

АЛЕКСАНДР МЯСНИКОВ

КАНДИДАТ МЕДИЦИНСКИХ НАУК,
ДОКТОР МЕДИЦИНЫ США, ПОТОМСТВЕННЫЙ ВРАЧ

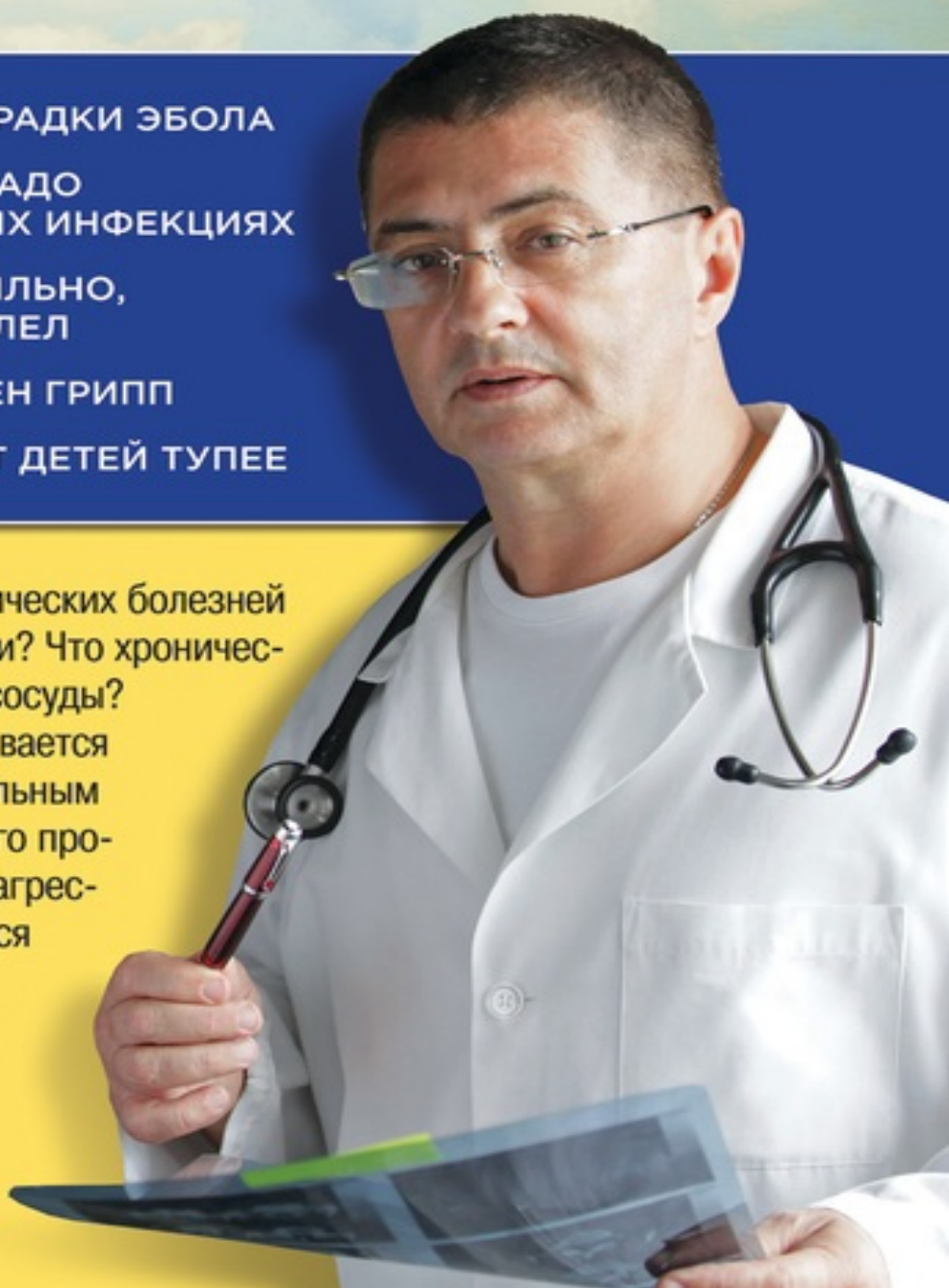
ИНФЕКЦИИ

КАК ЗАЩИТИТЬ СЕБЯ И СВОЕГО РЕБЕНКА

- ЧТО СТРАШНЕЕ ЛИХОРАДКИ ЭБОЛА
- В КАКОМ ВОЗРАСТЕ НАДО ПОДУМАТЬ О ПОЛОВЫХ ИНФЕКЦИЯХ
- КАК ЛЕЧИТЬСЯ ПРАВИЛЬНО, ЕСЛИ ВСЕ-ТАКИ ЗАБОЛЕЛ
- КОМУ И КОГДА ОПАСЕН ГРИПП
- КАКОЙ ВИРУС ДЕЛАЕТ ДЕТЕЙ ТУПЕЕ

«Вы знали, что 20% онкологических болезней спровоцированы инфекциями? Что хроническое воспаление губит наши сосуды? Что с каждым годом увеличивается шанс умереть, заболев банальным гриппом? Мы не можем много противопоставить окружающей агрессивной среде, но вот бороться с инфекциями пока можем. Узнайте, как сделать это правильно, и тогда всё у нас будет хорошо!»

– ВАШ ДОКТОР МЯСНИКОВ



Annotation

Эта книга у многих есть с другой обложкой, на которой написано «Свой-чужой: как остаться в живых в новой инфекционной войне».

Читатели стали называть ее просто «Инфекции», поэтому при переиздании мы дали ей то название, под которым она хорошо известна в народе.

- Что страшнее лихорадки Эбола
- В каком возрасте надо подумать о половых инфекциях
- Как лечиться правильно, если все-таки заболел
- Кому и когда опасен грипп
- Какой вирус делает детей тупее

«Вы знали, что 20% онкологических болезней спровоцированы инфекциями? Что хроническое воспаление губит наши сосуды? Что с каждым годом увеличивается шанс умереть, заболев банальным гриппом? Мы не можем много противопоставить окружающей агрессивной среде, но вот бороться с инфекциями пока можем. Узнайте, как сделать это правильно, и тогда все у нас будет хорошо!»

Ваш доктор Мясников

-
- [Александр Мясников](#)
 - [Предисловие](#)
 - [Глава 1. Кто в чьем мире живет?](#)
 - [1. Бактерии](#)
 - [2. Вирусы](#)
 - [3. Паразиты](#)
 - [4. Грибки](#)
 - [Глава 2. Тот самый иммунитет](#)
 - [Глава 3. От чего все-таки нас предохраняют прививки](#)
 - [Глава 4. «Кажется, я заболел \(а\)...»](#)
 - [1. ГРИПП](#)
 - [2. ОРЗ](#)
 - [3. Ангины](#)
 - [4. Острый бронхит](#)

- [Глава 5. О пользе мытья рук](#)
 -
 - [1. Стафилококковая инфекция](#)
 - [2. Менингит](#)
 - [3. Энтеровирусы](#)
 - [4. Гепатит А](#)
- [Глава 6. «Большие Братья»](#)
 -
 - [1. Туберкулез](#)
 - [2. Вирус иммунодефицита и СПИД](#)
 - [3. Хронические инфекционные гепатиты](#)
- [Глава 7. Путешествия за три моря](#)
 -
 - [1. Лихорадка Эбола](#)
 - [2. Чума](#)
 - [3. Малярия](#)
 - [4. Сонная болезнь или африканский трипаносомоз](#)
 - [5. Лихорадка Крым-Конго](#)
 - [6. ЖЕЛТАЯ Лихорадка и другие...](#)
 - [7. Боррелиоз или болезнь Лайма](#)
- [Глава 8. Секс и инфекционные болезни](#)
 -
 - [1. Уреаплазма](#)
 - [2. Хламидиоз](#)
 - [3. Гонорея \(триппер\)](#)
 - [4. Сифилис](#)
 - [5. Трихомониаз](#)
 - [6. Герпес](#)
 - [7. Инфекции мочевыводящих путей](#)
- [Глава 9. Понос и пищевые отравления](#)
- [Глава 10. Знакомьтесь – антибиотики](#)
- [Глава 11. Истории из практики](#)
 - [1. «Горячие» норвежские специалисты](#)
 - [2. Российско-американские отношения](#)
 - [3. Технологии каменного века](#)
 - [4. Родственные души](#)
 - [5. Случай на охоте](#)
 - [6. Обучение медицине по-французски](#)
- [Послесловие](#)

- [Полезные таблицы](#)



Александр Мясников

Инфекции. Как защитить себя и своего ребенка

© Мясников А.Л., 2015

© Тихонов М.В., фото, 2015

© Оформление. ООО «Издательство «Э», 2016

Предисловие

Как часто мы произносим фразу: «Если бы мне 3 года назад сказали, что произойдет то, что сейчас происходит, я бы никогда не поверил!». Отсюда, кстати, логический вывод – мы, скорее всего, неправильно представляем и прогнозируем свое будущее. Ведь пройдет еще 3 года, и мы опять будем удивляться: ну кто бы мне сказал в 2014-м, что... ну и далее по тексту! Вот и я: кто бы мне тогда сказал, что я буду писать книги? Только бы саркастически хмыкнул в ответ! Теперь же у меня ощущение, что я делаю полезное дело, – это и обнадеживает, и стимулирует!

Врач, общаясь с пациентом, концентрируется на его медицинских проблемах, часто не всматриваясь, что там, за камнями в желчном пузыре, за хроническим кашлем или болями в сердце... И возможно, это в какой-то степени оправдано: невозможно пропускать всех через свою душу, тогда не останется сил на диагностику и лечение. Как говорил главный герой моей настольной книги Леонида Соболева «Капитальный ремонт» лейтенант Ливитин: «Только хлопотно, доложу я тебе, целой ротой человеческих душ командовать. Пожалуй, в печали их вглядываясь, на стрельбе мишеней не разглядишь!»

Во время встреч с читателями, на теле- и радиопередачах ситуация другая: ваши вопросы, рассказы, истории, возражения, критика, дают представление о том, что вас волнует, что вам интересно, что бы вы хотели еще узнать. И действительно, разговор о самом главном – о нашем здоровье – не может никого оставить равнодушным! Кто-то согласен со мной и правильно воспринимает информацию, кто-то спорит и настаивает на своем, но вот чего я не вижу на таких встречах, так это равнодушных лиц!

Повышенный холестерин, стоит ли принимать статины, диабет, боли в спине и суставах, мигрень, БАДы, гомеопатия, стволовые клетки, судороги ног и многое-многое другое интересует вас, и о многом вы имеете свое представление. И как-то постепенно обрисовалась своего рода «слепая зона» ваших интересов – инфекции... Дальше вопросов «вредны ли прививки?» и «нужны ли антибиотики?» мы обычно не заходим. Почему? Все об этом знаем? Или решили, что инфекции – это проблема прошедшего времени, и в 21-м веке о ней и говорить нечего? Ах, как хорошо, если бы это было так! Кардиологи и онкологи с плохо скрываемой гордостью спорят, чьи болезни выкашивают больше людей, психиатры неожиданно поднажали и стали всех обходить по числу нетрудоспособных в результате

депрессий. И как-то никто не замечает, что спор этот происходит на крышке пороховой бочки с дымящимся фитилём и надписью «инфекции»!

Антипрививочное движение недалеких и ограниченных людей с явными психопатами и мошенниками во главе и преступно доступное и широкое применение антибиотиков привели к тому, что мы остались практически беззащитны! Да, мы уже почти победили врага, зажали его в угол, кого-то вообще извели... И расслабились!

Меня с детства возмущали сцены из фильмов, когда благородный главный герой, повергнув врага, поворачивается к нему спиной и уходит. А он, гад, приподнимается на одной руке и целится главному герою в спину! Как я возмущался: «Ну что же ты его не добил!»

А наш враг уже не приподнимается – встает в полный рост. И это уже не старые знакомые – наивные бактерии, падающие замертво при одном виде пенициллина. Это монстры, имена которых и не выговорить, и которым «закусить» антибиотиком только в радость! А мы все не замечаем этой зловещей гигантской тени за спиной и продолжаем гордо идти со спокойной улыбкой на лице и игрушечным кольцом в кобуре... «К оружию, граждане!». «Аих armes, citoyens!». СВОБОДА от инфекций, РАВЕНСТВО в лечебных подходах и БРАТСТВО здоровых и защищенных людей!

Глава 1. Кто в чем мире живет?

Ученые спорят о сроках появления «человека разумного», противопоставляют постулату божественного происхождения теорию Дарвина. Кто-то, понимая ограниченность и наивную прямолинейность предположения происхождения человека от обезьяны, кивает на инопланетян. Но все это мышьяная возня огромных кусков биомассы, вдруг оказавшихся в космически древнем мире микроорганизмов!

«И назвал Бог сушу землёю, а собрание вод назвал морями. И увидел Бог, что [это] хорошо.

И сказал Бог: да произрастит земля зелень, траву, сеющую семя, дерево плодовитое, приносящее по роду своему плод, в котором семя его на земле. И стало так».

Да, День третий, а ведь бактерии и вирусы уже были! Видимо, уже на День второй! Ведь сейчас в далеком космосе находят микроорганизмы, еще ни травы, ни «семена плодовитого», а они уже тут, извольте видеть! Бактерии, вирусы, прионы, грибы, простейшие – огромный мир живых существ, в который мы вторглись, никого не спросив и в дверь не постучав!

Бактерии проникли в организм самых первых людей. Хорошо, не Адам и Ева, но кто-то же был первым? Если это та самая пресловутая обезьяна, которая вдруг стала мыслить и пошла разжигать костер, – там и подавно микроорганизмы уже исчислялись миллиардами! Дальше вообще не очень понятно... Могли ведь сразу убить! До всякого там иммунитета – его надо было еще развить!

То, что я сейчас говорю, скорее гипотеза, не надо относиться к ней слишком серьезно. И все-таки меня поразило недавнее исследование, доказавшее, что токсоплазма может менять поведение людей!

Токсоплазма, попадая в организм человека, остается там навсегда. Исследование показало, что носители токсоплазмы и люди, свободные от нее, ведут себя по-разному. Дальше. Важнейшее и абсолютно незаменимое звено в цикле развития токсоплазмы – это кошки. Посмотрите, как мы их любим! Лелеем, холим! Пророк Мухаммед, чтобы не потревожить кошку, спавшую на широком рукаве его шелкового халата, вставая, просто этот рукав отрезал! В древней Грузии за убийство кошки полагалась смертная казнь!

Подумайте о трех фактах:

1. Доказано, что токсоплазма может менять поведение человека.

2. Токсоплазме необходимы кошки.
3. Большинство из нас обожает кошек.

Вывод, основанный на этих фактах, таков: токсоплазма, поселившись у нас в организме, подспудно генерирует у нас любовь к кошкам и заставляет проявлять заботу о них, превращая нас в своеобразных пастухов, необходимых их организмам!

