земных вещах, которые могут произойти с каждым.

ПЕРВАЯ СТАДИЯ, ОНА ЖЕ КОМПЕНСАТОРНАЯ ИЛИ НАЧАЛЬНАЯ

Человек чувствует себя неплохо, ну, по крайней мере, не хуже, чем обычно. Единственное, что его беспокоит – это появляющаяся одышка после физической нагрузки. Причём она появляется исподволь, на фоне как бы полного здоровья. Сначала одышка незначительная, но потом, с течением времени, нарастает. Более внимательный человек заметит, что ему в конце трудового дня обувь кажется тесной. Но все эти неприятности быстро проходят после отдыха. Так же одновременно могут отмечаться стенокардитические боли, пока слабовыраженные. Или предвестники. А могут и не отмечаться – это уж как повезет.

Тем и коварна первая стадия ХСН, что мужчины на нее как правило внимания не обращают. В отличие от женщин. По многим причинам, я их неоднократно перечислял, не буду повторяться.



ВТОРАЯ СТАДИЯ ИЛИ СТАДИЯ СУБКОМПЕНСАЦИИ

Самочувствие больного ухудшается, но пока еще не особо значительно. Больной себя чув-

ствуется комфортно только в покое. Появляются головные боли (но стоит отметить, что голова у многих болит и без этого), учащаются или усиливаются головокружения, возможны обмороки. Одышка и отеки появляются при совсем уже незначительном напряжении или не исчезают вообще. Отеки локализуются на ногах и склонны подниматься выше. Это отличие сердечных отеков от почечных, последние имеют нисходящий характер, спускаются от лица. Как распознать наличие отека? Достаточно нажать пальцем на подозрительное место так, как показано на картинке и там останется хорошо видная ямка, впоследствии исчезающая. Так же усиливается одышка, не исключено, что в некоторых случаях появится влажный кашель, никакого отношения к простуде и заболеваниям легкого не имеющий, т. н. «сердечный кашель». Его главное отличие от лёгочного заключается в том, что он возникает на высоте одышки, когда человеку буквально дышать нечем, а тут еще кашель привязался. Со стиханием одышки исчезает кашель. Если же кашель остаётся постоянно – то это плохой признак, говорит об ухудшении состояния. Если же появляется такой нехороший симптом как цианоз – синюшность кожи – то это говорит о нарастании сердечной недостаточности и прогрессирующем ухудшении общего состояния. Нарушен сон – больной постоянно сонлив, но ночью уснуть не может, нередко из-за приступов аритмии и одышки.

Вторая стадия делится на две разновидности – клинически выраженную и тяжёлую.

В первом случае больной еще способен выполнять хоть какую-то работу, хотя бы даже по дому и обслуживать себя, во втором же он не может даже этого.

Именно на этой стадии и регистрируется наибольшее количество инфарктов и прочих сердечных неприятностей. Так как человек отказывается признавать себя больным и по старой памяти старается что-то делать. Причём нередко не соизмеряя напряженность и тяжесть работы со своим теперешним состоянием. Или ударяется в другую крайность – вообще перестает активничать, боясь сделать что-то не так. Последнее характерно для мнительных личностей, особенно если они начитаются в интернете всякой ерунды или наслушаются от соседей случаев с братьями жен друзей, произошедших при царе-горохе. В этом случае сердечная катастрофа может произойти совершенно внезапно, без видимых причин, например, при

просмотре современных новостей по телевизору. Оно и понятно – сердце обленилось, ослабло, не желает приспособливаться к лишней нагрузке и дает сбой...

ТРЕТЬЯ СТАДИЯ ИЛИ ДЕКОМПЕНСАЦИЯ, ОНА ЖЕ КОНЕЧНАЯ

Зрелище в высшей степени печальное. Больной абсолютно беспомощен, ему присваивается (по крайней мере должна присваиваться) группа инвалидности и требуется уход посторонних лиц. Малейшее движение или нервное напряжение вызывает приступ сердечных болей, аритмий, кашля с одышкой или подъема давления. Кровоснабжение тканей нарушено настолько, что постепенно отказывают внутренние органы. Цианоз и одышка беспокоят человека даже в состоянии полного покоя. Он вынужден проводить в сидячем положении весь день, так как в положении лежа одышка увеличивается, и даже спать может только сидя. Увеличиваются печень и селезенка. Отеки распространяются на всю нижнюю часть тела, в тяжелых случаях жидкость скапливается в брюшной полости. Или в совсем уже плохих случаях даже в плевральной, это последнее можно называть прощальной песней – бедолаге недолго осталось...

Наличие пролежней – обычное дело. Вообще-то пролежни – это всегда, подчеркну, ВСЕГДА показатель плохого ухода за больным. Но в нашем случае допустимо сделать послабление. Из-за того, что кровоснабжение внешних тканей (кожа, мышцы) из рук вон плохое, то ничего удивительного, что даже при отличном уходе просто невозможно уследить за появлением трофических язв. Нередко диагностируются нарушения деятельности головного мозга – по той же причине. В общем, что рассказывать, врагу не пожелаешь оказаться в таком состоянии...

Лечение, как вы понимаете, проводит врач-кардиолог. Используются различные перпараты – мочегонные для ввода излишней жидкости и разгрузки сосудистого русла, препараты наперстянки (старый добрый дигоксин), они же сердечные гликозиды, которые усиливают силу сердечных сокращений и урежают их ритм, и многие другие. Совместно с этим проводится лечение основного заболевания и воздействие на имеющиеся симптомы – одышку, аритмию и проч.

Но это прерогатива врача.

ЧТО НАДО ДЕЛАТЬ ОБЫЧНОМУ ЧЕЛОВЕКУ?

1. Ни в коем случае не отказываться от физических нагрузок. Конечно, никто не будет советовать больному подтягиваться на турнике или тягать гантели. Но посильные нагрузки еще никому и никогда не вредили.

2. Ограничить, а по возможности вообще исключить из рациона соленое. Соль задерживает воду в организме, поэтому ее употребление нужно если не прекратить, то ограничить.

3. Строго учитывать количество потребляемой и выделяемой воды. То есть, говоря по-научному, «осуществлять контроль за диурезом». Несмотря на загадочность фразы, сия процедура несложная.

Как она проводится? Берется лист бумаги и делится на две части. Одна часть озаглавляется «выпито», другая «выделено». В «выпито» фиксируется вся жидкость, которую ваше величество изволило употребить – вода, чай, супы. В «выделено» – всё, что вы обычно выпускаете в унитаз. Только тут надо сначала измерить – сколько мочи вышло. По прошествии 24 часов раздельно суммируете «выпито» и «выделено». Вычисляете, сколько процентов выделено от выпитого. Если у вас с мочой вышло 75% от того, что вы употребили, то поздравляю вас – жидкость в организме не задерживается. Погрешность может быть в пределах 1–3%, так как вода выделяется еще и через легкие, кожу и прямую кишку, а поступает, к примеру, с фруктами, что, понятное дело, учесть невозможно.

Попробуйте на досуге, это и в профилактических целях полезно.

4. Курение и алкоголь – ну вы поняли...

5. Питание должно включать в себя легкоусвояемые белки. Так как деятельность желудочно-кишечного тракта в той или иной степени нарушена, то даже привычная много лет пища может вызывать несварение. Очень полезны свежие овощи и фрукты – у таких больных всегда нарушен минеральный и витаминный обмен. Жиры, в том числе растительные, разумеется, надо уменьшить. Для мозга полезны будут легкие углеводы в виде обычного сахара, в меру, конечно. Чай некрепкий, с лимоном, кофе лучше не пить.

Под конец статьи хочу сказать о правильном применении мочегонных. Мой опыт показывает, что многие люди, к сожалению, понятия не имеют, как их надо правильно принимать.

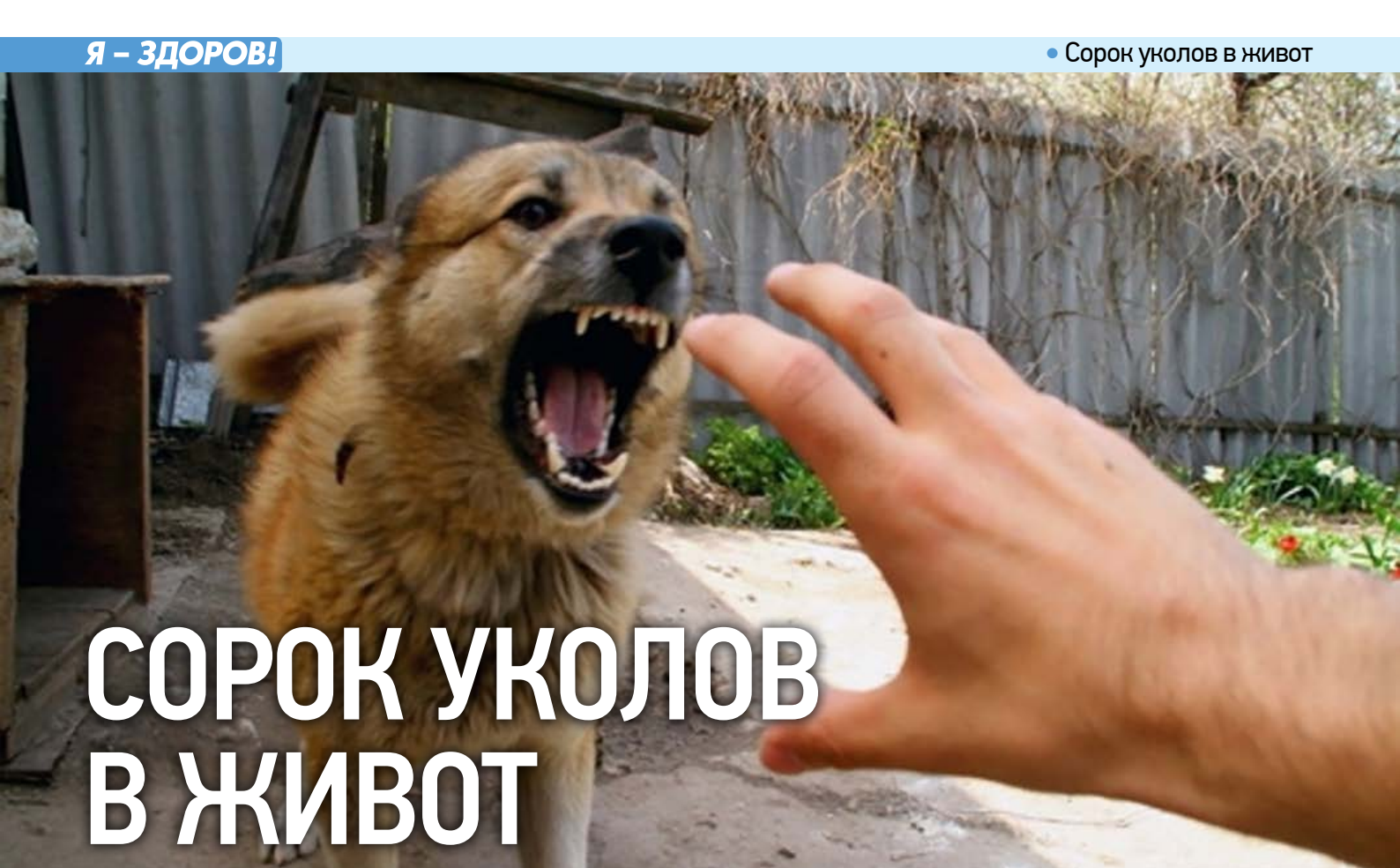
Любое мочегонное, даже самое «ласковое», нарушает электролитный обмен. Как правило, страдает калиевый, такие препараты как фуросемид прежде всего выводят из организма калий, в меньшем количестве магний. Что отражается на сердце, и так больном, а в плохих случаях возможно развитие т. н. гипокалиемии – очень грозного и непредсказуемого осложнения. Поэтому совместно с мочегонными назначают калийсодержащие. Среди них наиболее известен аспаркам – такие большие белые таблетки, выпускаются по 50 шт. в упаковке. Его принимают 3 раза в день. Первым признаком недостатка калия являются судороги икроножных мышц по ночам. Неспецифический симптом, конечно, но если вы еще к тому же по собственной инициативе не принимаете какие-то таблетки, кажущиеся вам лишними, то это повод задуматься. Конечно, понятно, что вам и так много назначили и лишний раз принимать ещё какие-то невзрачные «совковые» таблетки неохота, но деваться-то некуда! Все случаи гипокалиемии, которые мне доводилось увидеть в бытность свою на «Скорой» – это как раз результат своевольничанья.

На этом позвольте закончить серию статей о кардиологии. Конечно, охвачено далеко не всё, что заслуживает внимания, объять необъятное невозможно. Я коснулся именно ИБС – самого настоящего бича современных мужчин, по причинам смерти оставившего далеко за кормой пресловутую онкологию. Попытался осветить столь сложную проблему в максимально простом и понятном для рядового читателя ключе, что было, надо признаться, было довольно нелегко.

В общем, как сумел – так и сделал.

Ссылка на статью:
masculist.ru/blogs/post-4259.html





СОРОК УКОЛОВ В ЖИВОТ

Среди моих многочисленных детских воспоминаний есть одно. Меня, пятилетнего мальчугана, бабушка оттаскивает от дворового щенка и ругает: «Андрюша, не трогай незнакомых собак, а то они тебя укусят и будут делать сорок уколов в живот». До моего сознания не доходила эта перспектива, поэтому я упорно продолжал трепать бабушкины нервы, глядя ластившихся ко мне собак. Ни одна не укусила и уколов делать не пришлось, ни сорок, ни десять и вообще ни одного. Но не всем так везло.

Уже в школе одноклассника укусила собака и мы с разинутыми ртами слушали его страшилки про те самые сорок уколов. Хороший он был рассказчик, умел врать, а нам по шесть-семь лет было. Потому неудивительно, что мы с испуганным интересом, развесив уши, внимали его побасенкам про «та-акой большой шприц и игла с два пальца, такой большой укол». Хотя уже в то время такое варварство отменили (по-моему, в начале 80-х, но я не уверен).

До сих пор жива эта байка и, собственно, на этом знания о бешенстве у многих людей заканчиваются. Мне доводилось слышать и читать в интернете абсолютную бредятину, которую увлечённо постят диванные врачи. По большому счёту чёрт с ними, пусть пишут, коли охота, но ведь бешенство – это не грипп, от которого можно спастись лекарствами. Бешенство до сих пор – **неизлечимая** болезнь и коли у человека появились характерные симптомы – пиши пропало...

Бешенство (на языке божественной латыни оно звучит «rabies») – это вирусное заболевание ЦНС. Сопровождается психиче-

скими нарушениями, судорогами, параличами и всегда приводит к смерти от паралича дыхательных мышц. Оно уже давно известно человечеству (упоминается еще в египетских папирусах), но спасительное средство от него найдено сравнительно недавно – около 150 лет назад. Луи Пастер разработал вакцину и впервые успешно применил ее 6 июля 1885 года, спасая мальчика, укушенного больным волком. А три месяца спустя из лап смерти был вырван 15-летний Жан Жюпиль, который был страшно испуган стаей собак; впоследствии все животные умерли от бешенства.

Бешенство не является специфически человеческой инфекцией, им болеют все теплокровные существа, в том числе и птицы. Путь заражения один – попадание вируса в кровоток через раны. Наиболее опасной в плане инфицирования средой, настоящим биологическим оружием, является слюна, в меньшей степени моча и говорят, будто бы вирус может выделяться еще со слезами. Правда, он неустойчив во внешней среде, при нагревании до 600 погибает за 2 минуты, но

времени проникнуть в кровь через укушенную рану ему хватит. Вирус там оказывается с невероятной быстротой. Ранее практиковались прижигания укушенных ран калёным железом, но это не особо спасало положение. Попав в кровь, он проникает в нервные окончания и уже по ним распространяется дальше. В нервах нет лейкоцитов, которые могли бы обезвредить пришельца...

Как вы знаете, в основном источник заражения – собаки, преимущественно сельские бобики и жучки. За ними идут лисы, далее следуют кошки и волки, а замыкают цепочку птицы. Не исключены случаи заражения от домашнего скота. Стоит учесть, что животное становится опасным за 3–10 дней до появления у него симптомов. Кстати, зверю необязательно кусать вас. Достаточно заразной слюне попасть на кожу – вирус проникнет через микротравмы кожи, которые есть у всех. Укусы в руки или в голову наиболее опасны.

Инкубационный (скрытый) период составляет в среднем от 30 до 50 дней, но в отдельных случаях (к примеру, обширные или множественные укушенные раны) он может уменьшиться до 10 дней, либо увеличиться до года. Причём чем дальше место укуса от головы, тем длиннее инкубация.