Хотите опровергнуть? Для этого надо сравнить анализы крови на носительство токсоплазмоза у тех, кто обожает кошек, и тех, их не любит! Конечно, это до некоторой степени фантазии!

Но вот посмотрите, какое исследование провели в 2014 году американские онкологи и какие сделали выводы. Сравнив наши пищевые пристрастия и индивидуальные особенности микрофлоры кишечника и тщательно все проанализировав, они пишут: «Микробы обладают способностью манипулировать поведением и настроением (человека), изменяя нервные сигналы, перенастраивая наши вкусовые рецепторы путем выделения особых химических веществ и токсинов» (Athena Aktipis, PhD, Arizona State University, Phoenix)!

Теперь совесть может быть чиста: это не мы тянем очередную конфету в рот, не по своей воле наворачиваем зараз пачку пельменей, а потом еще и идем ночью к холодильнику – это всё живущие в нас бактерии дергают за веревочки, а без них бы мы, конечно, питались одними фруктами и цветочной пылью!

Микробы могут изменять поведение и привычки человека.
Так считают американские врачи.

Шутки шутками, но работы по исследованию возможности влияния бактерий на поведение человека продолжаются, и, боюсь, дождемся-таки данных о связи хламидийной инфекции или уреаплазмы с нашими предпочтениями в выборе половых партнеров! Хотя в 2012 году ВОЗ признала любовь заболеванием (да-да, код в Международной классификации болезней: F63.9), теперь не хватало еще, чтобы инфекционным!

Большинство обитающих в нас микроорганизмов – так называемые сапрофиты – живут, кормятся, но нам не вредят. Более того, некоторые из них нам необходимы для нормальной жизнедеятельности! (Только погодите бежать за полезными бактериями в аптеку, дочитайте сначала!) Может, мы своеобразные «коровы», домашний скот для микроорганизмов? Да и пусть, мы не гордые, жрите, только вредить зачем?! Видимо, беспредельщики»

есть везде! Или численность народонаселения действительно надо регулировать естественным путем (похоже, Мальтус был прав, вот и Дэн Браун о том же – если читали его «Инферно»)? На войны надежда была плоха – много ли мечом или кремневым пистолетом навоюешь? А как только мы стали себя уничтожать уже «промышленно» – пожалуйста, появились антибиотики, а то перебор получается! Сейчас же как-то вообще беспросветно: и о третьей мировой пишут как о возможной вещи, и лечебные возможности свелись к 50-летнему минимуму! Пора, пора включать мозг и сообща менять ситуацию!

Давайте знакомиться с микромиром, где мы то ли гости, то ли домашний скот, то ли жертвы...

1. Бактерии

Одноклеточные живые существа, со всеми присущими клетке структурами: оболочкой, ядром, цитоплазмой... Мы их увидели после изобретения Левенгуком микроскопа, хотя великие умы указывали на возможность их существования и раньше. Увидели... Я студентом никак не мог понять: как это совокупная биомасса бактерий на Земле составляет 500 миллиардов тонн?! Я думал, это вся Земля весит столько! Мы и живем-то только благодаря этой биомассе – только бактерии способны утилизировать азот атмосферы в нитраты, которые необходимы для синтеза белка! (А мы со школы помним фразу, больше похожую на лозунг: «Жизнь – это форма существования белковых тел!»). А тут еще и запасы углеводорода, и вклад в формирование атмосферы! Такую огромную массу вместе сложить – с Луны без телескопа можно увидеть! А мы микроскоп....

По их форме микробы разделили на шарообразные – кокки (пневмококк, стафилококк, стрептококк), палочки (кишечная, синегнойная и проч.), извитые (спирохеты и эмбрионы) и другие. В зависимости от реакции на стандартный в то время краситель (чтобы лучше в микроскоп разглядеть) они традиционно делятся на грамположительные и грамотрицательные».

Грам – это не единица веса в данном случае, а имя исследователя, который эту окраску ввел! Разные группы микробов обладают важными для врача особенностями: некоторые вырабатывают токсины (стафилококк, кишечная палочка) и образуют споры (столбняк, ботулизм), другим нет, некоторым необходим кислород для их жизнедеятельности, другим нет, некоторые обладают своеобразным «панцирем» из полисахаридов, другим нет. Потому те, у кого такой панцирь есть (пневмококк, менингококк, гемофильная палочка), губят людей с удаленной селезенкой и непривитых – такой панцирь разрушает только селезенка!

Общая масса бактерий на Земле – около 500 млрд тонн. Они необходимы для нашего существования.

Давайте познакомимся поименно с теми бактериями, которые у нас на слуху как основные виновники многих серьезных болезней.

Пневмококк. Частый возбудитель пневмонии, потому так и назван! Но он вполне может поспорить за лидерство за место, уже занятое другой

бактерией под названием менингококк, которая является наиболее частой причиной менингитов у детей (тот менингококк на втором месте!). Вообще, эта бактерия поражает наиболее часто детей до двух лет (отит!) и пожилых людей (65+). Отсюда очевидна необходимость прививок не только детям, но и людям в возрасте. Иначе по мере снижения естественного иммунитета у пожилых пневмококк рождает таких монстров! Это сепсис, воспаление клапанов сердца, суставов, костей, нервной системы...

Также очень подвержены поражающему действию пневмококка алкоголики и люди с удаленной селезенкой, как уже было сказано. Около 30 % всех пневмококков устойчивы к антибиотикам пенициллинового ряда. Вся надежда на прививки, благо вакцина есть!

Менингококк. Не такая уж, кстати, и агрессивная бактерия! Очень часто мирно живет в нашей носоглотке, не вызывая никаких болезней или симптомов. При проникновении по разным причинам в кровь большинство бактерий гибнут, столкнувшись с циркулирующими в крови антителами и «солдатами» еще одной защитной системы под смущающим своей узнаваемостью названием «комплемент» (о нем позже). Ну, а если вверх одержали менингококки, тогда и менингит, и менингококковый сепсис, а борьба за жизнь больного – с помощью антибиотиков (и, если бы они хоть действовали ну хотя бы как 15 лет назад).

Вакцинация от менингококка входит в список обязательных прививок (для безответственных родителей справка: смертность от менингита у детей – 30 %).

Золотистый стафилококк. Гнойные прыщи, фурункулы, а то и карбункулы (это слившиеся вместе фурункулы)... Мы их лечим, а они возвращаются снова и снова, отравляя нам жизнь. И это самая малая гадость, на которую золотистый стафилококк способен по отношению к нам! Дело в том, что эта бактерия сильно «вооружена». Продуцирует 2 вида токсинов, плюс вещество, разрушающее антибиотики, и еще много похожего! Эти токсины вызывают смертельно опасное осложнение – синдром токсического шока! Не слышали? Женщины, а тампонами пользуетесь? Ну конечно: хоть телерекламу сдвинули на другое время, теперь поесть можно не пряча глаз! Так вот, не так часто (1–3 случая на 100 000), но бывает и так: началась менструация, тампоны, а через 3–4 дня высоченная температура, вся кожа воспаленная, красная, понос, резкое падение давления, потеря сознания и возможная смерть!

Особенно в зоне риска те женщины, которые применяют тампоны с высокой способностью впитывать, те, кто меняет их редко и используют все дни менструального периода. Среди «внеменструальных» причин

синдрома токсического шока – хирургия с использованием протезов, имплантов, тампонов...

Заметки на полях

Как-то ко мне пришел главный врач соседней больницы и попросил совета по поводу своего родственника, стоит ли ему исправлять давнее искривление носовой перегородки? Храп, затруднение носового дыхания, конечно, делать надо! В остальном – здоров как бык, молодой, 45 лет. Положил я его к себе – мы славимся своим ЛОР-отделением – короткая операция и все хорошо. Хорошо первые 2 дня. А потом – в точности, как я только что описал: температура, сыпь, падение давления и шок! Больной в реанимации, приходят родственники, тот же соседский главврач, и я должен смотреть им в глаза и лепетать про 1–3 случая на 100 000 операций... Слава Богу, вытащили мы его с того света! А я сам по сей день так и продолжаю ходить с искривленной носовой перегородкой, все понимаю, но... Вместе с тем золотистый стафилококк часто живет на нашей коже и слизистых, не вызывая никаких симптомов до поры до времени. У кого-то он потом провоцирует гнойничковые инфекции кожи, у кого-то рвоту и понос, у кого-то инфекционное поражение костей или даже сердца! Вакцины нет, мойте чаще руки и соблюдайте правила личной гигиены!

Энтерококки. Бактерии круглой формы, которые собираются в цепочку. Источник – кишечник (кал), мочевыводящие пути... Вызывает воспаление сердца (эндокардит), почек и устойчива к подавляющему числу антибиотиков. Даже к такому «атомному оружию» среди антибиотиков, как имипенем! Вредность этой бактерии отмечали еще 100 лет назад, когда ее никак не брала ни высокая температура, ни высушивание! Вакцины нет. Защита – чаще мыть руки и другие места...

Стрептококк. Обычно мы знаем только это название, хотя их много разновидностей (тот же пневмококк относится к стрептококкам). То, что так часто вызывает ангины и может дать осложнения на сердце и почки, – стрептококк группы А. Он виноват еще и в ревматизме, скарлатине и в том же синдроме токсического шока (на пару с золотистым стафилококком). Стрептококковый фарингит (ангина) характеризуется наличием трех компонентов: температура за 38, увеличенные болезненные лимфоузлы на передней поверхности шеи и отечные миндалины. Если есть все три

признака – шанс стрептококковой инфекции 50 %! Наши действия: подтвердить мазком и назначить антибиотики на 10 дней как профилактику осложнений!

Группа Б не менее злая: поражает новорожденных (основная причина воспаления легких и менингитов у детей до трех месяцев, это потом пневмококк выходит на лидирующие позиции) и стариков. А также алкоголиков, диабетиков, беременных. Вакцины нет.

Гемофильная палочка. До появления вакцины вызывала основную часть менингитов у детей до 5 лет, так называемый эпиглотит – воспаление своеобразного «язычка» над гортанью, что может привести к удушью (!), пневмонию, артриты! Помните, что я писал про пневмококк и селезенку?

То же относится и к гемофильной палочке. Живет она у детей в слизистых дыхательных путях (к 18 месяцам жизни носители бактерии – больше 1/3 детей), передается воздушно-капельным путем. После введения в 1985 году вакцины число заболеваний, вызванных гемофильной палочкой, резко снизилось, смертность при них была 15 %... По официальным данным, в России от прививок отказываются 5 % родителей, в действительности, видимо больше, судя по вспышке потенциально контролируемых инфекций. Обидно смотреть!

Женщины должны с осторожностью пользоваться тампонами. Зафиксированы многие случаи, когда последствием был синдром токсического шока.

Синегнойная палочка. Один из самых неприятных микроорганизмов, основной источник головной боли врачей и исследователей. Очень распространен, особенно в воде, иногда даже в дистиллированной! Добро бы просто в воде... Синегнойная палочка живет в аппаратах искусственного дыхания и больничных раковинах, поражая и так тяжелобольных людей! Она – вторая причина пневмоний, полученных внутри больницы, причастна к инфекции мочевыводящих путей, к инфицированию послеоперационных ран. Смертельно опасна для больных со СПИДом, с обширными ожогами, муковисцидозом, диабетом, низким уровнем лейкоцитов. Для борьбы с этой бактерией разработаны специальные антибиотики – надо их знать и не применять неправильно! Вакцины нет.

Кишечная палочка. Как видно из названия, это палочка обитает в кишечнике. Является частью нормальной кишечной флоры. (Вы знали, что если собрать все мириады бактерий нашего кишечника, то их наберется

целый килограмм?). На каком-то этапе часть бактерий становится патогенной – способной вызывать болезни. В них проявляется генетический материал, который вырабатывает токсины и факторы, нарушающие защитный барьер кишечных клеток. Эта бактерия – самая частая в мире причина обезвоживания в результате поноса. Ответственна за массовые вспышки отравлений, за инфекции мочевыводящих путей (циститы). Может быть причиной смертельно опасных болезней: тяжелых гемолитических анемий, острого поражения почек... Вакцины нет. Основные предохранительные меры – мытье рук и личная гигиена, употребление мяса и рыбы хорошей прожарки, сырую рыбу есть только после предварительной заморозки, яйца готовить «вкрутую», столовую утварь после соприкосновения с сырым мясом всегда мыть сразу же.

Сальмонеллы. Они бывают разные, самая известная – та, что вызывает тиф: сальмонелла тифа группы Д. Приходит к нам с едой (молоком), водой. Во время мировой и гражданской войн эпидемии брюшного тифа выкашивали людей целыми ротами и опустошали фронты! Люди также могут быть и носителями. Где бы вы думали, мы ее носим до поры до времени? В содержимом желчного пузыря! Вакцина есть, не такая уж и эффективная: защищает процентов на 70–80...

Есть и нетифоидные сальмонеллы – частая причина пищевых токсикоинфекций, отравлений. Источник – замороженные продукты, особенно куры, молоко, яйца. Также возможно распространение через экзотических животных: игуан, черепах и проч. Лечение антибиотиками обычно не ускоряет выздоровление, а лишь переводит больных в разряд носителей, поэтому лечат время, терпение и большое количество жидкости!

Легионелла. По меркам микробиологии совсем недавно открытая бактерия – в 1976 году. Обитает в воде, передается воздушно-капельным путем. Те несчастные ветераны Американского легиона, у которых эта бактерия была впервые выделена, заразились через кондиционер. Действительно, кондиционеры, системы охлаждения и отопления, душ – лучшая среда для бактерии, у которой комфортная температура для размножения 40–60 гр. Вызывает воспаление легких, сопровождаемое и другими симптомами: поносом, спутанностью сознания, при низком уровне натрия. Рентгенограмма таких больных всегда выглядит значительно хуже, чем можно предположить, выслушивая больного фонендоскопом! Ключ к диагнозу: вовлечение в процесс различных органов и систем. Вакцины нет.

Листерия. Вот про эту бактерию мы практически не слышали. Вместе с тем про нее надо знать хотя бы беременным женщинам. Да, беременность

– это не болезнь, но состояние, при котором происходит снижение защитных сил организма (они же теперь прикрывают двоих, а то и троих-четверых). Листерия – такая бактерия, которая с сильным организмом может и не справиться (максимум, что грозит, это понос), а вот на слабых набрасывается! Она еще и бич алкоголиков, больных СПИДом и новорожденных: частая причина менингитов у этих категорий! Так вот беременные особенно чувствительны к инфекциям мочевыводящих путей. Поэтому к ним такое повышенное в этом плане внимание: если в обычной ситуации наличие бактерий в моче не требует лечения, то у беременных тут необходимо назначение антибиотиков и в первую очередь тех, что действуют на листерию! Здесь, кстати, тонкость: то, чем обычно лечат мочевую инфекцию, на листерии не действует! Поэтому беременным надо давать эффективный в этой ситуации и безопасный для будущей мамы ампициллин. Вообще, беременным надо помнить несколько простых правил предохранения от листерии. Надо исключить следующие продукты:

1. Мягкие сыры.

2. Хот-доги. Сосиски в булке. Родившись в Германии, завоевали всю Америку, а потом и мир! Перевод «горячая собака» смысла не имеет, история возникновения названия совершенно неубедительна. Как, впрочем, и происхождение слова ОК!

3. Мясную кулинарию.

4. Паштеты.

5. Копченые морепродукты.

Как видим, у листерии губа не дура, знает, где селиться! Вакцины нет.

Хелиобактр пилори. По частоте инфицирования человека занимает первое место! Врачи открыли ее еще 100 лет назад, но осознание ее роли в провоцировании стольких проблем у человека пришло только в 80-х годах XX века, когда была обнаружена связь между этим микроорганизмом и язвой желудка. Врачи за это исследование получили Нобелевскую премию, а мы уже 4-й десяток лет никак не привыкнем, что язва желудка – инфекционная болезнь! И эрозивный гастрит, и лимфома желудка, и еще некоторые малоприятные состояния! И как только эта бактерия только выживает в очень кислом содержимом желудка?

До 50 % населения Земли заражено этой бактерией. С возрастом эта цифра приближается к 80 %. Передается от человека к человеку (мы – основной ее резервуар), носителями могут быть и кошки, и овцы, иногда может передаваться с водой... Вакцины нет, одна надежда пока на внучку Аполлона – Гигиену! Нас еще в институте учили: Гигиена – дочка Эскулапа и внука Аполлона! Когда на экзамене по гигиене в свое время получил

одну из немногих троек, это запомнил на всю жизнь!

Заметки на полях

Ученые проследили последовательность генных изменений этой бактерии и пришли к заключению, что ей уже как минимум 58 000 лет, примерно тогда же человечество стало расселяться из своей колыбели – Африки. Теперь врачи (и я в том числе) активно стараемся ее искоренить: вот искореним – и не будет у нас язв, эрозий и изжоги... Но ведь получается, что без этой бактерии люди никогда и не жили! Нарушить экосистему легко, но истребишь вредных насекомых – и начинают от голода вымирать птицы и далее по цепочке... Может, отчасти и поэтому сегодня рекомендации такие: изничтожать хелиобактер пилори, только если есть симптомы – диспепсия, изжога, боль. Если бессимптомное носительство, то и не трогать!

Спирохеты. Ну, это мы знаем! Бледная спирохета, сифилис – кто не слышал? Ну да, уже 500 лет как впервые описали эту болезнь! Передается, как вы понимаете, половым путем. Все эти объяснения типа «был в бане, взял чужое полотенце» не прокатывают! Правда, студентом видел милиционера, у которого первичное сифилитическое поражение – твердый шанкр, было на руке: его укусил бомж при задержании! Лечится довольно легко. Поскольку этот самый шанкр не болит и может быть не на виду, многие не начинают лечиться вовремя. Тогда может угрожать вторичный сифилис – мультисистемная болезнь, поражающая мозг, аорту и многое другое. Отметьте, что есть два вида анализа на сифилис: один будет положительным всегда, даже если вы давно вылечились (это FTA-ABC), другой «ловит» только реальное наличие спирохеты (VR.DL– и RPR-тест).

И еще: если у женщины повторные выкидыши, были тромбозы и вдруг появился положительный тест на сифилис – не спешите с диагнозом! «Сифилис» в данном случае – это классическое проявление антифосфолипидного синдрома (при волчанке или склеродермии), и тест этот ложноположительный, там свои лабораторные тонкости.

Спирохеты бывают не только бледные. Ниже будет сказано про болезнь Лайма или боррелиоз, которую распространяют клещи. Там возбудитель тоже спирохета, только другая ее разновидность. Коварная болезнь, поражающая не только кожу, но и сердце, суставы, нервную систему. Может давать ложноположительный тест на сифилис (тот, что остается положительным навсегда).

Есть еще и *лептоспироз*. Эта спирохета передается с водой и через зараженных животных, очень распространена в странах третьего мира, поражает печень, мозг, легкие... От спирохет вакцин нет.

Клостридия. Не слышали про такую? Слышали! «Клостридиум ботулиnum» вызывает ботулизм и вырабатывает самый сильный из известных в природе токсинов! Намертво блокирует передачу нервных импульсов и вызывает паралич мускулатуры. Ботокс – лекарство на основе этого токсина – применяется не только в косметологии, но и при лечении мигрени, астмы и даже запоров! Клостридия тетании вызывает столбняк. А вы привиты? Это единственная клостридия, против которой есть надежная вакцина).

Есть еще несколько разновидностей клостридии, остановлюсь на одной – клостридии диффициле. Дело в том, что в нашем повальном увлечении дисбактериозом мы упускаем смертельную опасность, которую может нести токсин именно этой бактерии. Понос, который иногда развивается во время и после приема антибиотиков, часто обусловлен прямым действием этих антибиотиков (особенно таких популярных, как Сумамед и Клацид) на моторику кишечника. Причиной может быть и тот самый дисбактериоз. Только в отличие от того, что нам непрерывно внушают, это банальное и совершенно доброкачественное состояние: микрофлора успешно и быстро восстанавливается сама. Можно ли пить «полезные бактерии»: Линекс и разные там кефирчики? Можно, конечно, хуже не будет. Деньги-то ваши! Только на микрофлору они никак не влияют и тут же благополучно «выкакиваются» нашим организмом.

Но бывает и так: через неделю-другую после приема антибиотиков развивается понос; врач, озабоченный тем, чтобы выписать вам побольше этих бессмысленных «полезных бактерий», не учитывает возможность развития токсического острого поражения толстой кишки в результате неудержимого роста «клостридии диффициле» и оставляет больного без лечения этой грозной болезни. Тут надо не кефирчики давать, а опять-таки антибиотики: Ванкомицин или Метронидазол (после подтверждения наличия токсина клостридии диффициле в стуле).

Последнее время доказал свою эффективность в лечении этой инфекции и другой, сразу скажем, малоаппетитный способ – пересадка кала от здорового человека. Да-да, не шучу, это общепризнанно и достаточно эффективно. Как вам такой способ лечения дисбактериоза? Это уже не кефирчик! Представляете рекламу по телевизору: «расстройство желудка? Бурчит в животе и тяжесть? Наши специально откормленные доноры готовы предоставить вам кал высокого качества!»

Увлекаясь «лечением» дисбактериоза, важно не пропустить момент, когда необходима неотложная терапия антибиотиками.

Хламидии. Есть несколько разновидностей, одна из них ответственна за наиболее часто встречающееся заболевание, передающиеся половым путем, – хламидиоз. Часто протекает бессимптомно, приводит к воспалениям, внематочной беременности и бесплодию. Другую ее разновидность недавно переименовали из хламидии в хламидофилу. И что за страсть постоянно эти бактерии переименовывать?! Только запомнишь, а уже переименовали! А бывает и того хуже: столетиями рассматривали микроорганизм как паразит, а тут раз – и он уже гриб. Так вот, она вызывает воспаление легких и, возможно, виновата в таком тяжелом и широко распространенном заболевании, как атеросклероз сосудов! Но об этом подробно позже. Вакцины нет.

Конечно, бактерий еще великое множество и если знакомить вас со всеми, получится многотомник. Выше перечислены основные, кроме того, далее в отдельных главах мы будем говорить об основных инфекциях, поэтому некоторые достойные нашего внимания микробы здесь опускаю, чтобы впоследствии не повторяться!

2. Вирусы

Если про строение бактерий все, вроде, доступно пониманию, то с вирусами сложнее. Про электрон Ленин сказал: он также неисчерпаем, как и атом! (Всегда поражался этим примером прикладного применения философии к физике! И ведь прав оказался! Владимир Ильич вообще очень эффективно использовал отвлеченные, казалось бы, понятия науки в сугубо практических целях). Вот и параллель: бактерия – мельчайший атом, клетка. Может ли быть что-нибудь меньше? Может! Это электрон, в нашем случае вирус (а там и еще более мелкие прионы – ну точно по Ильичу). У клетки-бактерии и оболочка, и ядро, и цитоплазма, и своя «электростанция» – митохондрии, у кого-то жгутики всякие... У вируса ничего этого нет! Цепочка аминокислоты: либо ДНК, либо РНК, сверху белок – и практически все! Остальное он забирает из клеток, из которых состоят наши ткани. Внедряется, перепрограммирует – и теперь клетка уже работает на вирус! (А вы думаете почему называются «вирусом» то, что хакеры внедряют в наши компьютеры, которые начинают от этого «глючить»?). Потому и антибиотики на них не действуют!

Антибиотики ведь как работают? Или оболочку растворяют – и бактерия гибнет, или размножение блокируют, или ядро разрушают... А если ничего этого нет? Как бой с тенью: размахнулся, прицелился – ну держись! – а бить некуда! Легкая рябь в воздухе и пустота! Пытаемся создавать специальные противовирусные препараты; только создадим, проверим, зарегистрируем – и на тебе, вирус чуть мутировал, и все насмарку!

Заметки на полях

В Таиланде популярно шоу слонов. Как-то наблюдали, как они занимались своим делом, и вот один из них захотел совокупиться со своей подругой. Дело житейское, у животных лишено интимности. Слон приготовил свой невероятной длины аппарат, взгромоздился на слониху, которая флегматично что-то жевала, прицелился... Слониха чуть вильнула бедром, и огромный «снаряд» прошел мимо! Самец пошел на новый заход. Он долго ждал, пока его качающийся отросток попадет в правильную плоскость (рук-то нет, как направить?)... и вдруг неуловимое движение бедер жующей партнерши... – и опять

мимо! Туристы, столпившиеся вокруг, горячо сопереживали на разных языках, слон делал все новые попытки – все тщетно!

Привожу эту историю как иллюстрацию того, как даже минимальное усилие может разрушить самые радужные и хорошо проработанные планы!

Считается, что если бы мы могли выбирать себе врагов, мы бы давно выродились. Но выбирать не приходится. Микробиология и вирусология – это как арифметика и высшая математика! Ведь вирус даже и не организм, строго говоря! Ну нет у них органелл и систем, необходимых для попадания под это определение. Однако они обладают многими признаками живых существ: способностью размножаться, наследственностью, изменчивостью, приспособляемостью к условиям окружающей среды.

Вирусы вызывают огромное количество болезней: большинство проходят бессимптомно и сами, некоторые смертельно опасны. Уверен, что в будущем будут обнаруживаться все новые вирусы, и не одна еще болезнь окажется на деле следствием их инвазии!

Давайте, как и в случае с бактериями, перечислим основные группы вирусов, чтобы хоть приблизительно в них ориентироваться. Потому что, если названия некоторых бактерий хоть как-то на слуху, то вирусы для большинства все на одно лицо!

Вирус «простого» герпеса. Бывает двух типов. Первый поражает губы, ротовую полость и глотку, второй – гениталии. Чрезвычайно распространен, 1-м типом заражено 90 % населения Земли! Дело в том, что, попав в организм, все вирусы семейства герпесов (а это и простой герпес, и герпес «зостер», и вирус Эпштейна-Барр, и цитомегаловирус) остаются там навсегда. Сначала период острой инфекции, потом годы ожидания и снова реактивация! Для простого герпеса 1-го типа реактивация провоцируется стрессами, нахождением на солнце, менструацией, стоматологическими процедурами. Как многие из вас испытали на своем опыте, противовирусные мази не помогают; тем кого «допекло», приходится принимать препараты внутрь. Ни от 1-го, ни от 2-го типа герпеса вакцины нет.

Необязательно делать анализ на вирус простого герпеса, так как положительный ответ не несет полезной информации.

Герпес в области половых органов болезнен и опасен для беременных,

вернее, для новорожденного. Поэтому женщина с герпесом на гениталиях рождает при помощи кесарева сечения. Если герпес внизу (2-го типа) чаще б раз в год, рекомендуется постоянный профилактический прием противовирусного препарата (читайте книгу «Русская рулетка»).

Анализы на наличие простого герпеса делать смысла большого нет: наверняка будет положительны антитела (помните – 90 %?), в том числе и антитела острой фазы, проявлений же, скорее всего, не будет – реактивация запустила иммунный ответ, но до клинических проявлений не дошло. Напомню моим постоянным читателям и даю полезный совет тем, кто еще не читал мои предыдущие книги: после слов «положительный» в тексте анализа смотрите на три латинские буквы следом. IgG – это инфекция в прошлом, была и уже нет, часто эти антитела остаются на всю жизнь! IgM – это период острой инфекции.

Герпес зостер. Вызывает ветрянку. Попав в организм, остается там пожизненно. Живет в нервных сплетениях и ждет своего часа. Ждет долго, при ослаблении организма или с возрастом реактивируется и вызывает опоясывающий лишай, который может сопровождаться дикими болями! Причем сначала боли, потом пузырьки, собственно, пузырьков может и вовсе не быть. Не буду повторяться, запомните одно: против герпеса зостер есть вакцина и прививка, необходимая не только детям, но и людям после 60 для предупреждения крайне болезненной реактивации!

Заметки на полях

Я бы на вашем месте купил бы все мои книги! И вам будет полезно, и мне приятно! Да, есть повторы, но избежать их нельзя – в нашем организме все взаимосвязано: говоришь про кардиологию и неизменно упоминаешь про инфекции, про кишечник – с ним тесно связаны суставы и проч., и проч. Поэтому часто ценная информация оказывается разбросанной по разным книгам, но я не вижу большой беды, чтобы повториться: лучше запомнится! Что-то изменилось даже за прошедшие 2 года, и я это включаю в книгу. Остальное же – необходимый запас основополагающих медицинских знаний, которые могут помочь вам выбрать правильную линию поведения при столкновении с болезнью.

Как-то на встрече с читателями встала девушка – она оказалась студенткой медицинского института – и рассказала, как во время учебных обходов палат пациентка спросила молодых будущих медиков: «А вы доктора Мясникова читали?»

Услышав отрицательный ответ, сказала: «Не буду с вами разговаривать: идите и почитайте сначала».

Приятно, что не зря тружусь! Думаете, мания величия одолела? Здесь не то: к сожалению, очень мало адекватных и грамотных книг по медицине! Не хотите Мясникова – прочитайте доктора Родионова или Дэвида Агуса.

Цитомегаловирус. Крайне распространенный вирус. Половина населения Земли сталкиваются с ним уже к 35-летнему возрасту. Для подавляющего большинства не опасен, и встреча с ним проходит бессимптомно. Совсем другим вирус предстает перед теми, у кого снижен иммунитет, например, больными СПИДом! Также набор смертельно опасных и коварных болезней часто получает человек, которому необходима пересадка органов. От донора вместе с органом заносится и, казалось бы, безобидный вирус: но чтобы орган прижился, больному вынуждены давать лекарства, угнетающие иммунный ответ. И тут уж вирус разгуляется: системная цитомегаловирусная инфекция затронет и мозг, и почки, и печень, и глаза, и надпочечники! Часто таким больным необходимо принимать препараты против этого вируса пожизненно. Также может вызывать патологию плода у беременных. Вакцины нет.