ПЕРВАЯ СТАДИЯ, ОНА ЖЕ СТАДИЯ ПРЕДВЕСТНИКОВ НАЧИНАЕТСЯ ТАК, ЧТО НЕ СРАЗУ И ПОЙМЕШЬ, В ЧЁМ ДЕЛО

Головные боли, недомогание, усталость, боли и першение в горле, небольшой подъем температуры (не выше 37,5), несильный кашель наводят на мысли о лёгкой простуде. Но обращают на себя внимание странные ощущения в области раны, пусть даже она и успела полностью зажить: чувство тянучести, зуд, жжение, непонятные ноющие боли. Стоит сказать, что местные проявления могут быть незначительны и их запросто можно пропустить. Такое состояние длится 1–2 дня. Позже появляются первые признаки поражения нервной системы – нарушение сна, подавленное или, наоборот, ненормально возбужденное состояние, необъяснимый страх, раздражительность, странные перепады настроения. Ближе к концу стадии предвестников (она длится 2–3 дня) могут появляться расстройства восприятия – галлюцинации либо навязчивые

иллюзии. Иллюзия от галлюцинации отличается тем, что больной видит по-настоящему существующие предметы, но принимает их за что-то другое. К примеру, висящий на вешалке халат он принимает за стоящего человека. Единичные иллюзии бывают и в норме, так что если у кого-то из читателей было что-то подобное, то не пугайтесь.

ВТОРАЯ СТАДИЯ – ВОЗБУЖДЕНИЕ

Синонимом бешенства является термин «водобоязнь» и он как нельзя кстати отражает симптом, крайне характерный для этой хвори, при наличии которого ошибиться невозможно. Что это значит? Не то, чтобы больной испытывает страх перед водой, просто он не может пить. При попытке отхлебнуть воды у изнывающего от жажды человека довольно болезненно сжимаются мышцы гортани и глотки, перехватывает дыхание, а судороги распространяются на мышцы дна рта, языка и нижней челюсти, отчего лицо больного искажается, как бы разъезжается. Словами это не выразишь. Я, будучи студентом на практике, как-то видел в окошечко инфекционного бокса эту картину. Зрелище, доложу я вам, не для слабонервных. Одна девчонка из нашей группы в натуральный обморок грохнулась. Это, правда, не всегда бывает такое, в литературе сказано, что нечасто, но нам вот показали. То же самое, но в меньшей степени, не так страшно, как в первый раз, я четыре года назад увидел у 7-летнего малыша, которого мама-антипрививочница, начитавшись интернета, по сути отправила на тот свет...



В дальнейшем патологический рефлекс в виде судорог закрепляется настолько, что беднягу корёжит уже не только при звуке льющейся воды, а и при просто слове «вода». У больного обильно выделяется слюна, но так как он не может ее проглотить, то куда-то есть силы, он ее сплёвывает, а когда они пропадают, то слюны текут по подбородку, как водопад. Периодически, и чем ближе к концу, тем чаще, продолжительнее и тя-

желее у человека возникают приступы помешательства: только что спокойно сидевший безучастный человек внезапно вскакивает, начинает дико орать что-то нечленораздельное, бесцельно носится по помещению, все вокруг сшибает, ломает, крушит, под влиянием устрашающих галлюцинаций может напасть на рядом находящихся людей или пытается от кого-то бежать, налетая на стены. При этом силища у него поистине как у стада мамонтов – в одиночку удержать невозможно. Приступ заканчивается так же внезапно, как и начался, человек ведет себя вполне адекватно, извиняется за плохое поведение и даже может рассказать о своих галлюцинациях. Стадия возбуждения длится 2-3-4 дня и сменяется паралитической стадией.

ПАРАЛИТИЧЕСКАЯ СТАДИЯ

Тут, кажется, больному лучше становится. Непосвященный человек даже обрадуется. Пропадают приступы буйства, водобоязнь и несчастный наконец-то может напиться вволю. Но слюна продолжает обильно стекать, больной слаб настолько, что до туалета дойти не может. Начинаются параличи. Сначала парализуются мышцы возле места укуса, затем (если укус был в конечность) повисает рука-нога, потом (больной к тому времени находится в коме) параличи распространяются на все тело. Незадолго до смерти повышается температура до 40-42°, через два-три часа останавливается дыхание. Даже если умирающего успеть перевести на искусственное дыхание, то это только продлит агонию – смерть обязательно наступит при явлениях быстро прогрессирующей острой сердечной недостаточности и отека легких. Последняя стадия редко превышает один день. Так что весь период заболевания от начала первых признаков до смерти не превышает одной недели. Но порой диагностируется и молниеносное течение, когда человек сгорает буквально за 1-2 сут. при явлениях острого вирусного менингита.

В 2005 году появились сообщения о том, что 15-летняя американка Джина Гис смогла выжить после заражения вирусом бешенства без вакцинации, когда лечение было начато уже после появления клинических проявлений. При лечении она была введена в искусственную кому, и затем ей были введены иммуностимуляторы и противовирусные. Метод базировался на предположении, что вирус бешенства не вызывает необратимых поражений ЦНС, а вызывает лишь временное расстройство ее функций, и, таким

образом, если временно «отключить» большую часть функций мозга, то организм постепенно сможет выработать достаточное количество антител, чтобы победить вирус. После недели нахождения в коме и последующего лечения Гис через несколько месяцев была выписана из больницы без признаков поражения вирусом бешенства. Этот метод получил название «метод Милуоки», по названию города, в котором это происходило. Тем не менее, все последующие попытки использовать тот же метод на других пациентах не привели к успеху. Сообщается так же, что всего 9 человек сумели-таки остаться на грешной земле после заболевания.

Так что, господа антипрививочники, если после неприятной встречи с собакой, решившей вами отобедать, вы решите стать десятым, то воля ваша, как говорится, кто не рискует, тот не пьет шампанского. Вот вам отличный способ обосновать свои убеждения на практике. Ну как, после прочитанного готовы рискнуть?

ДОПУСТИМ, ВАС ВСЁ ЖЕ УКУСИЛИ. ЧТО ДЕЛАТЬ?

1. Немедленно промыть место укуса холодной водой с мылом. Холодная вода ослабит боль и уменьшит кровотечение. Мыть надо долго, не менее 10 минут, а если рана глубокая, то можно промыть тонкой струёй воды из шприца. Вирус не любит мыльную среду. Прижигать йодом или зеленкой я не рекомендую. Все равно толку тут, поверьте мне, чуть – в собачьей пасти настоящий рассадник микробов и укушенная рана, как тщательнее ее не обрабатывай, полюбому воспалится. Так что даже если вы сделали всё правильно, а укус все-таки покраснел и загноился – не спешите откладывать кирпичи.

2. При обращении к врачу в травмпункт вас спросят, где и когда это с вами случилось, известна ли вам собака, кто ее хозяин, похожа ли она на бродячую или нет, не показалось ли вам ее поведение странным, была ли она в ошейнике и куда она потом делась. Все эти сведения передаются в ветеринарную службу, которая обязана организовать поиск животного и обследовать его на бешенство. Не знаю, правда, насколько ветеринары успешно это все проведут, но я при поступлении укушенного спрашиваю именно это.

3. Если у вас есть сертификат прививок, то захватите его с собой. Дело в том, что

бешенство бешенством, но возможность заражения ко всему прочему столбняком никто не отменял. Так что вам предложат вакцинацию АС-анатоксином. Это всего один укол под лопатку. Столбняк – заболевание не менее «приятное», чем бешенство, так что «думайте сами, решайте сами», как в песне поётся.

Теперь поговорим об **антирабической вакцинации**. Есть разные схемы применения препарата, они зависят от тяжести травмы и возможной степени инфицирования (ослушение, неглубокий укус, глубокий укус, рвано-скальпированный укус, одиночный, множественный) и решать на этот счёт будет врач.

КЛАССИЧЕСКИ, В НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ СЛУЧАЯХ, ЭКСТРЕННАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ТАК:

- День обращения;
- 3-й день
- 7-й день
- 28-й день
- 90-й день – необязательно, но желательно.



Препарат вводится в плечо. Если имеются противопоказания (аллергия, некоторые заболевания нервной системы или если вы ранее еще от чего-то прививались и прошло менее месяца), то вас будут лечить иммуноглобулином.

На время вакцинации и спустя 6 месяцев после нее забудьте про алкоголь, придется потерпеть. Ага, ага, вас глаза не обманули, шесть месяцев. Здоровее будете. Кроме того нельзя переутомляться, переохлаждаться или, наоборот, перегреваться. Во время прививок необходимо тщательно следить за состоянием здоровья. И при любых жалобах на ухудшение состояния, хотя бы даже при простуде, необходимо обратиться к врачу, а он временно прервет курс. **Только после обследования невропатологом и терапевтом решается вопрос о продолжении прививок.**

Существуют две отечественные вакцины от бешенства: культуральная антирабическая вакцина (КАВ), она же известна под названием «Рабивак» и концентрированная культуральная антирабическая вакцина (КоКАВ). Последняя лично мне нравится больше и если есть возможность выбрать, то прививайтесь

ею, она лучше по всем параметрам. Не пожалеете. Из импортных в России разрешена французская вакцина «Верораб» и немецкая «Рабиपुर». Отличный эффект дает иммуноглобулин французского производства «Имогам-Раж». Он вводится один раз совместно с любой вакциной и показан в том случае, если есть риск заражения – к примеру, животное неизвестно, вело себя подозрительно или известно, что погибло, а так же при обширных или множественных ранах.

Конечно, при вакцинации возможны и побочные эффекты в виде местных реакций в виде болезненности, отека и уплотнения, увеличения лимфоузлов, общего недомогания, слабости, головной боли, повышения температуры. Но мне почему-то кажется, что лучше это, чем умереть от бешенства.

Теперь пару слов о том, какое поведение собаки или иного животного должно вас насторожить. Оно кажется излишне ласковым, до навязчивости, постоянно лижет ваши руки, обувь или предметы или даже покусывает их. Отмечается обильное слюноотделение, животное тяжело дышит даже в прохладную погоду. Может вести себя неадекватно: лает, к чему-то прислушивается, озирается по сторонам. Обычную пищу есть отказывается, но жадно заглатывает несъедобные предметы. Постоянно больное животное грызет и чешет место укуса. Общий вид собаки становится каким-то зачуханным, неухоженным. Она старается забиваться в темные углы.

Приходящие из дикой природы больные лисы совершенно не боятся человека, ластятся к нему, лижут, но могут внезапно укусить. Бешеные волки смело заходят в лесные посёлки и беспричинно кидаются на людей и скотину. Птица, пораженная бешенством (в городе это чаще всего ворона) может вдруг напасть на вас и довольно чувствительно поклевать.

Законом предусмотрена обязательная антирабическая вакцинация всех домашних животных. Прививка проводится не реже одного раза в год. В случае нападения на человека и отсутствия свидетельства о прививке животное изолируется на срок не менее 10 дней и наблюдается ветеринаром.

По крайней мере по закону должно быть так, насколько это выполняется в реальности – не знаю.

Ссылка на статью:
masculist.ru/blogs/post-4276.html



**В рабочий полдень я проснулся стоя.
Опять матрац попутал со стеной.
Я в одиночку вышел из запоя,
Но - вот те на! - сегодня выходной.**

А. Башлачев

БЕССОННИЦА ПОСЛЕ ЗАПОЯ

Ну что, камрады, злоупотребляем? В запой уходим?

Нет? Да прямо так и нет!.. Ну хорошо, нет так нет, ваше дело. На нет и суда нет. Тогда вам это будет неинтересно.

А если все же есть и вы грешите этим делом, то знаете, какие последствия сулит выход из этого малопочтенного состояния. Я тоже знаю... Тихо, не кидаться помидорами! Ну грешен, грешен, было дело... Как вам не стыдно! :)

Ну ладно, шутки в сторону. Поговорим серьезно и о вещах серьезных. Весь интернет заполнен советами и рекомендациями из серии «как выйти из запоя». Среди них встречаются как вполне грамотные советы, так и откровенно дурацкие. Я не стану сейчас описывать и критиковать все имеющиеся методики, это займет невероятное количество времени. Тем более, что даже среди наркологов нет единого мнения, как правильно вывести человека из запоя. Официальные же

рекомендации скворцовского Минздрава и стандарты лечения я даже рассматривать не желаю – это, граждане, поэма в прозе из серии «Нарочно не придумаешь». Я хочу рассказать об одном весьма небезопасном симптоме подострого абстинентного синдрома (именно так по-научному звучит состояние «завязки»). **Это бессонница.**

Те, кто переживал это состояние, знает, насколько оно мучительное. Уснуть после запоя – нешуточная проблема. Человек чувствует, что хочет спать, он спит на ходу или целый день клюет носом, но стоит ему лечь в постель, то начинается суший ад. Мысли роем гудят в голове, причем одна мысль черней другой, и пока не станет хотя бы немного спокойней, заснуть не удастся, хоть ты сто тысяч овец насчитаешь. Если днем еще что-то может отвлечь, то ночью наваливается все то, о чем днем нет времени думать. Депрессия жуткая, с которой может сравниться разве что конец света. Бедолага не может уснуть, несмотря на все старания. Или все же засыпает, но ненадолго, неглубоко и такой сон не прино-

сит никакого облегчения. Порой он просыпается в холодном поту из-за кошмарных сновидений. Такое состояние может продолжаться и две, и три, и четыре ночи. Часто человек, утомленный бессонницей, когда уже нет сил терпеть все эти страдания, вскакивает и среди ночи направляется за выпивкой.

Почему же так происходит? Придется немного влезть в биохимию и патологическую физиологию, иначе читателю будет непонятно.

Вопреки распространенному мнению, алкоголь, попавший в организм, не распадается полностью. Вернее, конечно распадается, но не так, как вы, читатель, возможно, полагаете. 5% этанола выводится в неизменном виде с мочой и выдыхаемым воздухом, а обезвреживание остальных 95% берет на себя многострадальная печень – полезнейший орган-работяга, который мы так не ценим. Печенью вырабатывается фермент **алкогольдегидрогеназа (АДГ)**, который и расщепляет этиловый спирт. Расщепляет, правда, не полностью.

Под воздействием этого фермента происходит следующая химическая реакция:



В переводе с химического на русский, в присутствии свободного, не связанного с молекулами гемоглобина, кислорода крови, который в небольшом количестве есть в ней всегда, этанол окисляется и превращается в ацетальдегид и воду с выделением небольшого количества энергии. Ацетальдегид – это яд, относящийся к токсинам высокой степени опасности (он токсичнее этилового спирта в 25-30 раз), он еще и канцерогенен вдобавок. Именно он представляет основную опасность пьянки, а вовсе не этанол, как многие думают. Из-за него и наблюдаются основные симптомы похмелья – головную боль, обезвоживание, сухость во рту, учащенное мочеиспускание и проч. Дело в том, что организм пытается пожарными методами во что бы то ни стало снизить концентрацию яда и вывести его ко всем чертям. От этого-то и наблюдается пресловутый «сушняк». Потому и тянет в туалет с непреодолимой силой. А вы думаете, откуда берется то самое сердцебиение и похмельные аритмии (мне доводилось их наблюдать, выезжая на «Скорой» на похмельные вызовы)? Сердце старается как можно быстрее прогнать через печень и почки как можно большее количество отравленной крови. Но вместе с ядом одновременно вымы-

вается столь необходимый сердцу калий, о его исключительной важности для миокарда я писал в серии статей, посвященных кардиологии. На это обменные системы организма не реагируют на это, как армия, находящаяся в смертельном бою не реагирует на потери. Стоит неотложная, экстренная задача – вывести, за кратчайшее время вывести максимально возможное количество этого страшного яда!

Не весь ацетальдегид получается вывести и с помощью другого фермента, **ацетальдегиддегидрогеназы (АДДГ)**, он превращается в гораздо менее токсичную уксусную кислоту (да, ту самую, которую мы применяем для консервации). Уксусная кислота химически нестойкая и уже бесферментно распадается до углекислого газа и воды. Конечно, на самом деле процесс распада алкоголя более сложный, но все тонкости вряд ли будут интересны читателю.

Если такой ужас творится в организме взрослого человека, то уму непостижимо, что происходит в еще неокрепшем организме ребенка, которого в жопу бухие «онижематери» кормят «пьяным молоком», если у кого оно еще сохранилось. Но там детского организма достигает хотя бы малая часть употребленного мамахой алкоголя. А если беременная! Алкоголь спокойно проходит через плацентарный барьер и плод на равных пьянствует вместе с «онажебеременной». И ведь какая-то тварь запустила в интернет брехню о том, что, оказывается, бросать курить и пить беременной матери... **вредно**, мол для мамино организма это, извольте ли видеть, нешуточный стресс. Башку бы оторвать этой падали, которая такое написала!!!