Вирус Эпштейна-Барр. Еще один чрезвычайно распространенный вирус из семейства герпесов. Как и они все, попав человеку в кровь, остается там навсегда.

Этот – в лимфоидной ткани носоглотки: миндалинах, слюнных железах... У кого-то эта встреча протекает практически бессимптомно, у кого-то развивается инфекционный мононуклеоз с соответствующими проявлениями: температура за 38, разбухшие и отечные миндалины, увеличенные шейные лимфоузлы. Передается со слюной («целующаяся болезнь»), через общую посуду, но может и половым путем! Проходит сам, но берегите селезенку: она при мононуклеозе увеличивается и еще месяц после болезни при небольшой травме может «лопнуть», а это уже смертельно опасно! «Нехорошость» этого вируса в том, что он доказанно может вызывать онкологию – лимфомы (лимфогранулематоз) и рак носоглотки – один из примеров инфекционного онкологического заболевания! Многие исследователи винят именно этот вирус в синдроме хронической усталости! Вакцина есть, но не очень эффективная, усиленно работают над новой.

Риновирус и респираторно-синцитиальный вирусы. Вы все их очень хорошо (и даже слишком!) знаете. Это они вызывают ОРЗ (острое

респираторное заболевание). Чиханье, кашель, температура проходят сами, хотя в редких случаях приходится госпитализировать детей с необычно тяжелым течением этой инфекции.

Вирусы гриппа. Все еще одна из ведущих причин смерти от инфекционных заболеваний! Особенно опасен тем, кому больше 55 лет и с наличием ХОБЛ – хронической обструктивной болезни легких. Это название объединяет хронический бронхит, пневмосклероз и эмфизему легких. Кстати, на 95 % болезнь курильщиков. Как бы там ни спорили о пользе или вреде вакцинации, помните: вакцина снижает смертность от гриппа на 33 %!

У человека наблюдаются три типа вируса гриппа: А, В и С. Дальше все, как и в сказках: «старший умный был детина, средний сын – так и сяк, младший вовсе был дурак». Ежегодные эпидемии гриппа вызывают типы А и В, тип С – только что-то типа легкого ОРЗ. Важно знать, какой вирус гриппа вызывает эпидемию: некоторые популярные противовирусные препараты действуют только против вируса А и никак против В!

Про прививки разговор нам еще предстоит, а пока один из самых частых вопросов – о «птичьем», «свином» и прочих «звериных» гриппах. Действительно, болеть гриппом не является привилегией homo sapiens (человека разумного), множество разновидностей вирусов гриппа циркулирует среди животных и птиц. Могут они вызывать заболевания и у человека. Особенную роль тут играют свиньи. Сами они гриппом не болеют, но у них в глотке (трахее) имеются особые рецепторы, в которых себя уютно чувствуют вирусы как человеческого, так и «птичьего» гриппа. Настолько уютно, что происходит их «смешивание» и появление новых, невиданных ранее штаммов.

Конечно эпидемии, вызванные мутированными разновидностями вирусов «птичьего» или «свиного» гриппа, – это не открытие последних лет, когда появление у человека «птичьего гриппа» объявили чуть ли не апокалипсисом! Всегда этот вирус был, и всегда люди им болели. Только кто тогда разбирался в этих вирусах и их разновидностях! Ажиотаж возник из-за того, что если к привычным разновидностям вируса гриппа мы готовы, то «звериные» штаммы, мутировавшие и перемешанные друг с другом и своими «человеческими» собратьями, требуют других подходов, вакцин.

Потенциально болезнь может протекать значительно агрессивней: ни следов иммунитета к ней, ни клинического опыта у участковых врачей... Ну, а дальше переоценка угрозы (возможно, умышленная?), огромные деньги на исследования и вакцины (взятый ВОЗ наш лозунг: «Родина в

опасности!», спишет все), все по Булгакову: «люди как люди... Любят деньги, но это всегда так было».

Но, кстати, если тогда пронесло, то это не значит, что такой сценарий невозможен. Еще как возможен! Вспомните «испанку» начала XX века, которая унесла в только 1918 году больше жизней, чем бубонная чума, во время ВСЕХ эпидемий, опустошавших средневековую Европу. Предположительно, это и был мутировавший вирус птичьего гриппа! («чистый» вирус птичьего гриппа от человека к человеку не передается, только от птиц к человеку. Во всяком случае, иное толком не доказано).

Грипп по-прежнему является лидером по числу смертей от инфекционных заболеваний.

Прививка уменьшает опасность на 33 %.

Ротавирус. Частая причина гастроэнтерита у детей. Острое возникновение поноса приводит к резкому обезвоживанию, как результат – по миру ПОЛМИЛЛИОНА смертей в год! Передается орально-фекальным путем.

Это только так кажется, что такой путь вам не грозит – мы же не едим фекалии. Трогаем разные поверхности руками (а кто их там трогал до этого?), потом берем столовые приборы и т. д. А вода? В бутылках – да, конечно, да и то результаты ее бактериологического исследования часто ужасающи! А кипятить мы перестали. Как вирус попадает в воду? Возьмите учебник 3-го класса: водоворот воды в природе. Как ни прискорбно звучит, но все, что мы пьем, кто-то до нас уже пил! От ротавируса есть прививка, с 2014 г. она доступна и у нас!

Аденовирус. Частая причина ОРЗ и гастроэнтеритов у детей. Может вызывать конъюнктивиты, отиты, ангины и даже воспаления легких. Врачи посчитали, что 10 % всех болезней у детей, которые сопровождаются повышением температуры, вызываются именно аденовирусом. Появилось исследование, указывающее на возможную связь аденовирусной инфекции и ожирения! Передается, как и большинство вирусов, воздушно-капельным путем.

Вакцина одно время применялась для предотвращения вспышек инфекции в общежитиях и казармах, потом от нее отказались в связи с недостаточной эффективностью. Но аденовирус, в свою очередь, стал объектом исследования как возможный инструмент в генной терапии и для создания вакцин против опухолей и таких инфекций, как СПИД и малярия.

Вирус папилломы человека. С этим вирусом сталкивались все, у кого

когда-либо бывали бородавки. Около 100 видов, некоторые из них предпочитают селиться в коже, большинство же – в слизистых, особенно урогенитальной зоны. (Типы 6, 11, 16, 18, 24 и 31 вызывают папилломы в урогенитальной области, но только 16, 18, 24 и 31 могут вызвать рак шейки матки. Получается, чем номер вируса выше, тем он злобнее! 1, 2 и 5 вызывают только подошвенные бородавки). Передается от человека к человеку при тесном контакте, преимущественно при занятии сексом.

Этот вирус – причина некоторых онкологических заболеваний. Классически это рак шейки матки, полового члена, влагалища, анального отверстия, гортани... – вообще, практически везде, где есть доступные (и не только вирусу!) слизистые. Вакцина есть. О чем думали родители тех 500 тыс. непривитых девочек, которые заболевают раком шейки матки в более взрослом возрасте, не знаю... Разговор об этих прививках у нас еще будет.

3. Паразиты

Не спешите радоваться, увидев этот подзаголовок. Те, кто думает, что все болезни у нас от паразитов, здесь самая ценная информация будет для вас в том, что это далеко не так. Ведь что такое медицинская недобросовестность и прямая «разводка» невежественных (уж извините!), но встревоженных своим самочувствием людей?

Иллюстрацию получить очень легко: наберите в Интернете слово «паразиты»! Сотни сайтов, расписывающих ужасы, когда мириады отвратительных тварей с инопланетного вида ртами-присосками сосут, грызут и рвут наше многострадальное тело! В описании этого процесса составители подобных статей иногда достигают высокохудожественного уровня, достойного лучшего применения. Многие десятки клиник предлагают выявить ваших паразитов и очистить вас от них! Множество рецептов очищения от паразитов (все на травах!), специальные диеты и, конечно же, БАДы!

Вся недопустимость этой ситуации в том, что самые большие паразиты здесь как раз эти клиники. И наиболее эффективно они очищают... от денег ваши кошельки! Более того, они своими «страшилками» и недостоверной информацией буквально инвалидизируют наше население! Ведь одно из самых распространенных на Земле психических отклонений – «иллюзорный паразитоз» – состояние, при котором люди начинают думать, что они заражены паразитами, и это источник всех их бед!

Это отдельная медицинская проблема, потому что пациенты с подобной фобией наносят себе вред постоянными «чистками от паразитов», губят свою печень травами и БАДами, у них меняется нормальная модель поведения.

Заметки на полях

В конце 2014 года вышло исследование, где был продемонстрирован скачок доли удельного веса трав и БАДов в развитии токсического поражения печени. За 10 лет число тяжелых случаев токсического гепатита по их вине выросло с 7 % до 22%! Причем эти случаи намного чаще требовали пересадки печени, чем те, что были вызваны обычными, стандартными препаратами!

Так что же никаких червей-паразитов нет и это все миф? Ну почему же – конечно же, есть! И болезни вызывают, и есть страны, где они распространены широко. Только в нашей стране удельный вес таких болезней достаточно низок. И в любом случае эти болезни-гельминтозы имеют достаточно четко очерченную клиническую картину. Основная профилактика: соблюдение элементарных гигиенических правил! В нашей боязни паразитов мы представляем их червями, как примерно, дождевыми, может, чуть меньше. Строго говоря, у нас не «паразитобоязнь», а «червебоязнь» (сейчас увидите, что здесь огромная разница). Да, и такие есть, есть и больше, но, повторюсь, черви-гельминты занимают совсем небольшую нишу, самое последнее место в иерархии инфекционных болезней в условиях нашего климата.

Другое дело – некоторые микроорганизмы. Они в большинстве своем одноклеточные, но обладают уже иными возможностями и путями размножения и питания, чем бактерии, и они как раз и составляют основной класс паразитов с медицинской точки зрения (называются «протозоа»). Давайте с ними познакомимся.

Токсоплазма. С биологической точки зрения относится к классу паразитов. Для размножения необходим кошачий организм, без него токсоплазма существовать не может! Но мы заражаемся токсоплазмой далеко не всегда через кошек.

Основной источник токсоплазмоза для людей – непрожаренное мясо и некипяченая вода. Кошки выделяют токсоплазму только 3 недели после заражения. (А заражаются они также через мясо: кошки, которые всю жизнь на консервах или сухом корме, токсоплазмоз не переносят). При этом только что кошками сделанное заразным не является (даже если кошка и носитель). Поэтому необходимо менять ей лоток ежедневно. Как токсоплазма попадает в мясо? Все тот же круговорот, только теперь токсоплазмы, в природе! Мириады кошек по всему свету, извиняюсь, испражняются на землю, траву, воду, дальше травоядные животные едят, жуют и пьют, мы в свою очередь едим их и кормим наших пушистых любимцев (видели бы вы моего кота!). Круг замкнулся! А тут еще и вода, и не помытые вовремя руки...

В итоге 10–15 % людей в возрасте от 15 до 45 лет имеют в крови следы этой инфекции (в Бразилии до 80 %). Токсоплазма, раз попав в организм, остается там навсегда! Дремлет в нервной и мышечной тканях. Подавляющее большинство из нас – люди с нормальным иммунитетом, который так и удерживает токсоплазму в спящей форме. У некоторых могут быть легкое недомогание по типу простуды, увеличенные лимфоузлы,

изредка – воспаление глаз. А вот почему мы все так озабочены токсоплазмозом – он может вызвать поражение нервной системы у плода, поэтому всем беременным проводится скрининг на наличие этой инфекции. Но и здесь не так все линейно просто!

Если скрининг показал на 13-й неделе даже наличие острой инфекции, то шанс поражения плода только 1–3 %: антитела IgM (помните, о чем это говорит? См. выше) остаются повышенными долго. Положительный тест надо обязательно повторить через 2 недели. Вот если в первом анализе было IgM положительный, и IgG отрицательный, а во втором и IgG стал положительным, значит, здесь и правда острая инфекция, и теперь нужно проводить амниоцентез – брать образец околоплодных вод на анализ, чтобы узнать, инфицирован ли ребенок?

Запомните это, пожалуйста. Пишу так подробно потому, что неоднократно видел, как неправильно интерпретировались анализы пациенток, и к чему это вело. И наконец: вакцины нет, беременеть после острой инфекции можно через 3 месяца.

Заразиться токсоплазмозом можно не только из-за горячей любви к кошкам, но и через некипяченую воду и непрожаренное мясо.

Плазмодии малярии. Вызывают (как видно из названия) малярию. Переносятся отдельной разновидностью комаров, которые являются необходимым звеном в жизненном цикле паразита. Болезнь далеких тропиков? Ну да, хотя еще недавно малярия выкашивала целые деревни в Италии, Франции, южных провинциях Российской Империи и даже СССР (Поволжье, Грузия, Средняя Азия). Сейчас ареал болезни действительно сжался до тропического пояса. Но с появлением авиации мир стал маленьким, за полдня мы свободно перелетаем из полушария в полушарие: в одном незаметно укусил комар, в другом уже слег с температурой или впал в кому! О малярии мы еще будем говорить в соответствующей главе.

Трихомонада. Этот микроорганизм – вторая после вирусов причина ЗППП, т. е. заболеваний, передающихся половым путем. Поражает женщин чаще, чем мужчин, может протекать до поры бессимптомно. После заражения часто не проявляется несколько месяцев, так что иногда бывает трудно проследить причинно-следственную связь. (Потом – вопросы доктору: «Откуда? У меня же уже 3 месяца никого не было!»)

Заметки на полях

Вот кому нельзя быть ни наивным, ни доверчивым, так это докторам! Боли в животе, нарушения менструального цикла, воспаления: врач приемного покоя должен рассматривать любую диагностическую концепцию, в том числе и беременность. Сколько раз я слышал пламенные уверения, что «это невозможно!», что «я не живу половой жизнью», и даже «доктор, вы с ума сошли, мне же столько лет!». И неизменно получал положительный тест на беременность!

Если для малярии нужны комары, то для трихомонады нужны только люди, ни в каких промежуточных хозяевах она не нуждается. По весьма приблизительным данным заражены ею 2–7 % жителей Земли, которые передают этот микроорганизм друг другу с понятным энтузиазмом! Женщинам это не только неприятно (имеется ввиду не процесс, а последствия), но и может быть чревато и уретритом, и циститом, а то и недоношенной беременностью!

Есть еще несколько микроорганизмов, которые относятся к «протозоа» (амебы, лямблии, изоспора, криптоспора – частые причины острого гастроэнтерита), но, я думаю, для нашего краткого курса перечисленных будет достаточно.

4. Грибки

Мы все помним еще с советских времен: принимаешь антибиотики – принимай и противогрибковый препарат нистатин (весьма был популярен!), потому что убиваешь бактерии – на их месте вырастают грибы! В тяжелых, реанимационных случаях это иногда может быть и так, в мирной жизни – это экзотика. Ну, многие не понаслышке знают про грибок ногтей и волос, а кандидоз половых органов давно возведен нами в ранг инфекций, передающихся половым путем (что совсем НЕ ТАК!).

Какие же наиболее распространенные патогенные грибки? Знакомьтесь: кандида – обычная причина инфекционных заболеваний у больных с нарушенным иммунитетом, неконтролируемым диабетом и при длительном лечении антибиотиками или стероидными гормонами.

Про кандидоз половых органов мы будем говорить позже, но если там вся проблема решается однократным приемом флюконазола, то бывают и другие, более грозные, проявления этой грибковой инфекции! Это специфические септические тромбофлебиты и кандидоз печени. Требуют интенсивного лечения и удаления всех катетеров. У больных со СПИДом и другими реальными причинами иммунодефицита надо быть очень настороженными, следить за полостью рта и регулярно исследовать глаза: распространение процесса начинается именно оттуда!

Кандида – самый распространенный грибок.

Но он не поражает здорового человека.

В зоне риска – люди с ослабленным иммунитетом, нелеченым диабетом, а также принимающие антибиотики или стероидные препараты.

Гистоплазма. Часто обнаруживают у птиц и летучих мышей. Их помет бывает заразен, в результате у любителей голубей или тех, кто разводит домашнюю птицу, а также у любознательных путешественников может развиваться специфическая пневмония. При этом на небе могут возникать язвочки, и селезенка будет увеличена. Иногда может провоцировать образование «каверн» (полостей) в легком, и тогда такой больной часто идет по жизни с диагнозом «туберкулез»!

Дерматофиты. Грибки («тинья корпорис»), поражающие кожу. Всем нам знакомые проблемы: перхоть, пальцы ног, ногти, волосы. Основной

принцип предохранения – строгое соблюдение правил личной гигиены.
Давайте напомним:

1. Не пользуйтесь чужими полотенцами или одеждой.
2. Спортзал, бассейн, душ – обязательно шлепанцы или другая обувь!
3. Если у вас «атлетическая стопа» – грибковое поражение ног, сначала надевайте носки, а потом нижнее белье. Так предохраняется распространение инфекции по телу дальше!
4. Избегайте тесного белья. Меняйте его (и носки!) минимум раз в день.
5. Если у ваших любимцев – собак, кошек появилось гнездовое выпадение шерсти, начинайте их лечить. Высока вероятность, что это тинья корпорис!

Глава 2. Тот самый иммунитет

Мало терминов, которые, казалось бы, нам так понятны! Ну как же: иммунитет – это защитные силы организма, сопротивляется болезням! Если он хороший – человек не болеет, если плохой, то и чего ожидать? Все плохо и надо срочно его укреплять! Так-то оно так, только хочется повторить слова Ильича: «страшно далеки они от народа!» В нашем случае – от реальности.

Тут все очень и очень непросто! И такие примитивные представления – питательная среда для распространения всевозможных липовых «иммуностимуляторов», которые мы с таким энтузиастом скупаем! Что далекие от медицины люди... Врачи (!) выписывают их с не меньшим энтузиазмом, часто взамен реально необходимых лекарств!

Заметки на полях

Недавно одна уважаемая доктор рассказала мне трагический случай, произошедший с её подругой. Началось банально: температура, кашель, одышка... Участковый врач лечил на дому и приходил за время болезни несколько раз. Больной стало хуже, и в итоге молодая женщина не выдержала, вызвала «скорую», но почти сразу по приезде в больницу умерла! Запущенная пневмония и дыхательная недостаточность... С ней были рецепты, что выписывал лечащий врач: 4 разновидности иммуностимуляторов (!) и ни одного антибиотика!

Отгадайте, сколько иммуностимуляторов разрешено к применению в Западных странах? НИ ОДНОГО! Почему? Потому что ни один из тестируемых препаратов не доказал своей эффективности, а вот побочные действия бывали! Подробнее об этом читайте в моей самой первой книге «Как жить дольше 50 лет: честный разговор с врачом о лекарствах и медицине», а сейчас попробуем разобраться в арифметике иммунитета. Иммунология – одна из наиболее сложных медицинских наук, поэтому многие постулаты буду сильно упрощать, чтобы в основном все было не только научно, но и понятно!

Нашу линию защиты от инфекций обороняют 3 мощных подразделения:

- специальные белки – антитела, циркулирующие в крови, как

подводные ракетноносцы на страже родины;

- клетки-лимфоциты, среди которых есть и профессиональные ликвидаторы – «киллеры» (они так и называются), и пожиратели чужаков – макрофаги (эти, правда, не совсем лимфоциты), и вспомогательные части (эти клетки так и называются «помощники»);

- система «комплемента» – своего рода «спецназ» из белков, охраняющих наш организм на особый манер.

Штаб, управление, снабжение, мобилизация и коммуникации: лимфоидная ткань, лимфоциты и вообще – белые кровяные клетки. Все вместе называется иммунной системой. Какие-то защитные системы передаются нам с кровью и молоком матери, большинство же формируется в течение всей нашей жизни в зависимости от столкновения с теми или иными инфекционными и прочими патологическими агентами. Эти самые патологические агенты в иммунологии называются АНТИГЕНАМИ. Называются так не потому, что они имеют что-то против наших генов, это сокращение от английского antibody generator – генератор антител, anti-gen, антиген. Обычно это молекулы белков, полисахаридов, липидов и прочих обломков и частичек вирусов и микробов либо такие общеизвестные аллергены, как яичный белок и пыльца растений.

Итак, враг назван – это антиген, в дальнейшем при описании иммунологических процессов буду использовать именно это слово.

Ни один иммуностимулятор не допущен к применению на Западе: в испытаниях ни один препарат в кандидаты не показал эффективности, зато многие имели неблагоприятные побочные действия.

В детстве у нас у всех за грудиной имеется «тимус» – вилочковая железа (не путать с «цимесом!»). В ней, а также в лимфоидной ткани селезенки, кишечника и других местах развиваются, созревают до «боевой кондиции» лимфоциты, вырабатываемые костным мозгом. В тимусе развиваются Т-лимфоциты, в остальных местах – В-лимфоциты. Т получили свое название от тимуса, а вот В – от бурсы Фабриция – органа в клоаке у птиц, где этот самый Фабриций открыл образование В-лимфоцитов. Хорошо, что у нас подобный орган за грудиной... А то – в клоаке...

В-лимфоциты начинают вырабатывать те самые антителаракетноносцы, а Т– идут в солдаты клеточного иммунитета. В подростковом возрасте тимус рассасывается и исчезает. Совершенно непонятный мне

лично феномен – видимо, Господь (или Природа, как угодно) решил усилить нас в те ранние годы, когда формирование наших армий иммунитета только шло, и потом передать функции их поддержания другим органам. Все равно как-то сложно для понимания, и аналогов в человеческой физиологии не имеет. Хотя бабочки вон вообще через стадию гусениц и куколок проходят!

Заметки на полях

Всегда любил Брэдбери, зачитывался и грезил вместе с ним в детстве, его книги всегда есть со мной в тех местах, куда жить и работать меня забрасывают судьба и беспокойный характер! Как и Гумилев, Дюма, Федор Михайлович Достоевский, Шекспир, Бродский, Лермонтов, Булгаков, Джек Лондон, Куприн, Стругацкие – всегда вожу чемоданы книг; электронные носители не для меня! Книга должна пахнуть, ее нужно листать, делать закладки! Я – точно из тех, кому Н.С. Гумилев посвятил стихотворение «Мои читатели»

«Много их

Возят мои книги в седельной сумке,

Читают их в пальмовой роще,

Забывают на тонущем корабле.»

И у Брэдбери есть рассказ, странно-томящее впечатление от которого не отпускает меня всю жизнь! Дело происходит в больнице, куда попадает необычный пациент. Рабочий на стройке теряет сознание, лихорадка, кома и остановка сердца! Но не совсем! Он не умирает, просто все физиологические процессы резко замедляются – сердце бьется раз в минуту, дыхание определить невозможно. Врачи теряются в догадках, а с больным продолжают происходить непонятные им изменения: то он покрывается какой-то коркой, то кожа меняет цвет... И тогда один из докторов высказал догадку: а что если это впервые зарегистрированный переход человека в другое качество, стадия «куколки», условно говоря, и на выходе пациент станет совсем другим Новым Человеком Будущего! Больной выходит из комы, он ничего не помнит и хочет домой, да ему и работать надо! Все анализы и параметры обычны, все в норме. Ничего особенного не

чувствует, слабость, может быть... Врачам никак не хочется его отпускать, за ним понаблюдать бы еще, тесты всякие поделать, но ни морального, ни юридического основания удерживать его в больнице нет.

Отпускают с напутствием «если что – приходите», в ответ «конечно, сэр!», и пациент уходит. Сначала идет неуверенно, потом шаги все тверже, он заходит за холмы, оборачивается и убеждается, что из больничных окон его видеть не могут... И вот последняя фраза: «он глубоко вздохнул, раскинул руки навстречу небу и.... полетел!».

Как я мечтал быть на его месте, как верил, что и мы все когда-нибудь вот так же полетим! (В кому только не хотелось бы!).

Сегодня же, наблюдая за человеческим организмом уже 3 десятка лет, я, также, как и в юности, убежден, что Господь нас создал для чего-то большего, во всяком случае заложил в наш организм колоссальные возможности, пользоваться которыми мы не умеем. Мы сигаретами, водкой и колбасой губим тончайший механизм, мы просто элементарно не доживаем до стадии «куколки»! Когда-то был наслан Потоп, и человечество начало с нуля. Начинаю думать, что Творец умышленно подсунил нам знания, с которыми мы за 100 лет от сохи совершили прыжок: Космос, Сеть, ГМО! Посмотрел: какие-то злые, черствые, не то, что Заповеди – элементарных правил приличия не соблюдают! А новый Потоп – хлопотно, да эти и сами себя истребят! То как они используют «шкатулку со Знаниями» (помните Отца Кабани из «Трудно быть Богом»?), самоуничтожение гарантирует. Ну, а кто останется (всегда кто-то остается), те уже научатся до стадии куколки доживать!

В-лимфоцитов значительно меньше, чем Т, но их роль в иммунном ответе трудно переоценить – именно они вырабатывают антитела, циркулирующие в крови. Но для того чтобы начать делать это, В-лимфоцит должен еще развиться в «плазменную» клетку: тот стапель, с которого будут сходить ракетноносцы-антитела! А команду к началу развития В-лимфоцита дает первая встреча с антигеном. Только после первой встречи с врагом В-лимфоцит его запоминает на всю жизнь и начинает ковать оружие против него.

Именно поэтому мы говорим мамам и бабушкам: прекратите так

носиться с ребенком, пусть ползает, пусть все вертит, не кутайте, не закупоривайте окна! У него пока еще есть врожденный иммунитет, защитные силы, доставшиеся от организма матери! (И не только через кровь во время беременности, антитела поступают и с грудным молоком – это о пользе грудного вскармливания!).

Это не будет долго продолжаться, они ему даны, чтобы у малыша был запас времени для развития собственных защитных механизмов. Ему надо успеть столкнуться с множеством антигенов, чтобы те запустили процесс развития В-лимфоцитов, которые и начинают вырабатывать антитела!

А если мы искусственно поместим ребенка в стерильную обстановку, то к тому моменту, когда переданный матерью иммунитет начнет ослабевать, малыш может остаться беззащитным!

Прививки работают по тому же принципу.

Заметки на полях

Вспомните историю семьи Лыковых. Староверы-отшельники ушли от людей в сибирскую труднодоступную тайгу в начале века и много лет жили там, в отрыве ото всех. Развитие авиации, Отечественная война, телевидение, полеты в космос – все прошло мимо их! И вот группа геологов в 1971 году случайно набредает на хижину Лыковых и открывает их миру. Страну потряс факт наличия подобных отшельников в нашей стране и возможность такой полной изоляции! Туда прилетели журналисты, появились яркие публикации в прессе, но отшельники – еще крепкие старики-родители, 2 взрослых сына и дочь Агафья отказались покинуть свою заимку и просили оставить их в покое. Их оставили, но встреча с людьми для них оказалась смертельно опасной, ведь иммунитета к нашим простейшим бактериям и вирусам у них не было! И в течение года после того как их обнаружили, они все один за другим умерли от обычной простуды – вирусной инфекции! Осталась только дочь Агафья 1945 года рождения. Ей повезло – она выжила.

В 2013 году я с друзьями отправился в поход по труднодоступным местам вверх по Абакану. Мы дошли до этой самой легендарной заимки Лыковых и навестили последнюю отшельницу Агафью. Целью было проверить слухи о ее болезни, ходившие среди местных охотников. Собственно, поэтому они и вызвали меня туда отвезти! Агафья оказалась сухонький

старушкой, хотя, присмотревшись, понимаешь, что лет ей не так и много. Радужна, говорит на немного странном русском языке, много непонятных слов. Убогая изба, огород. Козы и кошки – тоже потомки домашних животных отшельников. В избе прялка, грубо сколоченная мебель, рукописные книги староверов, какой-то примитивный светильник...

Вообще, постулаты о полной изоляции несколько преувеличены: местные охотники всегда знали, что они там живут, но из-за труднодоступности места и уважения к отшельничеству не очень им докучали. Агафья и правда оказалась больна; впоследствии, по моей просьбе, губернатор Тулеев послал за ней вертолет, но Агафья лететь в больницу отказалась. Мы накололи ей дров, оставили свежего мяса, рыбы (по дороге охотились и рыбачили!), подарили нож, котелок... Я выложил потом в интернет короткий фильм «вверх по Абакану», там можно и сейчас на Агафью посмотреть.

Многим знаком термин «иммуноглобулины». Это, собственно, и есть антитела. Молекула специфического белка-иммуноглобулина состоит из двух пар цепочек аминокислот, располагаемых в строго определенной последовательности. Иногда в анализах вы можете видеть обозначения: иммуноглобулины А, G, M, D, E (IgA, IgG, IgM, IgD, IgE). Принадлежность к тому или иному классу определяется как раз составом некоторых этих цепей – так называемые «тяжелые» цепи. Возможно, информация звучит тяжеловато, но, может, любители кроссвордов запомнят и оценят.

Первое столкновение с врагом-антигеном вызывает бурное клонирование В-лимфоцитов, которые, созревая, начинают вырабатывать антитела специфически направленные против этого конкретного антигена. Но врага надо еще запомнить и опознать! Тут работает целая система учета и оповещения: есть специальные В-клетки, обладающие памятью (и чем чаще организм сталкивается с этим антигеном, тем память крепче!), а Т-лимфоциты, о которых речь еще впереди, метят антиген, делая его распознаваемым для наших ракетносцев.

Дальше – дело техники: враг уничтожается либо на месте, его токсины нейтрализуются, либо вызывается «спецназ» – белки комплемента (терпение, объясню!), либо, слившись в смертельной схватке и обхватив врага, антитело вызывает на себя «пожирателей клеток» – макрофагов – и те проглатывают и уничтожают обоих!