Эх, да что там говорить...

А теперь представьте, что будет, если человек пьет напропалую. Процесс окисления ацетальдегида более длительный, чем уксусной кислоты и даже этилового спирта, и с поступлением все новых и новых доз алкоголя он просто не успевает окислиться и вывестись. Его концентрация в крови растет и растет. Кровь человека превраща-



ется в настоящее ядовитое сусло. Подавляющее большинство причин похмельных смертей – это как раз состояния, вызванные острым отравлением ацетальдегидом. И одним из его симптомов как раз и является та самая пресловутая бессонница.

Итак, что же мешает человеку уснуть?

Перечисляю клинические разновидности абстинентной бессонницы:

А) НИКТОФОБНЫЙ ТИП

Наиболее тяжелая и опасная разновидность бессонницы. Если больному удастся задремать, то его мучают бесконечные навязчивые кошмары, от которых он просыпается. Его охватывает беспричинный страх перед всем, чем только можно – перед грядущими проблемами, которые предстоит разгребать, перед дальнейшей жизнью, в совсем запущенных случаях – страх смерти, страх темноты, страх сумасшествия. Страхи могут быть как постоянными, так и приступообразными. Нередко бывает, что человек вскрикивает от накатившей на него волны безотчетного и беспричинного ужаса, беспокоит окружающих, а потом с бормотанием «все нормально... все хорошо...» погружается в мучительную кратковременную полудремоту, пронизанную яркими, бессвязными и кошмарными сновидениями. Самое страшное, что именно эта разновидность бессонницы нередко является начальной стадией острого алкогольного делирия (белой горячки) и других алкогольных психозов.

ВАЖНО! Если у вас именно такой вид бессонницы, то лучше будет, если вы обратитесь к специалисту. Все это свидетельствует о сильной интоксикации организма, с которой он не может справиться сам. При этом неважно, что вы пили, сколько времени и в каком количестве. А так же не имеет значения, что вы пили хороший коньяк неделю, а сосед Вася самогон месяц хлестал, и он спит, как зарезанный, а вы нет. У соседа Васи уже выработался антитоксический иммунитет, а у вас его нет. Поэтому вы перенесете гораздо меньшие дозы хорошего алкоголя хуже, чем Вася-алкаш ведро поганой бормотухи.

Б) ГИПОСОМНИЧЕСКИЙ ТИП

Тут дело обстоит легче. Правда, подобное состояние даже трудно назвать сном. А дрема, как правило, все равно сопровождается желанием

выпить. Обычно при этом в полости рта наблюдается постоянная сухость. Кроме того, в подобном состоянии возникает повышенная чувствительность к громким звукам и яркому свету. Такая раздражительность сильно осложняет засыпание. Здесь вы сможете обойтись без специализированной помощи, если, конечно, твердо решили не продолжать праздник души.

В) СОМАТОГЕННЫЙ ТИП

Здесь вам мешает уснуть не столько психическое состояние, сколько телесный дискомфорт: тошнота, боли в суставах и мышцах, сердцебиение, потливость, жажда, да и просто, как говорится «черт его знает, что мешает».

Если даже окончательно закончить пьянку, то такое состояние продлится от двух до пяти дней, в зависимости от степени интоксикации. Это опасно тем, что увеличивает и так уже имеющееся истощение нервной системы. Головной мозг и весь организм в целом практически не отдыхает. Поэтому приведенная выше классификация условна – одна форма может легко перейти в другую. Именно бессонница является основным патологическим фактором подострой абстиненции. Остальное плохо или хорошо можно перенести, не особо заморачиваясь.

Что же делать, как уснуть?

Наиболее распространенная ошибка – это поглощение различных снотворных лекарств: барбитуратов, транквилизаторов или антидепрессантов. Как самое простое и доступное принимают корвалол. На мой взгляд делать этого не стоит. Прочитайте его состав. В числе всего прочего там содержится фенобарбитал (1,8%) и водно-спиртовая смесь в виде основы. Отличное сочетание – барбитурат со спиртом (это кроме того, что еще в крови остался) – прямо-таки коктейль суицидника. Скажете, его там мало? А вам, находящемуся в состоянии абстиненции и полного разлада антиоксических защитных систем, много и не надо. Тем более, если учесть, что для достижения желаемого результата вам необходимо принять гораздо большую, чем среднюю терапевтическую, дозу лекарства. И еще не факт, что подействует. Конечно, если жахнуть себя лошадиной дозой успокаивающего, то вы уснете, но вдобавок к имеющемуся в крови природному яду добавите еще один – фармакологический. Такой сон может только ухудшить ваше состояние. Тем более, что он неестественный, непродолжительный, по времени будет ограничен временем действия лекарства. Оно вам надо?

Поэтому постарайтесь прибегать к снотворным только в крайнем случае и после консультации с врачом. Постарайтесь, насколько возможно, уснуть без них. Остановить свой выбор медикаментов для нормализации сна лучше на не столь эффективных, но более безопасных препаратах: сухой экстракт валерианы или пустырника в таблетках, грандаксин, биотредин, глицин, мексидол, ново-пассит. Все это продается без рецептов в любой аптеке.

Можно обойтись и без лекарств - в домашних условиях для этого чаще всего применяются всевозможные бабушкины методы (разумные, конечно, без фанатизма). Но даже при использовании самых щадящих методик не исключено обострение состояния после длительного запоя.

Для достижения самого быстрого положительного эффекта потребуется как можно скорее вывести из организма всевозможную ядовитую гадость, которую вы напихали в него во время продолжающегося веселья. В простейшем случае для этих целей следует пить как можно больше чистой воды (от 3 трех литров и больше в течение суток). В нее можно добавить порошок регидрона (продается в аптеке). Хорошо помогает некрепкий сладкий чай с лимоном. Стоит следить за диурезом, так как при выраженной интоксикации может быть кратковременное нарушение функции почек.

Также рекомендуется специальная диета богатая витаминами и минералами, поэтому наладить в домашних условиях правильное и здоровое питание тоже важное условие. Отличный, прямо-таки реанимирующий, эффект оказывает квашеная капуста с минеральной водой, желательно с той, которая продается в аптеках, а не в супермаркетах. Помогает баня, сауна – еще в царской России перепивших нещадно парили в банях. Но стоит помнить, что одним из симптомов абстиненции является повышенное артериальное давление. Понижая концентрацию ацетальдегида, организм перегружает водой сосудистое русло, от этого увеличивается объем циркулирующей крови и, следовательно, повышается артериальное давление. Поэтому абстиненция наиболее опасна для гипертоников своими последствиями – инфарктом, инсультом и прочими радостями. **Так что про кофе придется временно забыть.**

Поэтому перед походом в баню следует измерить себе давление и если оно окажется повышенным или пониженным даже незначительно – то ни о какой бане не может идти и речи. И даже



если вы все же решили туда пойти, то не стоит там париться до седьмого пота. Достаточно просто пропотеть как следует; опять же не увлекаясь и следя за своим состоянием. Отличный успокаивающий эффект дает контрастный душ. Помогают так же расслабляющие ванны с морской солью, ароматными добавками и маслами лаванды, мяты и др. Только смотрите не усните в воде, со мной раз такое было, я чуть не захлебнулся. Постарайтесь насколько это возможно не курить. Никотин сужает сосуды, поднимая давление и вместе с этим депрессивное состояние только усилится. Уснуть становится еще большей проблемой.

И помните золотое правило, что болезнь легче предупредить, чем лечить. Поэтому не скатывайтесь в запой, не пейте много.

А лучше не пейте совсем.

Ссылка на статью:
masculist.ru/blogs/post-4331.html

НА ТРИ МЕТРА ПРОТИВ ВЕТРА



Осень... Самая пора сбора и поедания урожая, выращенного тяжелым трудом на своих шести сотках. Дары осени продаются сейчас на каждом углу в большом количестве и за копеечную цену – кушай не хочу. Арбузы, дыни, помидоры, зелень, персики, абрикосы, яблоки и прочие овощи-фрукты. Домашние молочко, творожок, сметанка. А так же рыба, раки, мясо, сало, про грибы я вообще молчу... Лепота, одним словом.

Все бы хорошо, да вот досада – все эти вкусные и полезные вещи облюбовали своим местом жительства невидимые глазу живые организмы. От того, что их видно только в микроскоп и там они вовсе не имеют устрашающего вида (нет у них ни рогов, ни клыков), эта мелкота не становится менее мерзопакостной. Прямо как в поговорке: мал клоп, да вонюч. Эти сволочи в сотни раз меньше самого невзрачного клопишки, а вреда от них больше, чем от целого табуна самых прожорливых клопов тропических широт. Пока мелкие паршивцы не попали в наш организм, они ведут себя прилично, но стоит им влезть, куда их не просят, то начинается самая веселуха. Для них, как вы понимаете, веселуха, а не для нас, нам-то как раз не до веселья, когда паршивцы начинают барагозить в наших внутренностях. Имя паршивцам легион, их довольно много и названия у них самые разнообразные: от красиво звучащего «золотистый стафилококк» до противного «синегнойная палочка». Возбудителями боезни могут быть так же различные вирусы: энтеровирус, ротавирус и прочие.

Понос всем известен, кого-нибудь хоть раз в жизни да прохватывало до холодного пота. Мало кто из нас задумывается о его причине, если это произошло однократно. Ну пронесло и пронесло, думают многие, важно восседая на фаянсовом троне, подумаешь, проблема. Если уж совсем, что называется, достало, то применяют домашние средства: слопают таблетку левомицетина, заглотают пять-шесть таблеток угля, а то и хряпнут водки с солью, без затей. И невдомек, что это как раз одно из проявлений **пищевой токсикоинфекции**, которую как раз и вызывает вся эта многогранная мерзопакостная микрофлора. Потому-то и помогает однократный прием малой дозы антибиотика левомицетина. А активированный уголь поглощает то небольшое количество токсинов в кишечнике, которого

достаточно для появления легкого поноса. Для столь легко протекающей формы заболевания (по-научному она называется **абортивной** или **стертой**) рвота не характерна, а боли в животе или так же отсутствуют, или не выражены.

Но нередко бывает и так, что понос изнуряющий, непрекращающийся, нередко с кровью, зеленью или зловонным запахом. Рвота многократная, истощающая. Температура тела повышена, сильно болит живот. Общее состояние – краше в гроб кладут, как говорится. Человеку постоянно хочется пить, слизистые сухие, голос порой садится, но стоит выпить воды – она моментально вылетает обратно со рвотой.

В народе такое состояние называется «пищевое отравление», хотя это неправильно. Отравление – это патологическое состояние, вызванное воздействием постороннего химического агента, а тут мы имеем дело с инфекцией. Типичный пример классического пищевого отравления – отравление грибами.

Если в случае отравления опасности можно ждать откуда угодно, со стороны любого органа и системы (в зависимости от того, что это за яд), то инфекция угрожает организму опасностями со стороны желудочно-кишечного тракта, среди которых главные – это интоксикация и обезвоживание.

Дело, понятно, не в названии, но все же следует отличать одно от другого, так как если с инфекцией так или иначе можно справиться самостоятельно, то при отравлении вы вряд ли обойдетесь без квалифицированной медицинской помощи. И опять же – далеко не всегда и далеко не со всякой инъекцией вы справитесь самостоятельно. К примеру, такая штука, как ботулизм хоть и относится к инфекциям, но только

горе тому, кто самонадеянно решится лечить эту болячку дома. Ну а если уж «повезло» подхватить, к примеру, брюшной тиф, то согласитесь, это надо быть совершенно безбашенным, отчаянной душой, чтобы с этим остаться в родных стенах. Или ненавидеть медиков больше, чем любить себя.

Классические бактериальные токсикоинфекции, как и положено любой уважающей себя заразе, имеют инкубационный (скрытый) период. У них он всегда короткий – не более суток. Затем начинается классическая картина – рвота, понос, разлитая боль в животе, интоксикация и обезвоживание.

РАЗБЕРЕМ КАЖДОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ В ОТДЕЛЬНОСТИ ПОПОДРОБНЕЕ

1. РВОТА. Сильная, многократная, изнуряющая, после приступа рвоты наступает временное облегчение. Рвет остатками пищи, позже водянистая с кислым вкусом. Тошнота не прекращается ни на минуту, нередко сопровождается болезненными спазмами в области желудка, икотой, отрыжкой.

2. ПОНОС. Такой же изнуряющий, как и рвота. Порой даже не знаешь, каким концом поворачиваться к фаянсовому другу – так часто чередуются приступы рвоты и поноса. Порой льется как из ведра («кубыть прохудился я, лилось как из куршивого гусенка: кажин секунд» – жаловался один шолоховский персонаж. Правда, дед Щукарь всего лишь обожрался вареной грудинки от молодой телки, но картина примерно та же). Каловые массы могут иметь в себе сгустки слизи, непереваренные пищевые остатки, кровь, зелень, мелкая пена, темные вонючие комочки. Специфический вид «малинового желе» имеют каловые массы при амёбной дизентерии. Запах до того ужасающий, что сам по себе вызывает приступы тошноты, а тут еще тошнота от болезни...

3. БОЛИ И ВЗДУТИЕ В ЖИВОТЕ. «Как огнем горит» – говорят больные. Боли разлитые, приступообразные, позже становятся постоянными. Иногда они связаны с приступами рвоты и поноса, иногда нет – по-разному. Локализуется боль преимущественно в средних или нижних частях живота, на первых порах в области наибольшего поражения. К примеру, для дизентерии характерна боль в области левого подвздошья, выше левой паховой складки. Именно там расположена сигмовидная кишка – излюбленное место жительства дизентерийной шигеллы. Порой

больные жалуются на ощущение распирания изнутри – кишечник переполняется газами.

Но это, откровенно говоря, не столько патологические симптомы, сколько реакция организма на болезнь – таким образом он пытается вывести из себя болезнетворного агента. Рвотные и каловые массы от такого больного – это прямо-таки рассадник болезнетворных микробов, в них содержится гигантское количество высоковирулентного возбудителя. Недаром еще во время средневековых войн и войнушек калом заболевших заражали водоемы и колодцы на территории противника. Понятия не имея про микробов, средневековые врачи тем не менее просекли, какая среда является наиболее опасной. Жаль только, что они не могли втолковать вшивому и грязному европейскому люду про необходимость чистоты тела, да к тому же и сами служители клизмы и ланцета порой выглядели не лучше...

Рвота с поносом ладно, это еще можно пережить. Но вместе с ними имеются признаки интоксикационного и дегидратационного синдромов.

1. ИНТОКСИКАЦИЯ. Так как в желудочно-кишечном тракте идет воспалительный процесс, то неудивительно, что организм реагирует на него соответствующей симптоматикой: слабость, головокружение, потливость, повышение температуры тела. Правда, температура никогда не поднимается очень высоко, исключение – вирусные кишечные инфекции (вроде «кишечного гриппа», который к гриппу имеет такое же отношение, как самолет к опилкам). Так же в кишечнике за короткое время скапливается большое количество ядовитых гнилостных газов – кадаверин, сероводород, метилмеркаптан. Они образуются и в норме, именно они и придают кишечным газам и калу привычный нам запах. Но если у здорового человека они успешно выводятся, то при болезни они выводиться просто не успевают. И всасываются через кишечную стенку в кровоток. Что усиливает интоксикацию организма.

2. ОБЕЗВОЖИВАНИЕ ИЛИ ДЕГИДРАТАЦИЯ. Это, пожалуй, самый неприятный и даже грозный симптом кишечной инфекции. Все дело в том, что с рвотой и поносом из организма выводится большое количество жидкости вместе с электролитами (учитывается сочетание солей натрия, калия и магния). Различают три вида обезвоживания – вододефицитное, соледефицитное и изотоническое, но эти тонкости вряд ли будут кому интересны. Тем более, что отличить один вид от другого на начальных стадиях болезни даже врачу визуально невозможно. Больного беспокоит сильная нарастающая жажда,

которую он никак не может утолить, сколько бы воды не пил. Слизистые сухие, язык, кажется, царапает небо, появляется ощущение песка в глазах, обусловленное высыханием конъюнктивы. Мочеиспускание становится редким, моча густая, темная и резко пахнет аммиаком. В тяжелых случаях моча пропадает совсем (крайне опасный симптом, говорящий о нарастающей почечной недостаточности), снижается артериальное давление, появляются признаки угнетения нервной системы вплоть до комы.