Заметки на полях

Невольно приходит на память мой любимый Дюма и эпизод из «20 лет спустя», когда сын Миледи пытается убить Атоса: «О, моя мать! – воскликнул Мордаунт с горящим взглядом и с выражением ненависти, которое невозможно описать. – Я могу принести тебе в жертву лишь одного, но зато это будет тот, которого выбрала бы ты». И не успел д'Артаньян крикнуть, Портос поднять весло, а Арамис нагнуться, чтобы ловчее нанести удар, как шлюпка получила страшный толчок, Атос потерял равновесие, и Мордаунт увлек его за собой в воду, испустив дикий, торжествующий крик. Он душил его в своих объятиях, как змея, обвился своими ногами вокруг его ног и не давал ему возможности сделать ни одного движения».

Эпизод в точности описывает типичное поведение антитела, называемое иммунным фагоцитозом!

Часто такие драматические схватки не проходят бесследно для организма. Что, собственно, есть аллергия? Проявление чрезмерного иммунного ответа и повреждение ткани в результате высвобождения биологически активных веществ – гистамина, лейкотриенов, гепарина, ферментов и так далее.

Возвращаемся к описанию нормального иммунного ответа. Другой основной его частью является клеточный иммунитет (так он называется в отличие от уже описанного гуморального иммунитета). Т-лимфоциты в подавляющей массе находятся в лимфоузлах и селезенке, плюс в тех местах, где есть скопление лимфоидной ткани. При этом они постоянно циркулируют между местами постоянной дислокации, и их можно в избытке видеть в периферической крови.

Вообще, следует сказать, что на вид все лимфоциты неотличимы, и под микроскопом разницу определить невозможно. (Ночью все кошки серы!) Отличает их наличие определенных иммунологических маркеров на поверхности.

Сейчас придется немного напрячься. Все медики, а также пациенты, столкнувшиеся с вирусом СПИДа (правильнее сказать, вирусом иммунодефицита человека, но упомянутая аббревиатура вызывает ассоциации сразу!), знают, какое значение придается количеству в крови так называемых лимфоцитов CD-4! Показания к лечению и его тактика полностью зависят от этого показателя! Так что же такое это самое CD? Это «Cluster Designation» – группа назначения. Этим групп много, CD-I,

CD-2, CD-3, CD-4... CD-15, CD-24 и так далее. За этими номерами кроются клетки: «натуральные киллеры», «помощники», «подавители» и т. д.

Вспомните Цоя и группу «Кино»:

«Группа крови – на рукаве,
Мой порядковый номер – на рукаве,
Пожелай мне удачи, пожелай мне!..»

Армейские детали проявляются повсюду в иммунологии! Номер и звание киллера получают не все Т-лимфоциты, а только те, что уже столкнулись однажды с врагом-антигеном. Как и описанные выше В-клетки, маленькие и необстрелянные Т-лимфоциты после первого соприкосновения с антигеном начинают клонироваться, расти в размерах, взрослеть и приобретать ту или иную воинскую специальность. Каждый созревший Т-лимфоцит уже и сам киллер и способен уничтожить вражескую клетку самостоятельно, но несет еще и ряд дополнительных функций. Упомянутые CD-4: «хелперы» – помощники. Они помогают братским В-лимфоцитам активироваться и начать вырабатывать антитела, наводят их на антиген. Поэтому снижение их количества очень сильно сказывается на уровне иммунитета в целом!

Другие важные клетки – CD-8. Это супрессоры, подавители, они наоборот сдерживают избыточную активность возбужденных В-лимфоцитов и регулируют синтез антител-иммуноглобулинов. Соотношение клеток CD-4/CD-8 в периферической крови – очень важный показатель состояния иммунного статуса!

Заметки на полях

Как иллюстрацию сложности процессов регуляции деятельности антител упомяну еще один хитрый механизм. Мы часто видим в шпионских боевиках, как за исполнителем воли Центра посылается наблюдатель – контролер, «доверяй, но проверяй!». Так и здесь: на каждое антитело вырабатывается еще одно антитело-контролер, для которого меняющийся компонент первого может служить уже само как антиген! То есть пока первое антитело ведет себя нормально, контролер его не трогает. Как только первое антитело хочет проявить самостоятельность и видоизменяет одну из своих цепей, перенацеливая себя на другой, незапланированный объект, оно само становится для

«контролера» антигеном – мишенью. Ну, дальше все как в кино: выстрел, потом контрольный... «Штирлиц, верить нельзя никому!».

Мы постоянно слышим в рекламе разных противостудных препаратов термин интерферон и от него производные («гриппферон», «виферон» и проч.). Существует такое понятие, как цитокины. Это гормоноподобные вещества, которые вырабатываются клетками (в частности лимфоцитами) и которые осуществляют иммунный или воспалительный ответ на месте. К ним относятся интерфероны, интерлейкины, тумор-некротизирующий фактор.

Фармакологи пытаются стимулировать выработку лимфоцитами интерферонов, но пока безуспешно. (Поэтому, видимо, в утешение себе, в России такие неработающие препараты пустили в продажу: столько трудились, хоть денег заработать! За рубежом вы не купите ничего подобного (с такой хилой, если не сказать липовой, доказательной базой на рынок не попасть!). Однако серьезные ученые продолжают работы в этом направлении, потому как цитокины-интерфероны обладают мощным противовирусным и противоопухолевым эффектом (чего никак нельзя сказать о всех этих рекламируемых у нас и только у нас так называемых лекарствах).

Если вы внимательно посмотрите общий анализ крови, то можете увидеть там строчку «моноциты». Это, собственно, и есть уже многократно упомянутые макрофаги – пожиратели инородных тел. Если они циркулируют в крови, то называются моноцитами, если находятся в тканях – гистеоцитами. Могут проглотить «чужака» напрямую, без всяких изысков в виде иммунного ответа, однако основная их сила – именно в участии в общей иммунной реакции. Во-первых, они «метят» антиген и поставляют его антителу в удобной для того форме. Во-вторых, осуществляют тот самый иммунный фагоцитоз (см. выше – Атос, Мордаунт.). В-третьих, также вырабатывают интерфероны, интерлейкины и прочие цитокины. Макрофаги носят порядковые номера CD-11 и CD-68.

Ну вот, наконец, мы подошли к системе комплемента. Почему такое название? От французского *compliment* – поощрение, добавка. Как комплемент от шеф-повара в дорогом ресторане, так и нам природа дала дополнительный (комплементарный) к имеющимся гуморальному и клеточному механизму иммунной защиты.

У нас в крови циркулируют специальные белки. В покое они не активны и в целом составляют около 10 % всех циркулирующих белков.

Как положено, и они носят свои порядковые номера – от С1 до С9. Классически их действие активируется началом борьбы антитела с антигеном. Заслышав шум битвы, эти белки спешат на помощь, по дороге один активирует другой, вызывая реакцию домино, в результате они выстраиваются в боевой порядок, создавая мембраноатакующий комплекс. (Это не я придумал, это официальное научное название).

Этот комплекс из активированных в специфической последовательности белков, как шпагой, протыкает мембрану инородной клетки и запускает внутрь вещества, взрывающие её изнутри! (Поздно, Гамлет, сталь отравлена). Достаточно эффективная система. Если вам удалось понять хотя бы половину из сказанного, – вы молодцы, а я буду считать, что справился с задачей доступно объяснить механизм иммунной защиты.

А раз поняли – скажите: вы и теперь будете продолжать верить, что иммунитет – это вроде домашнего цветка: жарко – и он завял, полил – листочки воспряли?! Устал на работе – и иммунитет ослаб, выпил таблетку (за 900 рублей упаковка) – и он восстановился?

Наша иммунная система имеет 3 системы защиты.

Прочитайте о них внимательно на с. 49–62, тогда вы поймете, стоит ли в принципе тратить деньги на иммуностимуляторы.

Иммунная защита – одна из самых устойчивых базовых механизмов нашего организма! Все соотношения линий защиты четко выверены и десятки показателей как клеточного, так и гуморального иммунитета показывают его состояние с математической точностью!

Еще: вы дадите свою руку на отсечение, что те врачи, которые говорят вам об ослаблении вашего иммунитета и прописывают бессмысленные иммуностимуляторы, разбираются в иммунологии хотя бы на том достаточно упрощенном уровне, что изложен здесь?! Проведите эксперимент: когда кто-то из врачей опять заведет эту песню, откройте перед собой эту книжку и задайте этому врачу несколько простых вопросов!

Заметки на полях

Про вопросы на американских лицензионных экзаменах. «Слил» один вопрос о последовательности выстроенных атакующих белков комплемента: не мудрствуя лукаво построил

их в логичном порядке – 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, из которых 5 6 7 8 9 и есть мембраноатакующий комплекс. Правильный ответ: 1, 2, внимание – 4, 3, 5, 6, 7, 8, 9! По сей день не знаю, почему они сломали простую арифметическую последовательность?!
Ловушка для студентов?

Сколько врачей вообще слышали хотя бы про систему комплемента? Конечно, есть болезни и состояния, при которых иммунитет действительно страдает. Вот врожденный, первичный иммунодефицит:

1. Болезнь тяжелого комбинированного иммунодефицита.
2. Врожденный дефект стволовых клеток, когда лимфоциты не вырабатываются вовсе, ни В, ни Т. Прогноз понятен, мало кто доживает до года...
3. Синдром Ди Джорджи.
4. Врожденная недоразвитость того самого тимуса. Отсутствуют Т-лимфоциты, иногда не развивается и парацитовидная железа, и детишки погибают от низкого уровня кальция.
5. Врожденная агаммаглобулинемия.
6. У мальчиков не развиваются В-лимфоциты и не вырабатываются антитела.
7. Общй вариабельный иммунодефицит.
8. Может развиться и во взрослой жизни, характеризуется снижением уровня одной или всех линий антител.
9. Изолированный дефицит иммуноглобулина А. Самый частый из первичных случаев – 1:1000. Может и не вызывать симптомов вовсе, однако, чаще рецидивирующие бронхолегочные и желудочно-кишечные инфекции (сказывается отсутствие защитного барьера в слизистых).

Из приобретенного иммунодефицита всем известен, конечно, СПИД! Но о нем речь еще будет. Некоторые состояния могут действительно сопровождаться снижением иммунитета. Это:

1. Низкое потребление белков – не из чего строить иммуноглобулины-антитела!
2. После инфекций (особенно корь и лепра) – временно падает общй уровень лимфоцитов.
3. Лимфома – повреждение функции Т-лимфоцитов.
4. Множественная миелома – нарушенный синтез антител.
5. Далеко зашедшая онкология – подавление Т-лимфоцитов.
6. Диабет и почечная недостаточность – точный механизм неизвестен, но факт налицо!

7. Почтенный возраст – у некоторых снижается количество Т-лимфоцитов.

8. Беременность – то же.

9. Лекарства: кортикостероидные гормоны, противораковые препараты, иммуносупрессоры после пересадки органов, радиация.

Все остальное не сопровождается реальным снижением механизмов иммунной защиты и не подтверждается показателями лабораторных анализов. Бывают дни, когда наши мышцы сильнее, бывают – слабее. То у нас хорошее настроение и мы на подъеме, бывает хандра – и все тело ломит на ровном месте! В этом участвует множество процессов, в которых задействованы множество биологически активных веществ и гормонов, но, как правило, иммунитет тут ни при чем, и не надо даже и пытаться его стимулировать чем-то другим, кроме здорового образа жизни!

Заметки на полях

Никогда не понимал рекламу, где усталые молодые люди выпивают йогурт и расцветают: «Пейте наш продукт, и у вас укрепится иммунитет!». В любой «разводке» должна же быть хоть какая-то логика, какая-то отправная точка! Да, в кишечнике тоже есть лимфоидная ткань, и она по определению содержит и В-, и Т-лимфоциты. Так лимфоидная ткань много где есть! Как кефир, по логике рекламщиков, может действовать на иммунитет, мне совершенно не ясно. Он ведь и как источник полезных бактерий абсолютно не работает: даже если они там и были бы (если срок хранения дольше 2 дней – там их точно нет!), то моментально погибли в агрессивной (рН<3!) среде желудка; она потому и агрессивная, что предназначается для предохранения организма от проникновения всяких бактерий.

Помните, каким путем пересаживают бактерии тем тяжелым больным с токсическим поражением толстого кишечника? Пересаживают кал от здорового донора! Что же кефирчика-то пожалели?!

Глава 3. От чего все-таки нас предохраняют прививки

Если вы одолели предыдущую главу, то уже обладаете вполне достаточным объемом знаний для того, чтобы трезво разобраться в ситуации, не отвлекаясь на подвывания не всегда психически устойчивых антивакцинаторов. Впрочем, мы рассмотрим и их аргументы. Я тоже попытаюсь сдержать эмоции и рассказать о проблеме спокойно и предметно.

Заметки на полях

Не могу удержаться и не рассказать старый анекдот. 90-е годы, прежняя школа профессиональных дипломатов разрушена, послами назначают людей из бизнеса, недавно пришедших в политику. Перед отправкой – краткосрочные курсы дипломатического этикета. Преподаватель объявляет тему для письменной работы: «Ваши действия в случае, если на приеме дипломат чужой страны опрокинет бокал на ваш новый фрак?». Через час собирает работы, просматривает и говорит: «Ну, вообще неплохо... Но надо работать над грамматикой! Вот, например, вы, Иванов, запомните, наконец, что «врежу» пишется вместе, а «на фиг» – раздельно!».

Мы уже усвоили из предыдущей главы, что адекватный иммунный ответ организма возможен лишь при повторной встрече с антигеном – инфекционным агентом. Первая встреча охраняется врожденным иммунитетом-антителами, доставшимися нам от матери. К сожалению, эта защита весьма непродолжительна. В-лимфоциты начинают клонироваться, созревать и вырабатывать антитела только после первой атаки вируса или микроба. И тут могут быть варианты! Это хорошо, если вирус наступает малыми силами или бактерия не очень агрессивной разновидности. А если «вирусная нагрузка» высокая, антител к нему нет, то такая атака может закончиться печально – некому уже будет готовить антитела к следующей встрече...

Поэтому, подобно как зеленых новобранцев не посылают с пункта сбора сразу в бой, а сначала организуют учения, организму

подставляют неопасного противника – инактивированный токсин или убитую (иногда и живую, но только ослабленную!) бактерию или вирус. И когда уже происходит реальная встреча с противником, организм выступит во всеоружии!

Историю вакцинации принято начинать с имени великого француза Луи Пастера, но её случаи известны значительно ранее. У нас в России первые известные случаи вакцинации имели место при Екатерине Второй, когда в качестве вакцины использовались подсохшие корочки от оспенных язв выздоравливающих. Интересно, что подверглась такой вакцинации и сама императрица! Донору этой корочки даже пожаловали дворянство! Кстати, главный принцип гомеопатии «подобное подобным» заключается во введении микроскопических доз веществ, самих по себе эту болезнь провоцирующих. Ничего не напоминает?!