В целом, я думаю, картина ясна, не такое уж это редкое заболевание и о его проявлениях так или иначе многие знают. Я бы вообще не стал на эту тему писать статью, если бы за всю свою практику не убедился, что даже при такой распространенности всевозможных разновидностей кишечных инфекций и обилии информации о них люди допускают поразительные по степени невежества ошибки, нередко фатальные. Так же порой забывают, что это инфекционные заболевания, то есть способные передаваться от человека к человеку, причем непосредственно. Многие из нас тщательно моют яблоко, сорванное с дерева? В лучшем случае оботрут о штаны или окунут в бочку с талой водой, побултыхают в ней – и в рот. Все моют руки после туалета? Что, прям все-все-все? Хотелось бы верить, да вот только что-то не получается. Ну а про личностей, которые съели припахивающий творог только оттого, что «жалко, ведь деньги плочены», я вообще не говорю, это уже классика.

Итак, вас все же угораздило слопать инфицированный продукт. Прошло некоторое время и вы ощутили у себя все «прелести» болезни.

ЧТО ДЕЛАТЬ?

Прекращать у себя тошноту, рвоту и понос, как это делают многие, в высшей степени неразумно. Это, конечно, реально сделать. Разумеется, надолго и полностью остановить это не получится. Но вот нужно ли вообще пытаться? Не забывайте



– с рвотными и каловыми массами из организма выходят не только болезнетворные микробы, но и остатки несвежей пищи, гнилостные газы, токсические вещества и прочая гадость, которая организму в данный момент нужна меньше всего.

Так что первым делом промойте себе желудок. Не нужно пугаться этой процедуры, хотя она и в высшей степени неприятная. Вам не придется глотать никакого шланга. Самостоятельно промыть желудок можно общеизвестным «два пальца в рот». Для этого необходимо приготовить раствор из любого слабого антисептика вроде фурациллина или бледно-розового раствора марганцовки (правда, сейчас ее в аптеках не продают, но мало ли, вдруг достанете где). Если этого ничего нет, то можно применить раствор соды (1 ст. ложка на 1,5 – 2 л воды) – бродильные и гнилостные процессы в желудочно-кишечном тракте дают слабоокислую среду. Если ничего нет – то и простая вода сойдет. Промывать желудок следует, выпивая большими глотками не менее литра воды и тут же опорожнившись. Повторять до чистых промывных вод – из вас на первых порах польется такая гадость, что хоть святых выноси.

Раствор для промывания надо приготовить заранее в количестве 8–10 литров. Он обязательно должен быть теплым (температура – 35–37° С), замедлить перистальтику кишечника, что затормозит продвижение токсичных веществ по желудочно-кишечному тракту.

Промыв желудок, надо принять любой энтеросорбент. Среди них наиболее известен активированный уголь. Теоретически можно лопать в любом количестве – в организме он не всасывается, но практически считается, что в дозе 1 таблетка на 10 кг массы тела. Уголь лучше принимать в виде водной взвеси: таблетки растолочь и выпить, смешав со 100 гр. воды. Штука получится препротивнейшая, но эффективная и к тому же простая и дешевая. Отличный эффект дают другие сорбенты: «Смекта», «Лактофильтрум», «Энтеросгель» и другие. После промывания желудка рекомендуется четырехкратно каждые 15 минут принимать энтеросорбент, запивая его кипяченой водой.

Почему-то широко распространено мнение, что помогают очистительные клизмы, с ними ухитряются вводить разные лекарства. Правда, они потом обратно вытекают. Сразу скажу – это бред собачий. Никакая очистительная клизма не достанет даже сигмовидной кишки, не говоря уж о более высоких отделах, к тому же клизмы вообще противопоказаны при острых энтероколитах.

Следующий шаг – это борьба с обезвоживанием. На этом моменте остановимся подробнее, так как многие понятия не имеют, как это делать правильно.

Пить надо много. Но не литровыми кружками – вода все равно не удержится и выйдет со рвотой. Общее количество выпиваемой воды – 2-3 литра. Пить в малом количестве – 100-150 г. через каждые 15-20 мин. Так вода успеет быстрее всосаться. Если под руками нет вообще ничего, то пойдет и простая кипяченая вода, но лучше все-таки в ней что-нибудь развести. Из аптечных средств давно и прочно себя зарекомендовали «Регидрон», «Оралит», «Дисоль», «Кристаллит». Если их нет, то можно растворить 1 чайную ложку соли и 2 чайные ложки сахара в литре воды и принимать в дозе 10 мл/кг массы тела. Ну а если у вас каким-то чудом оказался под руками отвар сухофруктов – то это вообще подарок: оказывает прямо-таки волшебное средство на обезвоженный организм.

Не стоит принимать обезболивающие и спазмолитические средства до разрешения врача. Хотя они и показаны. Придется потерпеть. Вы можете смазать клиническую картину, а под пищевые токсикоинфекции нередко маскируются атипично протекающие острые хирургические болезни брюшной полости (особенно у детей, дифференциальная диагностика болей в животе у малышни – это мой кошмар) или абдоминальная форма инфаркта миокарда.

В принципе, легкие и среднетяжелые формы токсикоинфекций можно лечить амбулаторно. Но это на усмотрение врача, к которому необходимо обратиться сразу после начала заболевания. Так как то, что я уже написал – это всего лишь первая помощь, этим себя не вылечишь. В арсенал лечения входят антибиотики, витамины, бактериофаги, сульфаниламиды, спазмолитики и прочее.

ВАЖНО!

Если во время амбулаторного лечения у вас в течение 2-3 дней держится температура, наблюдается головная боль, боли в мышцах, суставах, у вас обильное потоотделение, появилось ощущение удушья, уменьшилось количество мочи, появилась отечность лица, рвота и понос не прекращаются, то врач вам предложит госпитализацию. Не отказывайтесь! Описанная картина говорит о начинающихся осложнениях, которые на первых порах можно предотвратить. Так же следует поступить, если заболевание продолжается свыше двух недель. Это говорит о затяжном течении болезни, которая вполне может перейти в хроническую форму со всеми вытекающими последствиями.

Разумеется, о лечении детей, пожилых и ослабленных больных в домашних условиях не может идти речи. Думаю, ясно, почему.

Под конец немного скажу о диете во время заболевания. Первые сутки, а то и двое придется поголодать. Есть нельзя вообще ничего – воспаленная слизистая нуждается в покое. Да вам и не до еды будет. На второй или третий день можно позволить себе кисель, сухари (без мака, изюма, ванили и каких-либо других добавок), а также жидкое картофельное пюре или геркулесовую кашу, приготовленные на воде, протертые овощные супы с рисом, слизистые отвары, постепенно расширяя меню. Больному рекомендуется пить кипяченую воду, некрепкий сладкий чай, ягодные морсы, кисели. Газированные напитки, особенно сладкие, запрещены. Ну и понятно, что до полного выздоровления надо избегать маринованных, острых, соленых и копченых продуктов.

Есть еще один деликатный вопрос, который почему-то обходят стороной. Куда девать рвотные и каловые массы? Сразу в унитаз?

Теоретически можно, но не забывайте, что во время болезни вы представляете собой сущий источник заразы и все, что вы извергаете из себя – это настоящее биологическое оружие. Достаточно нескольких капель, нехоти попавших на пол, мебель или постельное белье, чтобы заразились ваши близкие, особенно дети. Поэтому вам придется обзавестись персональным ведром с крышкой для этих дел. Понятно, что если в доме есть маленькие дети, то к этому ведру их нельзя подпускать даже близко. Да и взрослым родственникам не рекомендуется. После использования не поленитесь залить свои извержения крутым раствором хлорки или любого другого дезинфицирующего вещества, их сейчас много продают в магазинах. Заливать надо полностью и выдержать какое-то определенное время для полного обеззараживания. Затем можно и в унитаз. Это, конечно, необязательно, просто подумайте о других людях, проживающих в вашем доме, которые могут от вас хватануть инфекцию.

И не забывайте золотое правило профилактики, касающегося мытья всего и вся. В том числе рук после туалета и перед едой, фруктов и овощей.

Ссылка на статью:
masculist.ru/blogs/post-4413.html

ПСА – ЧТО ЭТО И С ЧЕМ ЕДЯТ?

Ответ на вопрос «что называют вторым сердцем мужчины?» полагаю, знают все. Предстательная железа, она же простата – непарный орган, состоящий из железистой и гладкомышечной ткани непрямого вида. На перевернутый каштан похожа.



Расположена она сразу под мочевым пузырем, а за ней находится прямая кишка. На анатомическом препарате не представляет собой ничего особенного, но всем известна ее исключительная важность для мужского здоровья. Именно секрет предстательной железы придает сперме ее слизисто-жидкий вид. Без него сперматозоиды нежизнеспособны – после того, как они покидают извитые каналы яичек, они полностью зависят от окружающей среды, весьма неласковой к ним. Секрет простаты является средой обитания сперматозоидов, а так же их «столовой». Сокращения мышц простаты как раз и обеспечивают ощущения оргазма совместно с эякуляцией. На головке полового члена находятся т. н. «рецепторы начала», рецепторы главной мужской эрогенной зоны и на них начинается рефлекторная дуга, посредством которой спинной мозг дает гладкой мускулатуре простаты команду запуска сложного нейрогуморального механизма мужского оргазма.

Все помнят ощущение облегчения и расслабления, наступающего после полового акта и успешного оргазма. Это частично связано с тем, что секрет простаты проникает в кровь и оказывает нормализующее действие на кровеносные сосуды и нервную систему. Волшебное действие он оказывает на многострадальные вены малого таза, не только расширяя сосуды, но и улучшая качество самой крови.

Я не помню с какого года, но в программу диспансеризации взрослого населения с некоторых пор стал входить обязательный анализ крови на ПСА. Его проводят всем мужчинам старше 40 лет.

Об этом последнем достижении диагностики мы и поговорим.

В последнее время витрины частных клиник пестрят объявлениями типа «берем кровь на ПСА». Эта загадочная аббревиатура расшифровывается как «**простатоспецифический антиген**», который называют «маркером рака проста-

ты». Это не совсем так, сей антиген имеет более широкое значение.

Вообще-то ПСА в норме входит в состав секрета железы. Сам по себе, по своим химическим свойствам, он является ферментом, обеспечивающим разжижение семенной жидкости. Попадает он и в кровь и даже способен определяться там, поэтому не стоит думать, что наличие его в анализе говорит о чем-то страшном. Только некоторые его разновидности могут вызывать незначительный иммунный ответ, так как они идентифицируются организмом как чужеродное вещество. И вот они-то и определяются лабораторными методами.

ПСА способен сам по себе повышаться даже в норме. К примеру, уровень зависит от индивидуальных различий в массе предстательной железы. Простата больших размеров может вырабатывать больше ПСА. Кроме этого, важен возраст каждого пациента, ведь количество ПСА с возрастом постепенно увеличивается. Повышение может быть спровоцировано механическим воздействием, например, ездой на велосипеде.

Но все же чаще количество ПСА увеличивается во время болезней – аденома простаты, простатит, инфекция мочевыводящих путей. Ценнейшим открытием андрологии явилось то, что резко увеличенный ПСА при отсутствии других симптомов может быть первым признаком развивающегося рака предстательной железы.

К сожалению, как и многие болезни, рак простаты значительно помолодел. Но для мужчин старше 50 лет это самая настоящая, вполне реальная угроза. По общемировой статистике у 70% диагноз ставится на третьей, а то и на четвертой стадии, когда сделать уже ничего нельзя или очень трудно. Привычные нам методы – пальцевое обследование и УЗИ – мало-мальски заметные результаты дают как раз в таких случаях: когда опухоль разрастется и захватит не только окружающие лимфоузлы, но и прорастет в ближайшие органы...

В патологической анатомии есть такое понятие: «carcinoma in situ». Переводится как «рак на месте». Клиницисты это явление называют «раком I степени», хотя, на мой взгляд, название не совсем корректно. В организме имеется островок атипичной ткани, рост которой сдерживается иммунной системой. Внешне это никак не проявляется, человек чувствует себя абсолютно здоровым. Но стоит иммунитету ослабеть (в результате тяжелой простуды, сложной операции и проч.), то очаг «carcinoma in situ» вырывается из-под контроля и начинает расти, как гриб под дождем. Мировая онкология сейчас озабочена поисками наиболее простых и доступных методов диагностики «carcinoma in situ».

Анализ крови на ПСА как раз и является одним из таких способов. Резкое и необъяснимое увеличение его титра – первый и пока единственный диагностический признак «carcinoma in situ» в ткани простаты. Анализ крови из вены сдавали все и анализ на ПСА ничем не отличается от анализа на биохимию, глюкозу и прочее. Разве что методикой определения.

Как уже было сказано выше, анализ обязателен для мужчин старше 40 лет. Но мое мнение – уже с 30 лет надо проверять титр ПСА, и не раз в год, как рекомендует Минздрав, а раз в полгода. Чрезмерный прирост уровня простатспецифического антигена за один год является показателем того, что есть риск развития рака предстательной железы. Такой анализ вы можете сделать в любой платной клинике без особых проблем.

Тут есть один важный момент. Когда вы обратитесь для сдачи анализа, вам предложат сдать сразу два анализа – на «свободный» и «связанный» ПСА. Оплата, конечно, по двум пунктам прайс-листа. К примеру, когда я в сентябре сдавал кровь на это дело, с меня взяли по 250 рублей за каждый, со скидкой, разумеется, как медработнику сотрудничающей государственной клиники (мы там ежегодные профосмотры проходим). Не отказывайтесь, это вовсе не значит, что ушлые эскулапы вас разводят на бабки. Просто-напросто вычисляется процентное соотношение свободных и связанных фракций и картина более точная.

Среди причин повышения уровня ПСА в начале заболевания можно отметить нарушение функции клеток предстательной железы, повышения проницаемости кровеносных сосудов. Все

в совокупности приводит к избыточному количеству выделяемых специфических веществ из простаты во внеклеточную среду. Опухолевые клетки могут синтезировать ПСА в меньших количествах, по сравнению с нормальными тканями. В связи с этим, тест можно назвать специфическим для нормальных тканей предстательной железы, но не для раковых опухолей. Увеличение опухолевых клеток оказывает большое влияние на производство ПСА, в результате чего результаты лабораторного анализа могут меняться.

Но анализ на ПСА необходим не только для ранней диагностики рака простаты. С помощью этого метода можно выявить начинающийся застойный простатит, отдифференцировать опухолевые процессы железы, ну и так же контролировать эффективность лечения некоторых заболеваний, в частности тот же рак. Сами видите, насколько это важный анализ для мужчины!

ВАЖНО!

Если у вас появляется частое мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, отмечаются проблемы с эрекцией и сексуальным влечением, имеются боли в промежности, то вам прямая дорога в процедурный кабинет с соответствующим направлением!

ТЕПЕРЬ О ПОКАЗАНИЯХ СОДЕРЖАНИЯ ПСА В КРОВИ

Физиологическая норма не более 4 нг/мл. Нормальное соотношение ПСА свободный/ПСА общий = 12-100%. Считается, что снижение свободного ПСА ниже 9% является сигналом тревоги и требует дальнейших обследований.

Взятие любого анализа требует той или иной подготовки и анализ крови на ПСА не является исключением. Перед его сдачей в течение суток вам нужно отказаться от жирной пищи. За полчаса следует избегать физических нагрузок и курения. После полового сношения придется подождать не менее 3-4 дней. Стоит помнить, что отрицательный результат анализа не может полностью исключить воспалительного процесса.

Сделайте анализ, камрады. Ведь не секрет, что болезнь легче предупредить, чем лечить.

Ссылка на статью:
masculist.ru/blogs/post-4544.html

ГЛАВНАЯ ПРИЧИНА

МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Мужское бесплодие... Не один брак распался именно по этой причине. Не один мужчина в отчаянии покончил с собой, ощущая на себе презрение окружающих («неполноценный!»). А уж каким инструментом для и без того обширного арсенала женских манипуляций является случившаяся с мужчиной беда! Хотя при сложившемся положении вещей в матриархальном мире относительно семьи и детей это, может, не так уж и плохо... Тьфу, типун мне на язык! Видимо, ситуация и действительно совсем хреновая, коли уж мне, врачу, на ум лезут подобные мысли...

По разным данным, оно встречается у 10-12% мужчин и причины его весьма и весьма разнообразны. Это могут быть врожденные анатомические дефекты, генетические нарушения, некоторые заболевания эндокринной сферы, в том числе протекающие с нарушением гормонального статуса, последствия травм и тяжелых операций, пахово-мошоночные грыжи, последствия воспалительных болезней мужской половой сферы (простатит, уретрит, цистит, орхит и пр.). Также свою лепту вносит злоупотребление алкоголем (про наркотики вообще молчу), хронические стрессы, в которых в той или иной степени живет почти каждый современный мужчина, вредные условия труда (воздействие ионизирующих излучений, перепадов внешней температуры, приводящие к переохлаждению либо к перегреванию, работа на химических предприятиях и т. п.). Репродуктивная сфера – область деликатная, нежная, ранимая и повредить ее легче, чем разбить кирпичом хрустальную вазу.