Инфекции, против которых разработаны прививки, называются «контролируемыми». Цель одна: «законтролировать» их в такой степени, чтобы вовсе извести с лица Земли! Примеры есть: оспа, чума остались только в экспериментальных лабораториях, резко снизились случаи лепры. Многие детские болезни стали редко встречаться в цивилизованном мире. В странах, где прививки являются обязательными, не каждый врач теперь видел менингококковый менингит или эпиглоттит, вызванный гемофильной палочкой! Не задыхаются там детишки от дифтерии, не умирают от коревой пневмонии, не корчатся от приступов коклюшного кашля! Резко снизилось число смертей от пневмококковой или ротавирусной инфекции. Все это достижения «активной» вакцинации, принцип действия которой изложен выше. (Вы заметили, насколько я корректен и сдерживаю себя пока, чтобы с криками не наброситься на антивакцинаторов?! Все еще впереди!)

В некоторых случаях применяется «пассивная» вакцинация, когда уже нет времени организовать иммунный ответ: встреча неподготовленного организма произошла, причитать, почему не была сделана прививка, например, от столбняка или клещевого энцефалита, поздно, а надо срочно что-то делать! В таких случаях вводятся иммуноглобулины – антитела, полученные из плазмы переболевших больных и специально зараженных животных. Защита здесь кратковременная и слабая, но лучше же, чем ничего.

Вакцины бывают и живые: вводятся настоящие микробы и вирусы, а не частички их тел. Иммунный ответ на них формируется и быстрее и значительно сильнее. Однако это все-таки враг, хоть ослабленный, хоть в цепях и наморднике, но враг! Потому они предназначены для здоровых и

молодых и противопоказаны больным со СПИДом, с пересаженными органами или врожденным иммунодефицитом. К «живым» вакцинам относятся вакцины от кори, краснухи, паротита («свинка»), полиомиелита и туберкулеза. С развитием генной инженерии появилась возможность создавать рекомбинантные вакцины, то есть без участия биологических материалов, при этом снимается проблема аллергии на яйца, ведь большинство вакцин «выращивается» на яичном желтке. Это вакцины против гепатита В, вируса папилломы человека, некоторые виды вакцины против гриппа.

Мы так уже привыкли к тому, что многие инфекции встречаются крайне редко, что потеряли бдительность. И это может теперь нам дорого обойтись! В свое время мы почти извели корь, и по всему СССР случаи были единичные. И врачи отвыкли видеть такое осложнение коревой инфекции, как коревой панэнцефалит (воспаление мозга, вызванное вирусом кори). Что это такое? Перенес ребенок корь – и все, и забыли про это. А через 7-10 лет подросток-переросток становится грубым, агрессивным, начинает отставать в развитии и в итоге становится слабоумным!

Здравомыслящий человек не может выступать против вакцинации, тем более врач или медработник.

Сегодня мы по своей собственной глупости «отпустили вожжи», и в наших реанимациях опять появилась корь и вызванная ею острая дыхательная недостаточность. (Чего далеко ходить – недавно в моей больнице двое наших же врачей попали, заразившись, – куда смотрели их мамы?! – в реанимацию. Лечили приезжего таджика, а ведь вирус кори – это не пресловутая лихорадка Эбола, которая передается только при очень тесном и долгом контакте, – контагиозность (заразность) для не привитых почти стопроцентная!). Коревой панэнцефалит – не единственное осложнение кори на нервную систему, существует еще поражение определенных слоев мозга, которое называется диссеминированным энцефаломиелитом, тут проявлений не нужно ждать годами, симптоматика обычно проявляется уже через несколько пар недель после заражения. Смертность около 20 %...

Да, корь может протекать бурно и приводить к смертельно опасным осложнениям. В предыдущих книгах я делился с вами тем ощущением бессилия и отчаянья, которые я испытал в Ангольском госпитале, когда стоял посреди зала, заполненного хрипящими умирающими детьми, и

ничего не мог сделать – дыхательных аппаратов не хватает, лекарства бессильны... В Африке мамы и рады бы сделать прививку, чтобы спасти своих детей, но там ее на всех не хватает... В ту ночь у меня умерло 9 детей, а матери продолжали держать их на руках, прижимая к груди с каменными лицами... Если бы тогда ко мне подошел кто-то с разговорами о вреде прививок, я бы не колеблясь, расстрелял бы его во дворе госпиталя, тем более время было военное!

Считается, чтобы контролируемая инфекция оставалась под тем самым контролем, против нее должно быть вакцинировано 70 % населения. Сегодня мы живем за счет благоразумия своих родителей и жесткой системы здравоохранения тех лет. Но уже выросло поколение, родившееся в ту пору, когда все было пущено на самотек. Всеобщий иммунитет размывается, языки пламени вырываются из-под крышки котла, куда большинство контролируемых инфекций было загнанно!

Краснуха, или германская корь, описанная впервые двумя германскими врачами (один с подозрительно русской фамилией Орлов!), – вирусная болезнь. Основная опасность краснухи, если заболит будущая мама, – высока вероятность рождения ребенка с серьезными отклонениями (глаза, сердце, слух)! В США эта болезнь считается искорененной. В России... В России число заболевших взрослых растет. Несколько лет назад была даже вспышка краснухи в Белгородской области, и число заболевших там было 12 000 человек. Считается, что у нас 15 % всех врожденных патологий происходит из-за краснухи беременных. Тем более что у взрослых она может протекать и бессимптомно.

«Свинка», или паротит, – инфекционное воспаление слюнных желез. Вызывается вирусом, обычно протекает легко и проходит само. Но не всегда! Может закончиться глухотой или острым воспалением яичек у мальчиков и мужчин. Высокая температура, острая боль и отек в паху – приятно мало! Есть риск остаться бесплодным. Может вызывать и поражение поджелудочной железы – структурно она схожа со слюнными железами. Никогда не слышали про инфаркты у детей? А ведь они бывают. И в подавляющем числе случаев виной тому как раз вирус паротита!

В 1968 году в США была поставлена задача всеобщей иммунизации против эпидемического паротита, и она была решена, как и во всех развитых странах. Число случаев упало на 99 %, хотя вспышки наблюдались и в США (Огайо, Калифорния), и в Англии, и в Уэльсе. В России... В России ежегодно заболевают 300–500 тыс. человек. 25 % мужского бесплодия – следствие перенесенного паротита.

Эти три заболевания объединяет наличие вакцин, расписание которых

совпадает. Поэтому производители выпускают их «в одном флаконе» с возможностью вводить одномоментно.

В январе 2001 г. в журналах Adverse Drug Reaction и Toxicologica Reviews была опубликована статья А. Wakefield и S. M. Montgomery «Measles, mumps, rubella vaccine: Through a glass darkly» («Вакцина против кори, паротита, краснухи: Сквозь темное стекло»), в которой описывалась взаимосвязь между корью, коревой вакциной, аутизмом и болезнью Крона. В 2011 году суд штата Техас признал данные, приведенные в этой работе фальсифицированными, а доктора Эндрю Вэйкфилда виновным в умышленном обмане и подделке документов... Так что же: раз «наезд» на вакцину был примитивной подделкой, чтобы вознестись и оседлать фортуны, никаких побочных ее действий нет?! Хорошо бы, но это не так. Тем более все три вакцины – «живые», с реально внедренными вирусами. Существует риск развития патологии плода, поэтому беременность является противопоказанием для подобной вакцинации. Начинать пытаться беременеть можно лишь спустя 30 дней после иммунизации.

Как уже было сказано, живые вакцины нельзя вводить больным с иммунодефицитом. Сюда же относится ситуация, когда больной принимает стероидные гормоны.

В таком случае вакцинацию можно проводить не раньше, чем через месяц после окончания лечения. Выраженная аллергия на желатин и антибиотик «Неомицин» также является противопоказанием. А вот аллергия на яйца не является противопоказанием к этим вакцинам.

Так же осторожно эти вакцины вводятся пациентам со сниженным числом тромбоцитов: они могут снижать их и сами по себе (обычно это происходит через 2–3 недели), так мы уменьшаем риск кровотечений. Повышение температуры – довольно обычное явление после подобной вакцинации. Причем не сразу, а через 1–2 недели, и может достигать цифр выше, чем 39 градусов! Также у 5 % людей могут быть сыпь и увеличение лимфоузлов. Ничего тут делать не надо, обычные жаропонижающие.

Значительно реже можно наблюдать судороги, людям с семейной историей судорог эти вакцины вводятся с осторожностью. Хотя шанс развития судорог примерно равен шансу развития того самого коревого панэнцефалита. Уж лучше судороги перенести, чем переболеть и через несколько лет стать идиотом! (Дело вкуса, конечно!)

Заметки на полях

Теоретически введение вакцины, как любого другого вещества, может вызвать угрожающий жизни анафилактический

шок, такая возможность оценивается медиками как одна на миллион вакцинаций. С 2014 года наш российский календарь прививок для детей вплотную приблизился к таковому во всех развитых странах. Надо радоваться и гордиться! Ага, как же! Звонит мне хороший знакомый и спрашивает: «Саша, скажи, так нашему сыну надо делать прививки или нет, а то – внимание! – в поликлинике существуют разные мнения». У меня аж в глазах потемнело! Ладно, обыватель, человек далекий от медицины, а и то: образованный вроде человек, кандидат наук!

Медработники! Врачи! Сомневаются в целесообразности прививок детям?! В 1941 году был введен расстрел на месте за «вражескую пропаганду»! Сколько такой агитатор мог сагитировать? 10 человек? Сто? И то это если кричать на площади! А сколько детей и взрослых становятся инвалидами и умирают от того, что «в поликлинике существуют разные мнения»?! По стране десятки тысяч! И эти жизни на совести таких врачей-предателей! И ведь продолжают работать и зарплату получают, еще жалуются, что мало! Если когда-нибудь получу достоверную информацию, что где-то конкретный врач отговаривает пациентов от прививок – найду, включу все связи и добьюсь его увольнения с волчьим билетом!

С врачами все ясно, давайте о родителях, которые отказываются делать прививки своим детям. Ведь они же хотят только лучшего, но их накрутили, у них недостоверная информация, они не хотят просто призвать на помощь логическое мышление. Они открывают интернет и видят там следующие аргументы:

1. Вакцины не действенны, статистика поддельна, и вообще, «царь не настоящий!». Тут и сказать не знаю что. Ну посмотрите, сколько людей болело и умирало от полиомиелита, кори, менингита, дифтерии до эры прививок и сколько сейчас! Спекулируют на наследии советской системы организации здравоохранения: мы свели все эти болезни к минимуму, по улицам не ползают искалеченные полиомиелитом, давно не видим опустевших во время эпидемий классов, вот и, кажется, что это само по себе так устроилось зачем нам какие-то прививки?! У В.С. Высоцкого есть строчка: «но мы не на поле чудес!» Глаза раскройте! Уже роняем уровень иммунитета населения, скоро заполыхает! И виноваты будете вы, именно вы! И те чужие вам дети, которые умрут во время будущих эпидемий – там прививки будут не успевать выпускать и делать, – будут именно на вашей

совести! В 80-х годах, при распаде СССР, уровень вакцинации против дифтерии упал менее 70 %, так в 1991–1994 гг. заболели 150 тыс. детей, 5000 из них умерли!

2. Вакцины вредны и опасны. Обсасывается и муссируется каждый случай, когда какой-либо ребенок заболел в течение года (сам слышал от родителей!) после сделанной прививки. Ну, во-первых, ПОСЛЕ – это не значит ИЗ-ЗА! Отметьте на календаре какую-либо дату. Через год обернитесь и посмотрите – сколько всего случилось! Так что же, если бы в тот день была бы сделана прививка, то вы автоматически будете считать все произошедшее её последствием? Во-вторых, после прививок действительно могут быть очень серьезные и опасные осложнения (только не вырывайте эту фразу из контекста!) в виде упомянутого анафилактического шока, тяжелого неврологического заболевания (синдром Джулиана Барре) и некоторых подобных состояний. И даже в этих, строго учитываемых и подвергнутых строжайшему разбору, случаях причинно-следственная связь документально доказывается крайне редко! Есть и заболевшие, есть и умершие, но число случаев соотносится один на несколько миллионов!

В десятки раз опаснее летать на самолетах, тем более ездить на автомобилях или даже купать ребенка в Красном море на каникулах в Хургаде или Шарм-аль-Шейхе (помните, сколько акулы там поели отдыхающих! Потом началась «арабская весна», и все забыли про обещания владельцев отелей установить противоакулы сетки! Ну, а отдыхать под революционные грозы нам не привыкать!) Что же мы за люди такие: сами курим в присутствии детей (вторичное курение – не страшилки врачей: это и онкология, и воспалительные заболевания), а из-за статистически недостоверного, практически только воображаемого риска готовы подставить и своего, и чужого ребенка под реальный костер инфекций!

3. 4. 5. – заговор фармацевтов, попрание прав человека, тайные манипуляции врачей, искажение Божьей воли и проч., и проч.!

Я не хочу относить моих читателей к той категории недоумков, которые во все это верят, поэтому и комментировать не буду! Напомню только, что агрессивное невежество и дикость краев не видят, посмотрите, во что это может вылиться: в Пакистане фанатики убивают медиков-вакцинаторов, врачей там уже погиб не один десяток! Интересное наблюдение: все родители, которые отказываются от прививок своим детям, прилежно и в срок вакцинируют своих кошек и собак! Вот сила дурной пропаганды! Логика напрочь отбивает!

У меня вопрос к средствам массовой информации: когда вы обсуждаете такую щекотливую и очень важную тему, как вакцинация, на каком основании вы приглашаете и даете трибуну абсолютно безответственным демагогам? Какая-то тетенька (не врач, титулуют «вирусолог!», фамилию не помню, как-то на букву Ч) мелькает на передачах и несет безграмотный бред! Кстати, по манере одеваться, по структуре речи и реакциям могу профессионально утверждать, что у нее шизоаффективное расстройство. Да и другие не лучше! Напоминаю: в США доктор выложил подозрительные данные – сразу расследование. Оказалась подделка – и пожалуйте в суд! У нас несут на всю страну бездоказательную чушь, от этого страдает здоровье нации, а ни ораторам, ни каналу, их пригласившему, – ничего, только рейтинги растут! Продавали душу и за деньги, и за власть, теперь вот за рейтинги, только вспомните, чем это всегда кончалось!

После прививки крайне редко бывают негативные последствия. Гораздо опаснее летать самолетами или купаться в Красном море.

Давайте вернемся к медицинским аспектам вакцинации. Расписание детских прививок вы найдете в приложении в одной из моих предыдущих книг «О самом главном с доктором Мясниковым», есть также глава «Прививки взрослым». Не будем повторяться дословно, напомним только, что взрослым необходимы:

1. Прививка от столбняка раз в 10 лет. Обычно она идет вместе с вакциной от дифтерии в одном шприце. Иногда там еще и вакцина от коклюша. Этот вариант предпочтителен людям в возрасте: со временем иммунитет против коклюша вымывается, а случаев коклюша сейчас все больше и больше!

2. Прививка от пневмококка лицам старше 65 лет при наличии хронических заболеваний: гипертония, обструктивное заболевание легких или диабет, то есть практически всем. Также лицам с удаленной селезенкой.