И все-таки, все-таки... Все это, разумеется, важные факторы, веские причины. Но они, как ни странно, даже собранные все вместе не являются главной причиной бесплодия. Да-да, это так. Видимо, оттого, что мужчины инстинктивно защищают интимные части своего тела, стараясь сохранить их в целости. Но есть одна штука, от которой защититься невозможно. Никак. Вообще никак. Сама по себе эта вещь неопасная, от нее за всю историю человечества даже инвалидом никто не стал, но именно в этом заключается ее ко-

варство. Считается, что именно эта напасть является виновницей 50% случаев мужского бесплодия.

А ведь ее можно поймать еще в пацаньячем возрасте, когда юнец еще даже не мечтает о детях. Мечтает, и то не всегда, только о женщинах. Порой мечтает тайком, запершись в туалете, чтобы мама не спалила. Недаром приказом Минздрава № 1346н в стандарт профосмотра 14-летних подростков введено обязательное УЗИ наружных половых органов. От которого мальчишки нередко легкомысленно отказываются, что неудивительно – в поликлиническом звене педиатрической службы редко встретишь мужчину. И зря. Потому что если верить статистике все чаще и чаще выявляется такой недуг, как **варикоцеле**.



ЧТО ЭТО ЗА ЗВЕРЬ ТАКОЙ?

Так называют варикозное (мешкообразное) расширение вен яичка и семенного канатика. Оно наблюдается не только у подростков, но и у взрослых мужчин, просто его в силу разных причин легче всего выявить именно в 14-15 лет, в период полового созревания. Оно зачастую приводит к нарушению подвижности сперматозоидов, снижению функций яичка и сопровождается высокой частотой бесплодия. Главным патогенетическим фактором бесплодия при варикоцеле является венозный застой или даже обратный кровоток в поврежденных венах, что приводит к нарушению местной терморегуляции и перегреванию ткани яичка.

Болезнь начинается бессимптомно. В принципе, при огромном желании, применив высокоточные методы диагностики, хворь можно увидеть и в совсем детском возрасте, лет так в 8-10, кстати, в 6% случаев так и происходит. Но мало кто этим будет заниматься, да и, пожалуй, не всякий детский хирург возьмется оперировать в столь юном возрасте – последствия самые непредсказуемые и по закону подлости выявиться могут они через несколько лет, когда выросший мальчик решит обзавестись детьми. Так что при внимательном отношении к репродуктивному здоровью своего сына первые симптомы родители обнаруживают как раз в 13-15 – летнем возрасте. В эти годы варикоцеле наблюдается у 10-16% подростков, так как быстрый рост половых органов, зачастую сочетающийся с большой физической нагрузкой (вспомним, что в эти годы множество пацанов хотят стать спортсменами), провоцирует начало заболевания. Подросток жалуется на непонятные тянущие боли в области одного (процесс почти всегда односторонний, в подавляющем большинстве случаев слева) яичка, мошонка может быть несколько увеличена или опущена с одной стороны. Болевые ощущения усиливаются при физической нагрузке, тяжелой работе, длительной ходьбе, а у взрослых – еще и во время полового акта. Можно увидеть непонятную синеву кожи мошонки. При напряжении живота можно прощупать увеличенные вены, но лучше не переоценивать свою чувствительность – адекватно прощупать может

только специалист. В запущенных случаях узловидно увеличенные вены можно увидеть визуально, когда больной стоит спокойно, не напрягаясь.

Бывает и врожденное варикоцеле, обусловленное анатомическими дефектами урогенитальной венозной сети, но это реже.

Не буду углубляться в особенности патологии болезни, вряд ли это интересно рядовому читателю. Отмечу лишь, что столь нежное и деликатное место весьма и весьма чувствительно к различного рода перегрузкам. А по моим наблюдениям, варикоцеле как раз обнаруживается у тех подростков, из которых родители маниакально пытаются вырастить звезду мирового спорта, при этом напрягают пацана, не считаясь с его физическими возможностями. Тут почти 100% вероятность. Особенно это заметно у мальчишек из «бабьих ям», мамы, бабушки и прочие родственницы которых действуют по принципу «мужчина должен терпеть». В своем по-бабьи эгоистичном желании иметь сына-чемпиона, которого покажут по телевизору, они буквально изнуряют подростка, доводя его до седьмого пота изнурительными тренировками по каким-то садистским «методам американских спецслужб». Результат почти всегда печален и варикоцеле – еще не самое плохое последствие «спортивного воспитания»...

СУЩЕСТВУЮТ ЧЕТЫРЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

I степень – нет никаких внешних проявлений, расширение вены определяется только методом УЗИ или доплерографии;

II степень – расширенные вены прощупывается в положении стоя при напряжении мышц брюшного пресса;

III степень – расширенные вены легко прощупываются в положении как стоя, так и лежа

IV степень – вены видны невооруженным глазом. Они напоминают сеткообразное мягкое на ощупь бугристое безболезненное опухолевидное образование сбоку и чуть сзади мошонки.

Одно хорошо – болезнь редко прогрессирует. Как правило, в какой степени заболе-

вание выявлено, на такой и остается в дальнейшем. Но, к сожалению, репродуктивная функция остается в опасности вне зависимости от степени тяжести – к тому возрасту, в каком обычно у людей появляются дети уже может сформироваться полноценное и, что самое страшное – НЕОБРАТИМОЕ бесплодие. Ткань яичка к тому времени уже будет безнадежно повреждена.

Самое поганое – даром, что процесс односторонний, страдает и второе яичко, расположенное на другой стороне. Просто это не так заметно. Ведь сосудистая система яичек не изолирована друг от друга! На «здоровой» стороне болезнь протекает медленнее, вот и все...

Лечение только хирургическое, не помогут никакие мази, таблетки, массажи и уж тем более опрыскивания святой водой и прочие благоглупости. Хотя в литературе сказано, что I степень можно лечить консервативно, но я лично такого никогда не видел, возможно, потому, что в такой стадии как правило болезнь никто не лечит. Операцию следует проводить незамедлительно. Конечно, гнать лошадей не стоит, но и затягивать тоже не следует. В подростковом возрасте физиологическое полнокровие вен яичка усиливается варикозом и оперировать куда легче, чем в детстве или в более взрослом возрасте. Гораздо ниже риск осложнений.

На сегодняшний день чаще всего применяется четыре метода хирургического вмешательства. Я полагаю, что их стоит перечислить и кратко рассказать о них. Чтобы вы, уважаемый читатель, могли ориентироваться и сделать выбор, если таковой у вас будет.

1. Метод Иванисевича. Наиболее распространенная методика операции, заключающаяся в открытой перевязке поврежденных ветвей семенной вены. Весьма эффективный метод (85-95% удачного исхода), но, к сожалению, высок риск послеоперационных осложнений и не исключено повреждение яичковой артерии – так она, стерва, пакостно расположена.

2. Микрохирургические методики (чаще всего – это Мамара-Гольдштейна или дистанционное клипирование, хотя и другие есть) – это модификации метода Иванисевича. Риск послеоперационных осложнений гораздо ниже, но операция про-

должается дольше и из-за своей сложности стоит весьма недешево.

3. Эндovasкулярное склерозирование – это введение специальных склерозирующих веществ через катетер непосредственно во внутреннюю семенную вену без разрезов тканей. Наиболее подходяще для подростков, так как малотравматична, не требует общего обезболивания и проводится бесплатно в любой клинике, но, к сожалению, эффективность довольно низка (70-80%). В 5-10% наблюдаются осложнения, правда, не смертельные, но все же. Пораженная вена спадается, застывает и отток крови осуществляется через естественные венозные шунты.

4. Шунтирование – применяется нечасто, только взрослым при запущенных случаях или при постоянных послеоперационных рецидивах. Создается обходной путь оттока крови от яичка. Семенная вена соединяется с бедренной, подвздошной либо гипогастральной веной и пораженный варикозом участок вены выключается из кровотока. Операция эта сложна и несет в себе огромный риск послеоперационных тромбозов шунта.

В большинстве случаев больного после операции можно уже на вторые сутки выписывать из стационара. Домашний режим составляет от 7 до 10 дней. Ребенку следует воздерживаться от физических нагрузок, на месяц дается освобождение от уроков физкультуры и на два – от занятий спортом. Амбулаторное наблюдение и осмотр хирургом проводится по схеме 0-1-3-9-12-18 мес.

Известно, что болезнь легче предупредить, чем лечить. Варикоцеле не исключение. Если у вас растет сын, то не поленитесь сходить с ним на УЗИ. Я рекомендую первый раз это сделать не в 14, как положено по приказу, а в 12 лет. Повторять УЗИ следует каждый год до достижения парнем 20-летнего возраста. Половое созревание к этому возрасту завершается и возможность развития хвори резко снижается, хотя и не исчезает вообще. Так что и вы тоже сами не обломаетесь сделать себе УЗИ яичка хотя бы раз в три года.

Так что следите за сыновьями, други, и рано или поздно дождетесь внуков.

Ссылка на статью:
masculist.ru/blogs/post-4593.html

ТО В ЖАР, ТО В ХОЛОД



«Что такое осень?» На этот вопрос, озвученной в известной песне группы «ДДТ» каждый отвечает по-разному. Кому-то это золотые деревья и бескрайнее синее небо, кому-то грязь и слякоть, а кому-то «мокрый табак, кашель, небо – эмалированный бак с манной кашей» (А. Башлачев). Это все поэты, у них и аналогии поэтические. Медики же – народ сугубо приземленный и для них осень – это поток больных с очередным обострением хронических заболеваний и наплыв сопливого кашляюще-чихающего контингента разных возрастов. И нередко с температурой.

В детстве мы все мечтали заболеть. Нет, не сильно, а так, чтобы в школу не идти. Помните, как герой стихотворения «Тридцать шесть и пять» химичил с градусником: «родная, миленькая ртуть, ну поднимись еще чуть-чуть»?.. Только не зря говорится, что надо быть осторожнее со своими желаниями, ибо они имеют свойство сбываться. Ведь порой чтобы избавиться от опостылевшей школы некоторые юные хитрецы перегибают палку: сосут сосульки, горстями едят снег, вылетают на мороз распаренными после физкультуры. Итог – «миленькую ртуть» уже не надо уговаривать подняться.

Не секрет, что реакция повышения температуры является защитной реакцией организма на внедрившийся в него инфекционно-токсический агент: вирус, бактерия или еще кто-нибудь мелкий, но злобный. Бывают, правда, случаи, когда невысокий подъем температуры никак не связан с инфекцией: проблемы вегето-сосудистого характера, ожоги, обморожения и другое, но мы сейчас не о них. Так вот, организм незначительно повышает собственную температуру, при которой включается следующее звено защитного процесса: определенные биохимические реакции ликвидируют как сам очаг болезни, так и возбудителя с выработанными им токсинами. Подстегивается сложный нейрогуморальный механизм иммунитета, усиливается выработка антител, увеличивается активность фагоцитов, начинает вырабатываться интерферон – это собирательное название белков, препятствующих размножению вируса. Ибо не секрет, что при температуре 37,5–38° С, большинство вирусов и бактерий погибает или значительно ослабляется.

К сожалению, наш организм несовершенен и порой дает сбой, особенно если иммунная система по тем или иным причинам слабее возбудителя. В случае с температурой мы это можем наблюдать тогда, когда организм слишком бурно реагирует на бактерию или вирус и вырабатываемые ими токсины. В этом случае мы наблюдаем чрезмерное повышение температуры: 39, а то и 41 градус. Также, помимо борьбы иммунной системы с инфекциями, повышенная или высокая температура тела, а также постоянные колебания температуры, могут быть симптомами многих заболеваний.

Какую температуру считать нормальной? 36,6° С – это классическая, но люди-то мы все разные, поэтому и физиологические показатели у нас могут различаться. Поэтому тут нет строгих цифр, все индивидуально. Для боль-

шинства температура свыше 37 градусов является повышенной, но есть множество других людей, которые прекрасно себя чувствуют при температуре 37,2-37,5° С. Или даже при 35,5° С. Однозначным отклонением следует считать разницу в 1-1,5 градуса. При этом температура тела до 39° С считается всего лишь повышенной, а вот выше – уже высокой. Температура 41° С и выше является критической или гиперпиретической. К счастью, такая встречается достаточно редко и характерна преимущественно для тропической малярии, геморрагических лихорадок и тяжело го сепсиса.

ВОТ КАКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПРИНЯТА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ:

1. Субфебрильная – 37° С – 38° С, или начальная;
2. Фебрильная – 38° С – 39° С, другое название – лихорадка (лат. febris)
3. Пиретическая – 39° С – 40° С, иначе гипертермия.

Существует более сложная классификация по временной динамике: ремиттирующая, интермиттирующая, гектическая, неправильная и другие формы, есть так же классификация по симптоматике, но не будем углубляться в медицинские премудрости, рассмотрим лучше стадии лихорадочного процесса. Нам они будут более интересны как в плане особенности ухода за больным, так и грамотной тактики при оказании первой помощи.

СТАДИЯ ПЕРВАЯ ИЛИ СТАДИЯ ПОВЫШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ

Первый ее признак – озноб. Человек не может согреться даже под двумя одеялами. Он лежит, укрывшись с головой и дрожит от холода даже, если в комнате тепло. Кожа сухая, холодная, иногда кожа кончика носа, пальцев, губ из-за спазма сосудов бледнеет. Усиливается чувство слабости, разбитости, нарастают головные боли, может томить жажда. Учащается пульс, незначительно повышается артериальное давление.

Что делать?

Немедленно укрыть и одеть больного как можно теплее, при возможности приложить к рукам и ногам грелки. Обильно поить теплым (не горячим!!!) питьем. До прихода врача раз-

решено дать жаропонижающие средства, при значительном ознобе можно дать таблетку спазмолитика: папаверин, но-шпу, дротаверин. Это способствует расширению спазмированных периферийных сосудов.

СТАДИЯ ВТОРАЯ ИЛИ СТАДИЯ СТАБИЛИЗАЦИИ

Температура прекращает расти или незначительно колеблется в течение суток. Состояние больного относительно стабильное, среднетяжелое или тяжелое. Кожа сухая, горячая, дыхание учащенное, артериальное давление стабилизируется, пульс остается частым. При гиперпиретической лихорадке (свыше 40° С) возможно присоединение осложнений: острые психические нарушения в виде токсического галлюцинозного синдрома, судороги, сердечно-сосудистая недостаточность. Судороги особенно характерны для детей, особенно первых трех лет жизни. Хочу отметить, что у детей судорожные проявления на фоне повышения температуры могут быть даже при относительно небольшом ее подъеме. Такие дети нуждаются в наблюдении невролога, хотя как правило они у него и наблюдаются – у всех у них еще в роддоме диагностировано то или иное поражение ЦНС. Но опять же для детей и взрослых, имевших ранее фебрильные судороги при высокой температуре (если не знаете, то спросите у родителей: такое не забывается, кто видел, тот поймет) критичной температурой можно считать 37,5-38° С.

Что делать?

Необходимо максимально раздеть больного. Оптимальным считается лечь под одну простынь, но это опять же, в зависимости от ситуации. Если, к примеру, его периодически познабливает, то лучше лежать под байковым одеялом. Никаких ватных, шерстяных одеял, фланелевых пижам и тем более никакой синтетики: тело должно дышать, теплообмен должен быть адекватным. Если это условия нарушить, то больной у вас будет лежать как в термосе и его можно хоть до рвоты накормить противотемпературными лекарствами – толку не будет. Именно к таким больным, преимущественно к детям, приходится выезжать «Скорой» по поводу высокой температуры. Приезжаешь – бедолага завернут как капуста в сто теплых одежек. Родственники жалуются, что его уже рвет от различных таблеток, которыми его пичкают, а температура как была высокой, так

и остается. Это неудивительно – лекарство уже вовсю действует, а из-за того, что клиент укутан, как в зимней тайге, тепло из него не выходит. Так что одевать хворого надо в хлопковую одежду и менять ее почаще.



Комнату необходимо часто проветривать, так как организм больного испытывает кислородное голодание. Только не создавайте сквозняков. Питание частое и помалу. Хотя человек с повышенной температурой и так много не съест, но тем не менее кормить его все же нужно. Не стоит ему капать на мозги «ну поешь хоть немного!», что по моим наблюдениям делается с каждым третьим: отчего-то многие родственники считают, что больной обязательно должен жрать как стадо мамонтов. Не надо этого делать: организм сам потребует еды, когда ему это понадобится, а сейчас ему не до пищеварения, он занят более важными делами – борьбой с инфекцией. Пища должна быть легкоусвояемой, витаминизированной. Пить как можно больше, но приготовиться к тому, что и в туалет придется бегать чаще: с жидкостью выводятся токсины, которых в крови довольно много. Заодно уменьшится токсическое обезвоживание, которое в той или иной мере будет в наличии. Весьма полезен в этих случаях по минеральному составу чай с лимоном, малиной, липой. Количество питья рассчитывается следующим образом: начиная с 37° С, на каждый градус повышенной температуры дополнительно необходимо выпивать от 0,5 до 1 литра жидкости. Особенно это важно соблюдать детям дошкольного возраста и престарелым людям, т.к. у них обезвоживание организма происходит гораздо быстрее. Поить сладким не следует.

Кстати, спешу развеять заблуждение по поводу чая с лимоном, который считается чуть ли не первым средством для повышения иммунитета. Аскорбиновая кислота сама по себе на иммунитет не влияет никак, она только создает условия для его повышения. А в горя-

чем чае витамин С вообще распадается, так что вы пьете чай не с аскорбиновой, а с лимонной кислотой. Разумеется, ни о каком горячем чае речи идти не может – первостепенная задача – это снижение температуры, а вливанием кипятка вы ее точно не снизите.

Прекрасным, в некоторых случаях прямо-таки волшебным действием обладают прохладные обтирания. Лично я предпочитаю раствор уксуса в воде комнатной температуры (1 чайная ложка на 0,5 литра). Он годится всем – и детям, и взрослым. Важно, чтобы жидкость для обтирания была легкоиспаряющейся. Конечно, можно применить и водку, но вряд ли ее разумно использовать для детей: описаны случаи ингаляционных отравлений. Даже если ребенок более старшего возраста, то не исключено, что надышавшись парами, он начнет песни петь, видел такое один раз... Нет уксуса – пойдет и простая вода из-под крана, только не холодная.

Как правильно обтирать? Голени и предплечья можно не трогать. Лицо нежелательно. Главное – это обтереть туловище. Особо тщательно нужно смачивать те места, где близко к поверхности тела проходят магистральные сосуды: шея, подмышки, пах. Кожа высыхает чуть ли не мгновенно, поэтому вслед за первым разом надо обтирать и второй, и третий – до снижения температуры. Она, конечно, не станет 36,6, да этого и не нужно. Если вы обтираете ребенка, то вам желателен помощник – у детей во время этой процедуры иногда резко снижается артериальное давление и нужен кто-то, кто удержит ребенка от падения. Если это случилось, то не пугайтесь – просто на какое-то время прекратите обтирание, а потом, минут через пять-десять, можете продолжать. Вегетативная нервная система у детей, особенно подросткового возраста, более лабильна, чем у взрослых, поэтому такие реакции считаются вариантом нормы.

Следует отметить, что обтирание – метод кратковременный, его максимум на 10-15 минут хватает. Поэтому его рекомендуется применять совместно с приемом медикаментов, которые начинают действовать через 20-30 минут. То есть применяете обтирание до того момента, как начнет действовать лекарство.

СТАДИЯ ТРЕТЬЯ ИЛИ СТАДИЯ СНИЖЕНИЯ

Больного пробивает обильный пот, с него порой буквально течет. Кожа и слизистые розовые или красные. Усиливается сонливость и сон бы-

ваит довольно глубоким. Снижается артериальное давление, порой до довольно низких показателей. Поэтому ему не стоит много ходить и вообще его неразумно оставлять без присмотра – некоторые больные резко встают и у них может резко упасть давление (коллапс).

Что делать?

Прекратить прием жаропонижающих и продолжать давать обильное питье. Обтирания можно продолжать, так как пот содержит большое количество выделяемых токсинов и может раздражать кожу. Если позволяет состояние больного, то ему можно принять душ.

Можно ли до прихода врача принимать жаропонижающие препараты и если можно, то когда? Этот вопрос задают многие. Отвечаю. В медицинской литературе считается, что начать прием жаропонижающих следует с температуры 38,5° С. На мой взгляд, это слишком жестоко – мало кто удовлетворительно перенесет 38-градусную температуру, поэтому начинайте с 38° С, иначе вы рискуете смазать развернутую клиническую картину заболевания. Хотя опять же тут надо смотреть по состоянию: многие и при 37,5° С лежат без сил и движения. В этом случае разрешается принять половину средней дозы. Конечно, до назначения врача принимать ничего не следует, но в нашей реальности доктора на дом дожидаться порой затея нереальная и приходится лечиться самому. Современные препараты в основном делаются на основе парацетамола, иногда с добавлением анальгина, так что по сути что именно принимать разницы нет. Тем более, что сейчас всевозможных лекарств «от температуры» – завались, только успевай выбирать на свой вкус. Любимый многими аспирин – ацетилсалициловую кислоту – лично я не рекомендую. Во-первых, сей медикамент обладает раздражающим действием на слизистую желудка – в довершение ко всем неприятностям боли в животе больному точно не нужны. Тем более, когда он и без того особо не ест, а принимать аспирин надо строго после еды. Кроме того, аспирин обладает неприятным побочным эффектом – он разжижает кровь, увеличивая время ее свертываемости. При некоторых вирусных заболеваниях (при том же гриппе, парагриппе, ретровирусной инфекции) кровь сама по себе разжижается и время от времени появляются больные с геморрагическим синдромом на фоне высокой температуры. До смешного доходит – перепуганные врачи ставят диагноз какой-нибудь конго-крымской

лихорадки, в то время, как пациент всего лишь переусердствовал в лечении аспирином, но не посчитал нужным или вообще забыл об этом сказать. Детям до 12 лет без разрешения врача его вообще давать нельзя. Конечно, если больше ничего нет, то и аспирин можно принять, но просту запомнить **несложные правила:**

1. Не принимать более 1 таблетки за один раз в течение 3 часов. Ацетилка действует 2-2,5 часа, остальное время занимает период полувыведения и дезактивации в печени;
2. Принимать строго после еды, но не позднее 15-30 минут после нее;
3. Запивать большим количеством дегазированной минеральной воды или молока, в их отсутствие – простой водой;
4. Ацетилсалициловая кислота ПРОТИВОПОКАЗАНА при язвенной болезни желудка (даже если язвенных дефектов слизистой в настоящее время нет), гемофилии, хронических заболеваниях печени, сопровождающихся печеночной недостаточностью, а так же при приеме некоторых лекарств.

Многие, стремясь перенести простуду и температуру «на ногах», для улучшения самочувствия принимают препараты симптоматического действия. Я не буду перечислять их названия, чтобы это не было похоже на антирекламу. Просто советую: при покупке присмотритесь к химическому составу лекарства, он приводится в любой аннотации, или в интернете посмотрите. Если в составе препарата присутствует такое вещество, как фенилэфрин, то знайте – данное лекарство не простуду лечит, а подстегивает организм, заставляя его работать на износ. В числе прочего оно обладает психостимулирующими свойствами, которые по ошибке могут быть приняты за временное улучшение.

ВАЖНО!

Антибиотики не обладают никаким жаропонижающим эффектом, действие их накопительное и ожидать от однократного приема улучшения состояния глупо. На вирусы антибиотики не действуют, в этом случае они показаны в малых дозах для профилактики вторичной бактериальной инфекции. Неконтролируемый прием антибиотиков может нанести огромный вред, поэтому оставьте этот вопрос на усмотрение врача!

К ВРАЧУ СЛЕДУЕТ НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО ОБРАТИТЬСЯ, ЕСЛИ:

1. ЕСТЬ СИЛЬНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, РВОТА, ОДЫШКА.

2. НАРУШЕНО СОЗНАНИЕ, БОЛЬНОЙ НАХОДИТСЯ КАК БЫ В ПОЛУСНЕ, НО МАШЕТ РУКАМИ, ОТ КОГО-ТО ОТМАХИВАЕТСЯ, МОЖЕТ ПЫТАТЬСЯ КУДА-ТО БЕЖАТЬ, ПРОИЗНОСИТ НЕВНЯТНЫЕ СЛОВА.

3. ЛИХОРАДОЧНОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОДОЛЖАЕТСЯ ДОЛЬШЕ 72 ЧАСОВ (У ДЕТЕЙ – ДОЛЬШЕ 48). ЭТО ГОВОРИТ О ВОЗМОЖНОМ ПРИСОЕДИНЕНИИ ВТОРИЧНОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ЛИБО ВЫРАЖЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ.

4. ДАЖЕ СУБФЕБРИЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, КОТОРОЕ НА ПЕРВЫЙ ВЗГЛЯД НИЧЕГО ОСОБЕННОГО ИЗ СЕБЯ НЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ, СОХРАНЯЕТСЯ СВЫШЕ 4 ДНЕЙ, ТО ЭТО МОЖЕТ ГОВОРИТЬ О НАЧАЛЕ ЗАТЯЖНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА.

И напоследок – как вы знаете, уважаемый читатель, повышение температуры это не болезнь, а комплекс различных симптомов, указывающий на какое-то заболевание. Бороться только с температурой бессмысленно – лечебная тактика, которую определяет врач, включает в себя самые различные методы воздействия как на самого возбудителя, так и на организм, а так же профилактические меры, направленные на недопущение осложнений. Поэтому повторяюсь еще раз – не поленитесь обратиться к врачу.

И постарайтесь не переносить «на ногах» самую, казалось бы, рядовую простуду. Мало того, что вы можете окружающих заразить (человек начинает выделять возбудителя еще за 1-4 дня до появления первых симптомов), так еще и себе можете навредить. Помните, что незначительное недомогание, если на него не обратить должного внимания, может закончиться весьма грозными и непредсказуемыми осложнениями.

Ссылка на статью:
masculist.ru/blogs/post-4706.html



АНАЛИЗ КРОВИ И МОЧИ

Всем нам приходилось сдавать анализы по назначению врача. Преимущественно мы сдаем кровь и мочу, реже кал, мокроту и прочие биологические среды. До сих пор еще жив бородатый армейский прикол про «анализ пота» – кто знает, тот поймет. Хотя пот и в действительности сдается на анализ, как то ни странно, но он назначается при подозрении на одно-единственное заболевание – муковисцидоз – и берется всего один-два раза у новорожденных детей для подтверждения либо исключения диагноза совместно с другими обследованиями.

Понятное дело, сейчас лабораторная диагностика, как и вся медицина в целом, шагнули далеко вперед и ее точность увеличилась. К примеру, современные методы позволяют без особых проблем с максимальной точностью учитывать содержание глюкозы в крови и даже мониторить ее. Так же стало возможным определить наличие и количество атипичных клеток в простом анализе крови, что дает возможность заподозрить у чахнувшего черт знает от чего пациента вялотекущее онкологическое заболевание кроветворной

ткани или определять эффективность химиотерапии у больных лейкозами. Таким образом нередко отпадает нужда длительно глушить бедолагу убойными дозами ядовитой гадости, что буквально лет пять-шесть назад считалось непреложной методикой в любом случае. Когда я учился, таких анализов еще не делали.

Я не буду рассказывать об экзотических анализах, которые применяются в узких сферах. Поговорим о двух простых вещах – анализах крови и мочи.



И то, и то чаще всего берется на общий анализ. В зависимости от их результатов могут назначаться специальные анализы, но любой клиницист начинает как раз с этих при подозрении на любое заболевание. Даже при доставке по «Скорой помощи», если ситуация позволяет, вас в приемном отделении попросят сдать эти два анализа, а при необходимости еще и другие.

КАК ПРАВИЛЬНО СДАТЬ КРОВЬ?

Общий анализ крови (ОАК), тот самый, «из пальца», особой подготовки не требует – пришел да сдал. Сейчас стараются брать кровь из вены, на несколько видов сразу (к примеру, в профилактических целях вместе с ОАК берется анализ на глюкозу), поэтому все же стоит выполнить некоторые общие рекомендации. Замечу, что ниженаписанное подходит для всех типов анализов, а подробности для конкретного анализа вам разъяснит ваш лечащий врач. Если без экстренностей, то в идеале должно быть так.

За 1-2 дня до сдачи анализов надо исключить из рациона питания жареное, жирное и алкоголь. Если не соблюсти это условие, то анализ будет не точным. За час до взятия крови – не курить. Перед сдачей крови надо исключить физические нагрузки, эмоциональное возбуждение, нужно 15-20 минут посидеть в коридоре. Если вам не назначены лекарства на определенное время, то не принимайте их до кровосдачи. Кровь на исследование сдается обязательно натощак, между последним приемом пищи и забором крови должно пройти не меньше 8 часов (а лучше всего не менее 12). Пить надо только воду, т.к. чай, кофе, соки – тоже считаются едой, какие-никакие калории в них есть. Дело в том, что после еды, а особенно после пьянки, повышается количество лейкоцитов и врач может ошибочно принять вашу картину крови как воспалительную, бывают порой прецеденты. На показатели гемоглобина и эритроцитов еда не влияет.

Думаю, что нелишним будет ознакомить уважаемого читателя с нормальными показателями общего анализа крови. Стоит заметить, что гематологические показатели у мужчин и женщин разнятся, пусть и не особо выражено. Это связано с физиологическими различиями мужского и женского организмов. Показатели у детей так же будут отличаться от показателей взрослых; точно так же, как различаются данные молодых людей и пожилых, хотя тут различия незначительны. Так как я пишу для мужчин, то и приведу в качестве нормальных цифры, характерные для

мужского организма средних лет. Так же прошу учитывать индивидуальные естественные погрешности (ИЕП), которые нередко встречаются у разных людей. Они не являются чем-то ненормальным, это просто частная особенность организма. От общепринятой нормы ИЕП не могут отступать более, чем на 1,5-2%. Все, что превышает процент отклонения, заставляет задуматься об имеющейся патологии.

ИТАК, КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ УЧИТЫВАЕТ ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ?

1. ГЕМОГЛОБИН. Норма гемоглобина у среднего мужчины – 130-160 г/л. Понижение гемоглобина говорит о таком заболевании, как анемия. Повышение встречается редко и характерно для жителей горной местности, где из-за высокогорья в воздухе недостаточно кислорода.

2. ЭРИТРОЦИТЫ. В норме их $4-5,1 \cdot 10^{12}/л$. Как правило, снижение эритроцитов характерно для той же анемии, совместно со снижением гемоглобина. Эритроцитоз, то есть повышение количества эритроцитов, может говорить, например, о постоянном кислородном голодании из-за хронических заболеваний легких или сердца. Так же необъяснимый эритроцитоз может явиться следствием одного из онкологических заболеваний кроветворной ткани – злокачественной эритремии. Там, правда, в крови циркулируют не эритроциты, выработка собственно эритроцитов как раз подавляется, а их незрелые формы, которых в кровяном русле нет: пойкилоциты, хромобласты, ретикулобласты. Но таких тонкостей общий анализ не учитывает. Этим занимаются гематологические лаборатории. Правда, считается нормой содержание в крови 0,2-1% так называемых ретикулоцитов – тоже незрелой эритроцитарной формы.

3. ЦВЕТОВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ. Это показатель количества гемоглобина в одном эритроците. Известно, что красный цвет эритроциту дает именно молекулы этого белка, вернее, атомы железа, соединенные с кислородом. Этот показатель используется для дифференциальной диагностики различных видов анемии. Норма – 0,85-1,1.

4. СКОРОСТЬ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ (СОЭ). Это один из важнейших диагностических показателей, показывающий степень насыщенности плазмы крови белками. В норме это 2-10 мм/ч. Сниженная СОЭ встречается редко и характерна в основном для того или иного вида нарушения белкового обмена веществ, а так же

для последствий длительного голодания. А вот повышенная СОЭ – признак плохой. В данном случае осмотическое давление плазмы увеличено из-за избыточного содержания в ней патологических белков. Незначительно повышенная СОЭ говорит о хронически протекающем воспалении, а значительно – о септическом, онкологическом либо тяжелом аутоиммунном (ревматизм, волчанка, склеродермия и проч.) процессе.

5. ТРОМБОЦИТЫ. Тут, думаю, ясно, что это и с чем едят, поэтому не буду описывать. Норма – $180-320 \cdot 10^9/\text{л}$.

6. ЛЕЙКОЦИТЫ. Вряд ли я открою Америку, сказав, что повышение лейкоцитов (лейкоцитоз) характерно для воспалительного процесса. Однако не все так просто. Дело в том, что бывает еще и физиологический лейкоцитоз (но не более $10-12 \cdot 10^9/\text{л}$), который появляется после еды или приема спиртного. Поэтому я и писал выше, что есть перед кровосдачей не рекомендуется. Кроме того, лейкоциты бывают разные, поэтому нередко врач для уточнения назначает развернутый анализ или иначе анализ с лейкоцитарной формулой. От вас дополнительно ничего не требуется.

В норме лейкоцитов $4-9 \cdot 10^9/\text{л}$. Из них:

- нейтрофилов сегменто-ядерных – 1-6%;
- нейтрофилов палочко-ядерных – 47-72%;
- эозинофилов – до 5%;
- базофилов – до 1%;
- лимфоцитов – 18-40%;
- моноцитов – 2-9%
- атипичных клеток – не более 0,3%.

Не стану углубляться в дебри, расшифровывая все эти сложные названия. Не в них суть. Дело в том, что та или иная цифра содержания перечисленных разновидностей лейкоцитов поможет врачу заподозрить этиологию воспаления: вирусная, бактериальная, аллергическая и др. К примеру, повышенное содержание эозинофилов прямо говорит об аллергической реакции, нейтрофилов – о гнойном воспалении, лимфоцитов – о вирусной инфекции.

В последнее время результаты анализов печатаются на чеках, похожих на магазинные. Во многих больницах сейчас стоят импортные агрегаты, определяющие показатели автоматически. Разумеется, обозначения там мало того, что по-английски, так еще и в сокращении. Я, если честно, на память сам не все знаю, нет-нет, да ныряю в справочник. Но то, что помню хорошо, с тем и делюсь с вами.

- WBC – лейкоциты
- RBC – эритроциты
- HGB – гемоглобин
- MCH – цветовой показатель
- PLT – тромбоциты
- LYM% – лимфоциты
- NEUT% или NEUT# – нейтрофилы
- MON# или MON% – моноциты
- EO# или EO% – эозинофилы
- ESR – СОЭ

Теперь поговорим о моче, вернее, об ее анализе. Здесь дело обстоит несколько сложнее, чем с кровью. Ведь если при сдаче крови от вас требуется только явиться в процедурный кабинет, то мочу вам придется собирать самостоятельно. Каким образом?

Вы, дорогой читатель, конечно, полагаете, что не раз собирали мочу и знаете каким. Возможно, что это и так. И все же я вам расскажу, а вы сами определите, насколько хорошо вы это знаете, ладно?

Итак... Накануне не рекомендуется есть свежие фрукты и овощи, так как во многих содержатся природные красители, способные изменить цвет мочи. Не рекомендуется употреблять мочегонные препараты – тут, полагаю, ясно, почему. Так же надо подмыть свое хозяйство, чтобы всяческая грязь, скапливающаяся на ваших органах за ночь, не попала в баночку. Подмыть желательно с мылом. Первую порцию выпускаете в унитаз – в первой порции, которая находилась в дистальных (нижележащих) отделах мочевыводящей системы находятся всевозможные бактерии и ошметки отслоившегося эпителия слизистой мочеиспускательного канала, они для анализа не нужны. А потом набирайте в сосуд. Майонезные баночки уже никто не использует, обычно приобретают пластиковые 100-150-граммовые прозрачные банки с завинчивающейся крышкой, они продаются в любой аптеке и стоят копейки. Не знаю, как в других местах, но в наших краях ни в одной занюханной поликлинике у вас не примут мочи в какой-либо другом сосуде. Та посудина, в которую вы набираете мочу, должна быть сухой и чистой, иначе моча может помутнеть, в ней появятся посторонние включения и может измениться ее реакция. Если нет возможности сдать мочу в первые 1-1,5 часа, то положите ее в холодильник – это увеличит срок хранения до 3 часов. Затягивать со сдачей не следует – это ведет к размножению бактерий, разрушению элементов мочи и изменению физических свойств.



КАК ВЫГЛЯДИТ НОРМАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОЧИ?

Моча здорового человека (повторюсь, говорим о взрослых мужчинах) прозрачная, бесцветная либо светло-желтая. Запах может отсутствовать, а если он присутствует, то он нерезкий и неспецифический, то есть не пахнет чем-то особенным: ацетоном, аммиаком, прелыми яблоками. Реакция слабокислая, не более 7. В ней допускается наличие эритроцитов (не более 3-4 в поле зрения), лейкоцитов (до 5-6), слущенный эпителий (до 8-10). Отсутствуют глюкоза, кетоновые тела, билирубин, белок, кристаллы, бактерии, цилиндры (клетки цилиндрического эпителия из почечных лоханок).

КАКИЕ БЫВАЮТ ОТКЛОНЕНИЯ И О ЧЕМ ОНИ ГОВОРЯТ?

Все их я перечислять не буду, но стоит упомянуть о наиболее распространенных. **Мутная моча**, особенно совместно с бактериями и лейкоцитами, может говорить об инфекции мочевыводящих путей, запах прелых яблок и наличие глюкозы характерен для сахарного диабета, билирубин – для болезней печени либо гемолизе (распаде) эритроцитов в сосудистом русле, резкий запах аммиака – о какой-то интоксикации либо об обезвоживании, большое количество

эритроцитов – о патологии в области почек, об опухолевом процессе, о механическом повреждении (травма, наличие острых камней, которые царапают стенки мочеточников). **Гематурия (кровавая моча)** – характерный симптом такого заболевания, как гломерулонефрит, от которого умер император Александр III.

Нередко бывает так, что врач, видя в общем анализе большую цифру того или иного патологического показателя, назначает какой-то специальный анализ. Чаще всего назначаются анализы на форменные элементы крови (по Нечипоренко), на бакпосев и чувствительность к антибиотикам, а так же на кажущуюся многим загадочной пробу Зимницкого. Так что не пугайтесь, если врач вам назначит что-нибудь еще – это еще ни о чем не говорит, нередко ему надо всего лишь уточнить тот или иной показатель, а так же исключить возможность лабораторных ошибок, которые нередко встречаются, в том числе и ваши, если вы неправильно сдали анализ.

Думаю, что мне удалось вкратце познакомить вас, други, с кажущимися такими знакомыми, анализами. и вы узнали, что будет для вас полезным. И все-таки, я прошу вас не переоценивать себя и доверить прочесть анализы специалисту, а не ставить диагноз самим себе только на основании бумажки из лаборатории.

Ссылка на статью:
masculist.ru/blogs/post-4757.html

РАДИКАЛЬНЫЙ СПОСОБ



В наше время тотального мужского беспредела все чаще и чаще поднимается тема безопасного секса для мужчин. Причем такого, чтобы, что говорится, ни забот, ни хлопот.

Популярное мужское средство – презерватив – не всегда оказывается эффективным: всем нам известны бабские штучки с использованным изделием, благо, что мужчина приучен доверять женщине, с которой делит постель. Разрыв презерватива, даже качественного, тоже не ситуация из анекдота – на высоте оргазма и сексуального перевозбуждения, особенно после длительного воздержания, мощная струя спермы вполне может повредить резину. Ну и про индивидуальные особенности нежной мужской кожи в той области не стоит забывать: довольно часто отмечается аллергия на латекс и другие добавки, которые используются в презервативах.

Мы с вами, други, взрослые люди, живем не в джунглях и наслышаны про хирургическую методику стерилизации мужчин. Вазэктомия, ага, она, родимая. Только вокруг этой операции столько всего накручено, что на мой взгляд стоит развеять некоторые слухи, ну и дать рекомендации, если кто решится ее сделать.

Вазэктомия – это операции пересечения или лигирования (перевязки) семявыводящих протоков с целью блокирования выброса сперматозоидов. Семявыводящая жидкость образуется путем смешивания нескольких компонентов и выделяет во время эякуляции. Составными частями данной жидкости являются жидкость семенных пузырьков, секрет простаты и сперматозоиды. Сперматозоиды доставляются к семявыводящей жидкости через семявыносящие протоки. Вот их-то и пересекают. Доступ сперматозоидам прекращается и мужчина лишается способности зачать ребенка. Как видите, ничего особо сложного, никаких страшных и травматических вещей врач проводить не будет.

Операция амбулаторная и проводится под местной анестезией. Надрез маленький, находится в незаметном месте и заживает довольно быстро, так что брехня про шрамы на полпениса, кривой член, импотенцию, женские груди, адские боли после операции и прочие ужасики – чушь собачья, которая нередко поддерживается «заинтересованными лицами» (вы поняли, о ком я).

Кроме того, что мужчина становится стерил и бесплоден, все остальные его мужские функции остаются неизменными.

Ведь это не кастрация – операция по удалению яичек. Никакого вреда другим частям половой системы мужчины не наносится и функциональность отдельных органов никак не нарушается. Тестостерон производится в нормальных объемах, потенция и эякуляция проходят как обычно. Только в сперме уже не будет сперматозоидов. Объем выделяемой спермы не снижается. Половая жизнь не изменяется и никаких взаимосвязей результатов данной операции с половым актом не наблюдается. Некоторые авторы считают, что вазэктомия даже полезна, так как по их мнению замедляется процесс старения: после операции гормональная активность мужской половой системы значительно увеличивается, повышая либидо. Но эта точка зрения весьма и весьма спорная. Никаких «ниток» и прочей галиматии в вас не останется – шовный материал рассасывающийся (кетгут). Даже наружные кожные швы накладываются кетгутковые, так что ничего с вас снимать не будут.

Если мужчина решился на вазэктомию, то ему следует помнить – восстановить репродуктивную

способность он не сможет. Это билет в один конец, радикальный способ раз и навсегда. Правда, кое-кто из западных авторов говорит, что восстановление возможно в трехлетний срок после операции, но это никем не подтверждено, так и остается на уровне непроверенной гипотезы. Так что приготовьтесь к невозможности иметь детей в будущем. Статистика говорит, что 5% пациентов все же обращаются с просьбой «развязаться». Им, разумеется, отказывают – раньше-то вы чем думали? В этом случае выходом может быть банк спермы, насколько это вообще возможно в России.

И все-таки есть один нюанс, касающийся «развязки». На современном этапе развития урологии операция по восстановлению проводимости семенных протоков все же проводится. Не так давно научились. Называется такая операция **эпидидимовазостомия**. Во время нее семявыводящие протоки прикрепляют к придатку яичка. Но она весьма сложная, дорогостоящая и восстановить репродуктивную функцию после обратного процесса удается всего 30% мужчин. И то в первые 5-7 лет, а дальше выработка сперматозоидов угнетается по естественным причинам. Риски огромные, а эффект сомнителен. Так что перед операцией вазэктомии сто раз подумайте головой. Тем более, что в России, по-моему, такого еще не делают, а если и делают, то очень мало.

В России вазэктомия разрешена только мужчинам старше 35 лет либо мужчинам, имеющим двух и более детей. Типа о демографии заботятся. Ни одна клиника не возьмется оперировать в другом случае, даже если вы готовы переплатить. Остается подпольно. Только это мало того, что небезопасно, так еще и стоить будет бешеных денег. Вы же не знаете, что, возможно, операцию вам будет делать конский ветеринар, а вовсе не дипломированный хирург. По полису ОМС операция не проводится, платить придется из своего кармана. Нам положено платить, мы же мужчины. Это угнетаемым и несчастным женщинам за счет средств ОМС оплачиваются аборт и консультации гинекологов по поводу противозачаточных. Причем вне зависимости от возраста – хоть в четырнадцать лет можешь лезть на гинекологическое кресло, заботы о демографии тебя не касаются. А мы рылом не вышли. Операцию женской стерилизации пока еще не сделали бесплатной, хотя за нее все равно по факту платит мужчина, ибо должен. И там даже какие-то возрастные ограничения все же есть, не знаю,

какие, не интересовался, мне женские дела как-то безразличны. Даже будучи студентом я не любил гинекологию и в роддома ходил только по обязанности.

Несмотря на простоту и легкость проведения операции это все-таки инвазивное вмешательство, медицинская процедура и имеет побочные эффекты, осложнения и противопоказания. Во-первых, от ЗППП вас эта операция, как вы понимаете, не уберезет, так что про резиновое изделие все же забывать не стоит. Во-вторых, никакое медицинское вмешательство не дает 100% эффекта. В 2% случаев вазэктомия может оказаться бессмысленной (даже не по причине криворукости врача, а по вине ваших анатомических особенностей, которые невозможно учесть сразу) и придется проводить операцию повторно. И еще. Редко, но бывает так, что даже в случае успешной операции в эякуляте обнаруживается 3-5% активных сперматозоидов. Этого, конечно, мало для наступления беременности, но если знаешь, что достаточно одному шальному «головастику» ухитриться внедриться в яйцеклетку...

Абсолютных противопоказаний для проведения операций нет (исключая тяжелую сердечную или легочную недостаточность, в этом случае может быть неприятный сюрприз со стороны больных органов, но таким больным обычно не до секса). Есть только относительные, к примеру, воспалительные заболевания половой сферы в стадии обострения, которые следует перед операцией пролечить. Осложнения тоже бывают. К примеру, инфицирование операционной раны, выраженный перитравматический отек (как правило, на 5-7 дней, потом он спадает), послеоперационная гематома, кровотечение, отек пениса. В общем, ничего особенного – такое может быть и после любой операции. При возникновении любого осложнения обратитесь к врачу. Особенно опасно повышение температуры в первые сутки – это симптом инфицирования.

Перед вазэктомией обязательно требуется пройти ряд обследований, сдать стандартные анализы и иметь при себе бланки с результатами:

- общего анализа крови и мочи;
- крови на сифилис;
- крови на ВИЧ;
- крови на гепатиты В и С;
- электрокардиограммы;
- результат осмотра уролога;
- анализа крови на свертываемость.

Могут быть и индивидуальные назначения, в зависимости от состояния вашего здоровья. Нередко человек перед операцией требует себе не местное обезболивание, а общий наркоз. Анестезиологи – люд жестокий и не любят назначать общую анестезию, если можно обойтись местной (хотя это никакого отношения к жестокости не имеет, это я для красного словца их так назвал). Но тут они нередко идут навстречу – понятен страх пациента перед пугающей операцией, вокруг которой гуляет столько мифов. Правда, в глубокий наркоз вас все же не введут, и вам придется отходить от него. Не исключено даже, прочувствовав на себе все «прелести» посленаркозного периода: рвоту, озноб, психомоторное возбуждение. Так что сами думайте, нужен вам наркоз или нет.

Итак, вам все же сделали операцию. Уйти из клиники вы сможете в тот же день, но приготовьтесь к тому, что место разреза будет пару дней болеть и саднить – ничего уж тут не поделаешь, придется потерпеть. В течение 3-5 дней вам необходимо будет носить такую штуку, как суспензорий – они продаются в любой аптеке. Придется воздержаться от физических нагрузок, от длительной ходьбы и понятно, от полового акта. Как правило, через семь дней можно продолжать вести прежний образ жизни.

ВАЖНО!

Естественная репродуктивная функция не прекращается сразу после операции! Привычную контрацепцию следует продолжать использовать, пока не наступит 12 эякуляций, так как некоторое количество активных сперматозоидов остается в дистальных (конечных) отделах. Следует сделать не менее двух контрольных спермограмм, чтобы удостовериться, что сперма стерильна. Если охота ускорить процесс, то, видимо, придется прибегнуть к «ручному методу», как бы вам это не претило.

Стоит упомянуть о «мужской таблетке», появления которой ждут многие мужчины. Нередко приходится слышать версии, если верить которым изобретению и широкому распространению этого медикамента мешают некие профеминистические круги. Ответить я могу на это так: будьте же вы здравомыслящими людьми! Не знаю уж там про заговор,



я вообще не сторонник «теории заговоров», просто-напросто репродуктивная функция у мужчин более сложна, чем у женщин, поэтому ничего удивительного, что противозачаточную таблетку для мужчин создать сложнее, чем для женщин. И все. Одна из проблем создания такой таблетки для мужского пола кроется в особенностях выработки сперматозоидов. Если женщине, у которой яйцеклетка вырабатывается один раз в месяц, достаточно в этот самый момент съесть таблетку, то у мужчины создание сперматозоидов в организме происходит постоянно, как конвейер на фабрике. Каждый день появляются миллионы сперматозоидов, которые созревают чуть менее 3 месяцев. Это значит, что действие такой таблетки должно быть актуально в течение всего периода выработки мужских половых клеток. То есть глотать химикаты надо будет постоянно. Вы готовы к этому? Вот то-то и оно! Хотя, возможно, что в будущем что-нибудь придумают, но сейчас давайте исходить из того, что есть. К сожалению, за все надо платить, в том числе – за безопасный и беспроблемный секс.

Ссылка на статью:
masculist.ru/blogs/post-4767.html

ЧЕМ БОЛЕЛ ПОЛКОВНИК ГЕРБИХ



В «Похождениях бравого солдата Швейка» есть такой персонаж, как полковник Гербих. Как и положено героям бессмертного гашековского творения, выведенный в гротескно-карикатурной форме. Особенно автор постебался над его больным пальцем, «пахнувшим прокисшим мясным супом». Гашек вообще был неприятный тип, ему ничего не стоило высмеять болезнь и больного человека, что вообще-то никогда не считалось приемлемым в приличном обществе. Но отдадим ему должное – он прикололся и над своей смертью, подписав предсмертное завещание «Умиравший Швейк».

Хотя литературный полковник и не был королевского звания, но тем не менее ему ничто не мешало заболеть еще одной «болезнью королей» – подагрой. Этих «королевских хворей» в свое время развелось как блох на собаке, любую гадость загадочнее

холеры в средневековье было принято называть не иначе как королевской или благородной. Видимо потому, что диагностировали ее у лиц благородного сословия, а на простой люд, как оно и водится, чихать хотели. Но подагра все-таки весомо тянет именно на хворь аристократов – она наблюдается в основном у лиц, подверженных «из-

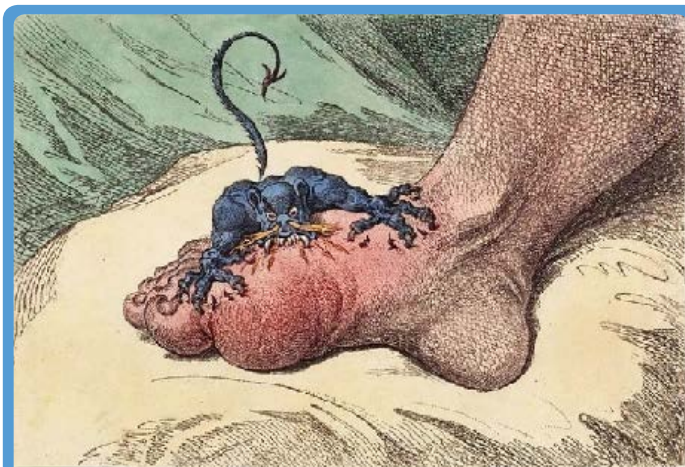
лишествам нехорошим», которые в те суровые времена были доступны далеко не всем. И правда, основной контингент больных подагрическим артритом – это люди с избыточным весом, злоупотребляющие жирной пищей и алкоголем. И преимущественно мужчины: из 1000 заболевших только 230 женщин, остальные – мужчины после 40 лет, когда уже заметно ослабляются защитные силы организма.

Я всю жизнь любил солености, да и сейчас от них не отказываюсь. В детстве меня пугали, что если буду много есть соленого, то соль будет откладываться в суставах, и они будут болеть. Это до сих пор довольно распространенное заблуждение, которое ниче-

го общего с действительностью не имеет. Никакая поваренная соль нигде не откладывается. К подагре приводит нарушение обмена солей мочевой кислоты – уратов – и вот ее-то кристаллы и способны откладываться там, где не следует и не только в суставах. Но страдают в основном суставы и преимущественно – суставы большого пальца ноги, реже это

коленный или голеностопный. Урат натрия кристаллизуется и мелкими частичками откладывается в суставах, что и приводит в конечном итоге к частичному или полному разрушению сустава.

Замечено, что во время войн и бедствий подагра практически никогда не встречается, а вот в периоды благополучия ее случаи регистрируются все чаще и чаще. Это объясняется тем, что в мирное



"ПОДАГРА". 1788 г. Автор - Джеймс Гилрей. Художник изобразил болевой приступ в виде грызущего плоть чудовища

время люди хорошо питаются и употребляют много белковой пищи (и далеко не всегда качественной), а именно белок – источник азота, который и входит в состав молекулы мочевой кислоты. В трудные и тяжелые времена людям не до излишеств.

Так как обмен уратов страдает во всем организме, то и страдают иные органы – почки, желчный пузырь, печеночные протоки. Большинство больных мочекаменной болезнью – это люди с нарушенным минеральным обменом, а камни в почках у них состоят как раз из кристаллов солей мочевой кислоты. Редко, но бывает, что скопления мочевой кислоты в виде характерных узелков располагаются в мышцах, вокруг них развивается асептическое воспаление и злокачественный подагрический миозит за 2-5 лет приводит к инвалидности.

Причины возникновения подагры неясны. Но, как уже указывалось, **не последнюю роль играет образ жизни:** мужчина, придерживающийся режима питания, здорового образа жизни, соблюдающий режим питания и дружащий с физкультурой вряд ли познакомится с этой хворью. Еще в 150 году н. э. Клавдий Гален указывал, что подагра обусловлена «распущенностью и несдержанностью».

Первым симптомом, говорящим о разладе в системе обмена мочевой кислоты говорит появление ее кристаллов в моче и повышение ее уровня в крови.

Никаких внешних проявлений нет, человек ни на что не жалуется. Потом начинается болевой период, когда изнуряющие боли в пораженных суставах доводят беднягу до бешенства.

Вот как Гашек описал типичный приступ подагры у своего полковника:

«Полковник Гербих, сидевший до сих пор спокойно и деловито за столом, вдруг сделал страшную гримасу, ибо его палец, который до сих пор вел себя смирно, из тихого и спокойного агнца превратился в ревущего тигра, в электрический ток шестьсот вольт, в палец, каждую косточку которого молот медленно дробит в щебень. Полковник Гербих лишь рукой махнул и заорал диким голосом, как орет человек, которого медленно поджаривают на вертеле...

Еще долго потом из канцелярии полковника были слышны рев и вой. Наконец вопли прекратились. Палец полковника неожиданно опять превратился в агнца, приступ подагры прошел, полковник позвонил и снова приказал привести к нему Швейка».

Боли действительно очень сильные и начинаются внезапно, как правило ночью или ранним утром. Боль давяще-грызущая, пораженный сустав резко опухает, краснеет, кожа над ним становится горячей. Днем боль утихает, но не исчезает совсем, ночью усиливается снова, разумеется, ни о каком сне и речи быть не может. Нередко боли настолько сильные, что невозможно даже прикоснуться к суставу. Иногда повышается температура тела до 38 градусов. Приступ длится от двух-трех дней до недели, иногда полторы недели, затем боли утихают, но функция сустава ухудшается от приступа к приступу. С течением времени больной сустав все больше и больше деформируется, искривляется самым невообразимым образом, прекращает функционировать, зачастую процесс переходит на ранее здоровые суставы. Отмечается наличие в почках камней, зачастую их настолько много, что нарушается работа почек и возникает хроническая почечная недостаточность. При длительности заболевания свыше 5-7 лет становятся заметны безболезненные утолщения в области пораженных суставов диаметром от нескольких мм до 1-3 см. Они могут быть расположены так же в суставных головках костей, на оболочках суставных сумок. Это т. н. тофусы – скопления кристалликов урата натрия. Тофусы способны к саморазрушению, лопаются и их содержимое в виде сероватой пыли выделяется наружу через свищи. При запущенной болезни тофусы могут располагаться где угодно – над суставами кисти и стопы, локтевых суставах и ушных раковинах, на разгибательной поверхности предплечий, бедер, голеней, ахилловых сухожилий, на лбу.

Подагра – хроническое заболевание, длящееся годами. Вылечить его полностью практически невозможно. После возникновения болезни, симптомы могут вновь повториться через полгода или год. Болезнь может перейти в дремлющее состояние, но, без всяких сомнений, будет давать о себе знать. С каждым приступом вре-

мя между ними будет сокращаться. Подагра будет возвращаться к человеку все чаще и чаще.

Организм рано или поздно начинает воспринимать тофусы как инородное тело и реагирует воспалением – тяжелейшими артритами с анкилозами (неподвижностью суставов), что приводит к глубокой инвалидности, если болезнь пустить на самотек.



Медикаменты для лечения подагры, как многим это, возможно, покажется странным, стоят на втором плане. Их применение направлено для снижения уровня мочевой кислоты в организме и снятия болей и воспаления. Для этого применяются старый добрый аллопуринол, пробенецид, из более новых – фебуксостат. Воспалительные явления снимаются применением гормональных и нестероидных противовоспалительных препаратов вроде ибупрофена или ортофена. В период ремиссии показана физиотерапия. Но все это – прерогатива врача, только он может вам подобрать нужное средство в необходимой дозировке. Не своевольничайте!

От вас же требуется немного, но это как раз самое сложное. Надо жестко соблюдать диету, она является основным лечебным мероприятием. Диета довольно суровая, но если вы не хотите маяться от приступов подагрических болей, то придется ее соблюдать.

Прежде всего, придется отказаться от всевозможных копченостей, любых видов колбас, поваренной соли, бобовых культур. Нельзя питаться жирными мясными продуктами, особенно субпродуктами и мясом молодых животных, а также рыбой. Надо полностью отказаться от тяжелой пищи типа грибов или сала. При подагре не следует сдабривать пищу разнообразными приправами и острыми специями. В данном случае исключением также являются лавровый лист и столовый уксус. Кроме того, больному необходимо отказаться от алкогольных напитков (парадокс, но водка в нашем случае менее вредна, чем вино, а пиво по сути вообще медленный яд), шоколада, какао, крепкого чая и кофе. Сыры соленых и острых сортов – также в черном списке продуктов. Никаких мясных супов – это прямо-таки подлым запретом.

М-да, скажете, однако... Врачи – такая публика, всегда запрещает есть то, что хочется больше всего. Садисты они, да и только...

На практике, однако, все далеко не так строго. В принципе разрешается небольшое количество мяса и рыбы, до полукилограмма в неделю. И то отварное – при варке пуриновые соединения – основной поставщик мочевой кислоты – на 50% уходят в бульон, так что от мясных супов и ухи придется все же отказаться. Соль не то, чтобы вообще запрещена, просто ее нужно потреблять в очень малом количестве – 3-5 грамм в сутки.



А вот молочные продукты, яйца, картошка, хлеб и злаки – пожалуйста, это в любом количестве. Овощи и фрукты во всяком виде, различные салаты, ягоды, кроме малины и винограда, тоже не под запретом. А уж различные цитрусовые даже приветствуются – лимонная кислота способствует разрушению мочевого. Кислые зеленые яблоки хоть по характеристикам похуже цитрусовых, но тоже весьма полезны. Разрешаются мед, орехи. Из сладостей к чаю разрешены зефир, варенье, мармелад. Из твердых жиров разрешено (и то в ограниченном количестве) только сливочное масло, а вот от свиного сала и тому подобных тугоплавких жиров надо отказаться. Очень полезна минеральная вода (но только не та, что продается в супермаркетах, а аптечного розлива), зеленый чай, компоты, морсы. Черный чай никакого действия не производит – ни вредного, ни полезного, так что его можно пить хоть ведрами.

До сих пор среди подагрических больных остается предвзятое отношение к помидорам. В советское время кто-то от большого ума пустил глупейший слух, что органические кислоты, содержащиеся в них, якобы



тоже способны откладываться в суставах, причиняя больному дополнительные страдания. Не знаю, кто это придумал и зачем, но сразу скажу – это бред сивой кобылы. В помидорах действительно много органических кислот, но прежде всего таких, как лимонная и яблочная, которые больному как раз нужны. Содержание щавелевой кислоты в помидорах весьма незначительно: примерно в 8 раз меньше, чем в свекле или картофеле. А пуринов в томатах в десятки раз меньше, чем в мясе, рыбе, фасоли, горохе. Современная диетология утверждает, что помидоры при подагре даже полезны.

Необходимо раз в неделю устраивать разгрузочные дни, какая бы масса тела не была. Разновидностей разгрузочных дней много: овощные, фруктовые, молочные, творожные и другие, я даже все не знаю. В разгрузочный день разрешено пить больше воды и напитков – не менее 1,5 л в день. Чаще всего устраивают рисово-яблочный день. Отваривают 75-80 г риса на молоке и едят малыми порциями, в промежутке можно есть яблоки, но не мешками, а не более 250 г в день. Так же хорош будет яблочный компот, но без сахара.

ВАЖНО!

Ни в коем случае, ни при каких обстоятельствах не голодайте! Голодание, столь модное сейчас, при подагре противопоказано! В первые дни голодания возрастает уровень мочевого кислоты в крови, что может спровоцировать тяжелое обострение заболевания.

Если же подагра сочетается с ожирением, что наблюдается весьма часто, необходимо соблюдать редуцированную (со сниженной калорийностью) диету. В рационе при этом ограничиваются и продукты, о которых я уже упоминал выше, и сахар, сладости, торты, пирожные, мучные блюда, а также все жирное.

Что делать, если накрыл острый приступ подагры? Надо обеспечить максимальный покой пораженному суставу, приложить к нему грелку. Можно принять таблетку ортофена, ибупрофена, диклофенака. В тяжелых случаях назначаются гормональные препараты вроде преднизолона, но тут лучше для начала спросить врача.

Привычные нам аспирин и анальгин запрещены – они задерживают выведение уратов. Можно наложить повязку с димексидом либо мазь с любым НПВС – к примеру, мазь с диклонаком. Массаж противопоказан, раздражающие мази вроде финалгона или капсикама тоже. Из народных средств для снятия боли успешно применяются компрессы из йода, касторового масла и нашатырного спирта, смешанные в равных частях.

А лучше всего знать меру и не жрать абы что, как бешеный мамонт. И будет вам счастье.

Ссылка на статью:
masculist.ru/blogs/post-4822.html

ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Вот и закончился мой первый литературный эксперимент.

Насколько он удался – судить вам, уважаемые читатели. Скажу лишь, что видит бог, старался я от всей души, несмотря на свои, прямо скажем, невеликие способности. Я искренне надеюсь, что усилия мои не пропали даром и конечная цель прочтенного вами материала – задуматься о вопросах своего здоровья – достигнута.

Несмотря на все тяготы и беды жизни мужчин в матриархальном мире, который заинтересован в их здоровье ровно настолько, чтобы они могли работать, материально обслуживая бабьи хотелки, остается открытым вопрос: что или кто мешает мужчинам заставить поработать на себя, любимых, всю обширную систему здравоохранения (вернее, то, что от нее осталось)? И не тогда, когда уже срочно надо, а тогда, когда пока еще не надо?

Известно, что основными налогоплательщиками являются мужчины. И в основном именно от них идут поступления в различные страховые фонды, в частности в ТФОМС. Страховая система, кстати, тоже придумана мужчинами. И ее работоспособность тоже мужчинами поддерживается (как вы понимаете, я не имею в виду соплившую молодую девчонку в офисе страховой компании). Тогда какого же черта мужчины, за чей счет в основном и наполняется казна ТФОМСа, так наплевательски относятся к своему здоровью?

По закону 5,1% от той зарплаты, что вы получаете на руки, выплачивается работодателем в территориальный фонд обязательного медицинского страхования. Скажете, подсчитав свои доходы, немного? Да, вы правы, немного. Но это не повод для того, чтобы самоустраниться от проблем своего здоровья. Чокнутые овуляхи, вызывающие на дом врача из-за того, что у тугосери какули цвет изменили, не заморачиваются тем, что лично они вообще не работают и, следовательно, от их трудов праведных ни копейки не поступает. Бабулькам, ходящим в поликлинику «только спросить», как на работу, тоже наплевать на это. Так почему же мужчины, считающие себя рачительными и экономными, называющие женщин транжирами и мотовками, дарят эти деньги одним из самых бесполезных разновидностей ОЖП?

Как хотите, но мое мнение: мужчины имеют больше прав на средства фондов ОМС, чем женщины. Нужно на всю катушку использовать те возможности, которые у нас есть. Пока и их не отняли.

Я не собираюсь останавливаться на достигнутом и намерен продолжить работу в рамках акции **#БУДЬЗДОРОВ**. Еще много проблем, которые следует осветить, много заболеваний, которые буквально косят нашего брата, много еще чего сказать нужно. Я искренне благодарен комментаторам, посетителям, пользователям и гостям сайта за творческое вдохновение, психологический настрой, подаваемые идеи и конструктивную критику. Я нарочно подгадал выход моего творения к Новому Году и прошу считать его праздничным подарком моим дорогим читателям.

«Прочти и передай товарищу» – писалось на листовках кануна революции. Относительно этой книги можно сказать точно так же. Распространяйте ее среди мужчин! Всем нам хочется жить в сильной державе, поэтому прошу помнить слоган, напечатанный в самом начале:

**Здоровый мужчина – здоровая нация.
Здоровая нация – могучая страна.**

Отдельную благодарность хочу выразить камраду Сергею (Seregas) за дизайн и компьютерную верстку книги. Без него она никогда бы не стала такой, какую вы ее видите.

Ваш Андрей К, он же Энди Раздолбаев



Страница автора
Энди Раздолбаев (Андрей К.)
masculist.ru/users/3652

Выражаем благодарность администрации сайта masculist.ru за возможность донести информацию до читателя.

Приветствуется распространение книги среди мужчин.

Если у вас возникли какие-либо вопросы по материалам, вы можете задать их автору, он с удовольствием ответит на них по мере возможности.

По вопросам сотрудничества по верстке книг вы можете обращаться к Seregas.



Страница верстальщика
Seregas (Серегга)
masculist.ru/users/4587



Проект сайта masculist.ru © 2016