3. Прививка против герпеса зостер лицам старше 65 лет. Реактивация вируса очень возможна, может сопровождаться мучительными болями!

4. Тому, кто еще не привит, прививка от гепатита В, менингококка.

5. Всем старше 6 месяцев (!) – ежегодная прививка от гриппа (про

это еще впереди!).

6. Прививка «от рака» – против вируса папилломы человека: девочкам с 9 лет и женщинам до 26-летнего возраста.

7. При планировании путешествий в далекие страны – дополнительная вакцинация согласно существующим схемам: тут и желтая лихорадка, и холера, и клещевой энцефалит.... Речь об этом тоже ещё впереди.

Противопоказания к прививкам очень редки, и к ним относятся анафилактический шок в прошлом и тяжелые неврологические осложнения. В случае живых вакцин добавляется беременность (прививка от гриппа – не живая вакцина, беременным как раз показана!) и синдромы иммунодефицита.

Не являются противопоказаниями:

1. Состояние простуды, протекает оно с температурой или нет. Понимаю, что звучит дико, да и то: зачем делать прививку при простуде, когда и так все тело ломит! Но привожу этот постулат, чтобы подчеркнуть безопасность прививок!

2. Прием антибиотиков.

3. Предыдущие случаи покраснения, отека и боли в месте укола.

4. История аллергий, за исключением анафилактического шока на яйца или неомицин (этот антибиотик в микроскопических количествах входит в состав некоторых вакцин). Менее серьезные аллергические реакции и на другие вещества противопоказанием не являются.

Напоследок напомним: за границей вас не примут ни в одно учебное заведение, ни в колледж, ни в университет, если вы не предоставите медицинскую карту с подтверждением всех необходимых вакцинаций. Это касается, в том числе, и студентов из России.

Глава 4. «Кажется, я заболел (а)...»

Начну с одной очень интересной таблицы, которую давно (в 1959 году) опубликовал один дотошный доктор, интересующийся историей (dr. AM. Gale). Он раскопал данные о причинах и количестве смертей в Лондоне за... 1665 год! Это был год страшной чумы, которая тогда унесла 10 % жизней! Но посмотрите, чем и в каком количестве люди тогда болели:

1. Чума – 68 596 умерших.

Обратите внимание – мор, люди умирают семьями, в исторических фильмах показывают груды трупов, которые телегами везут в братские могилы, а тут – четкий учет каждого умершего – 68 596, значит фильмы врут!

2. Аборты и мертворожденные – 617.

3. Старость – 1545.

4. Лихорадка, включая малярию – 5257.

5. Апоплексический удар и внезапная смерть – 116.

6. Упившиеся до смерти – 5.

7. «Обожравшиеся до рвоты» – 1267.

8. Кровотечение —16.

9. Ожоги – 8.

10. Рак и гангрена – 56.

11. Простуда и кашель – 68.

12. Легочный туберкулез – 4808.

13. Утонувшие – 50.

14. Казненные – 21.

15. Оспа – 655.

16. Найдены мертвыми на улицах – 20.

17. Сифилис (French pox) – 26.

18. Подагра и ишиас – 27.

19. Горе – 46.

20. Инфекционный понос – 1288.

21. Самоубийцы (повесившиеся) – 7.

22. Желтуха – 110.

23. От испуга (frighted) – 23.

24. Лепра – 2.

25. Несчастные случаи – 46.

26. Застрелены – 8.

27. От голода – 45.
28. Мигрень – 12.
29. Отравлены – 1.
30. Скарлатина – 1925.
31. Цинга – 105.
32. Рахит – 557.
33. Стоматологические инфекции – 2654.
34. Рвота (не от переедания) – 5.
35. Истерия (rising of the lights) – 397.

Вот такая таблица. Думаю, если сегодня запросить Департамент здравоохранения о подобных данных, мы не получим столь исчерпывающей информации! Да, 1665 год! Упившихся до смерти – пять. Всего пять! Получается, что мы деградируем, хоть чуму лечить и научились! Обратите внимание на соотношение умерших от голода (45) и обожравшихся до рвоты (1267). Значит пили умеренно, а жрали как в последний раз (что с ними и произошло!). Давайте посчитаем: даже если не брать чуму, основными причинами смерти в те Средние века были инфекции. Бичи нашего времени – сердечные заболевания и онкология – уносили на порядок меньше жизней. Из нашей таблицы под сердечнососудистые заболевания подходят 116 умерших от инсультов и, может быть, те 23, что умерли «от испуга». Рак – 56. Ну, вероятно, в числе тех 1545, что умерли от старости, были и сердечники, и онкологические больные.

Мы же сегодня, конечно, избавились от чумы и... поставили на ее место атеросклероз и онкологию! Почему поставили?! Потому что в подавляющем числе случаев эти болезни – следствие нашего нездорового образа жизни! Курение, неправильное питание и, как следствие, ожирение, алкоголь, малоподвижный образ жизни, ну что я вам перечисляю, сами знаете, знаете и приговариваете: «кто не курит и не пьет, тот здоровеньким помрет!». Юмористы мы такие... Живем коротко, зато весело... Сравнение с чумой отнюдь не для красного словца!

От обычного гриппа и его последствий ежегодно умирает людей в десятки раз больше, чем от тех инфекций, которыми пугают в СМИ, например, от вируса Эбола за все время наблюдения.

Смертность сопоставима! И вот на этом фоне мы потеряли настороженность в плане предотвращения инфекционных заболеваний, и

теперь они возвращаются! Вспышка лихорадки Эбола привлекла внимание к проблемам инфекционных болезней. Эбола – это, конечно, плохо, но от обычного гриппа и его осложнений умирает ежегодно людей в десятки раз (в иные годы в сотни!) больше, чем от вируса Эбола за все время наблюдения, включая вспышку 2014 года!

Давайте поговорим о реальной для нас, россиян, опасности: вирусе гриппа и прочих простудах. (Это в Лондоне в 1665 году они унесли всего 68 жизней, 253 года спустя эпидемия гриппа – «испанки» унесет куда больше жизней, чем чума за все Средние века!)

1. ГРИПП

Вечером стало ломить все тело, «захлюпали» носом, появился сухой кашель, а утром проснулись и, еще не вставая с постели поняли, что всерьез заболели! Тошнота, жар, глаза слезятся, суставы «выворачивает», короче, приехали! А на работе неотложными бумагами весь стол завален, а вечером у друзей юбилей, подарок куплен и пропустить никак нельзя! И хорошо, если самочувствие настолько плохое, что не встать, а то ведь большинство из нас преодолевают и идут и на работу и на юбилей! Нарушают *первое главное правило*.

Заболел – оставайся дома!

Не уберется сам – теперь уже не заражай других! В поликлинику идти тоже не надо – там полно хронических больных. Вы через неделю будете «огурцом», а вот бабушка с диабетом, что пришла померить давление и получить лекарства, заразившись от вас, вполне может умереть от осложнений гриппа! Есть вопросы – позвоните, сейчас во многих поликлиниках есть консультационные телефонные центры. «А больничный?», – спросите вы. Что, вызываем врача на дом? Такая возможность сегодня есть... Но только подумайте – эпидемия, на участке вашего врача сотни заболевших, кому-то реально плохо, у кого-то началась пневмония, у кого-то упало давление, врачей не хватает – половина сами болеют – а вы зовете выписать больничный! Замотанный и усталый доктор идет в дальний конец своего участка, чтобы подписать бумажку (конечно, бумажку!), в то время как в его помощи остро сейчас нуждается кто-то другой! Я понимаю, что сегодня это не в нашей с вами компетенции, но вот предложение правительству: на время сезонных эпидемий гриппа больничные листы не требовать! И мириться с отсутствием на работе людей до 7 дней без оправдательных документов! Да, будут недобросовестные хитрецы, которые воспользуются ситуацией (такие всегда есть!), но выгода от нераспространения инфекции будет куда большей! Я бы еще и не оплачивал дни отсутствия на работе тем, кто вовремя не привился от гриппа.

Второе главное правило.

Соблюдать меры предосторожности, чтобы не передать вирус всей семье!

Вроде всё знаем: отдельная посуда, маски, постоянно мыть руки, дезинфицировать поверхности, которых касался заболевший... (или куда

попали капельки его слюны и прочего при чихе или кашле). Не всегда на 100 % выполняем, часто уберечься не удастся... Как правило, входные ворота для вируса гриппа – дыхательные пути, однако иногда это – что бы вы думали? Глаза! Ну да, а вы их периодически трёте, да еще руки не помыли! К медикаментозной профилактике непривитых в случае контакта с заболевшим мы еще вернемся, сейчас – **третье главное правило**.

Когда надо, не откладывая, прибегнуть к медицинской помощи (при условии, что врач будет доступен, а не обходит десятки пациентов, просто выписывая им больничный!):

- Если появилось затруднение дыхания любой степени.
- Если появились симптомы обезвоживания: головокружение при вставании с кровати, уменьшенное выделение мочи, усиливающаяся сухость во рту.
- Если появилась заторможенность, неправильная оценка окружающего.
- Когда есть неукротимая рвота или вы неспособны пить в достаточном количестве.

В случае детей добавляем:

- Если появился цианоз – синюшный цвет кожи.
- Если плачет, но нет слез!
- Если температура сопровождается сыпью.
- Если ребенок «загружен» и просыпается неохотно.

Помните, что грипп опасен для всех, но в разной степени. Кто в зоне особого риска?

- Беременные.
- Дети младше 5 и особенно 2 лет.
- Люди старше 65 лет.
- При выраженном ожирении.
- Больные диабетом, хроническими заболеваниями сердца и легких, с почечной недостаточностью, онкологией, СПИДом и некоторыми другими.

У этой категории заболевших надо быть особенно внимательным и серьезно относиться к любымстораживающим симптомам. Особенно часто развивается обезвоживание, иногда исподволь, незаметно. Следите за цветом мочи – она должна оставаться светло-желтой, и никогда темной! В Австралии в Национальных парках, где приходится часами ходить под палящим солнцем, на стенках общественных туалетов висит цветовая шкала – от темно-коричневого до чуть заметно светло-желтого. И предостережения: такой-то цвет мочи опасен, вот этот обозначает «больше

пейте», а вот этот нормальный! Если вы достаточно пьете, вы должны бегать в туалет каждые 3–5 часов!

Грипп опасен всем, а особенно беременным, маленьким детям до 5 и людям после 65 лет, больным диабетом и другими хроническими заболеваниями. Им особенно надо соблюдать третье главное правило

Четвертое главное правило.

Не принимайте при гриппе антибиотики. Не действуют они на вирус. Этот постулат многие уже знают – и, слава Богу! Но ведь что-то принимать надо?! А что вы только нам про обильное питье, жаропонижающие и домашний режим говорите! Вон по телевизору – и кагоцел, и арбидол, и виферон, и гриппферон, и амиксин, и десятки других! А вы знаете, сколько каждый год россияне тратят на эти лекарства? Только возьмитесь за что-нибудь, чтобы не упасть! Почти 30 миллиардов рублей! Еще недавно это было миллиард долларов! Добро бы помогало, но ведь все это препараты с недоказанной эффективностью.

Да, проводились клинические испытания в некоторых российских клиниках, но если присмотреться, то многими исследованиями руководили (или от них зависели) сами разработчики или их партнеры, часто высокопоставленные. В любом случае проведенные испытания не укладываются в международные стандарты подобных исследований.

Задумайтесь: весь мир ищет средства от самой распространенной инфекционной болезни, гриппа, вкладываются миллиарды, а арбидол, например, международная медицина просто игнорирует. А это они на свой рынок не пускают высокоэффективное лекарство, а то куда они свое тамифлю денут! Ну-ну....

Вообще-то, я не против применять все эти перечисленные препараты: всегда найдутся те, кто скажет: «а мне это помогает!». Помогает, так и слава Богу! Каких-то выраженных побочных явлений при их применении нет. Но я за то, чтобы люди, перед тем как отнести эти 30 миллиардов рублей в аптеки, узнали, что эффективность этих лекарств с международной точки зрения не доказана, и что можно вполне обойтись без них. Что бы не было «зомбирования» на выкачивание денег! Конечно, исследования идут, разрабатываются все новые препараты, наверняка когда-то появятся стоящие отечественные лекарства!

Что же советует международная медицина сегодня? Из противовирусных препаратов против гриппа свою эффективность доказали всего два из них.

Это осельтамивир, или тамифлю, и занамивир, или реленза. Доказали в том смысле, что могут сократить период заболевания до 1–3 дней и предотвратить осложнения. Реленза может вызывать бронхоспазм и поэтому её нельзя астматикам, тамифлю может сопровождаться тошнотой. Правила приема:

1. Эффективны, только если начать принимать не позже 48 часов от начала заболевания.

2. Тамифлю принимать в дозе 75 мг дважды в день – 5 дней, даже если симптомы уже прошли. Двойная доза возможна тяжелым больным.

3. Показаны больным с повышенным риском – см. выше.

4. С целью профилактики. Если вы не привиты и имели контакт с заболевшим, а при этом болеть вам никак нельзя: тамифлю 75 мг один раз в сутки на протяжении 10 дней.

5. Профилактика использования лекарств не заменяет вакцинации!

Популярные когда-то амантадин и римантадин действуют только на вирус гриппа А, к ним развилась большая устойчивость вирусов, которая сегодня свела перспективы применения этих препаратов на нет.

Любимый многими витамин С гриппа не предотвращает, но, возможно, иногда сокращает срок болезни. Кстати, а какой срок считается нормальным? Высокая температура при гриппе может держаться до 5 дней, остальные симптомы – до 7-10. Заразным больной считается еще 24 часа после нормализации температуры.

И, наконец, – **правило номер 5.**

Предупредить легче, чем лечить!

Ежегодная вакцинация от гриппа снижает заболеваемость и в значительной степени предотвращает осложнения. Давайте повторю еще раз: ежегодная вакцинация от гриппа снижает заболеваемость и в значительной степени предотвращает осложнения. Да, «сколько ни говори «халва» – во рту слаще не станет!». Не слышите вы! Бред антивакцинаторов слушаете, а врачей нет! Не хочу уже повторяться! «Вот я привился и заболел!», «привился и потом так «колбасило!»», «у меня аллергия на антибиотики (?!)» и т. д., и т. д...

Давайте так: есть клиническая медицина, занимающаяся конкретным больным, и public health – превентивная медицина, занимающаяся здоровьем нации. Вакцина от гриппа (из-за постоянной мутации вируса гриппа она обновляется ежегодно) считается эффективной, если предохраняет от заболевания 60–70 % людей. Это обозначает, что 3–4 вакцинированных человека из 10 вполне могут заболеть гриппом. При этом шанс получить серьёзное осложнение гриппа уменьшается на 33 %. (Это

особенно важно для лиц повышенного риска, поэтому вакцинация им особенно показана!). Таким образом, после прививки вам вполне может и не повезти! Зачем тогда делать? Так ведь это ваш гражданский долг! Посчитайте: в привитом обществе болезнь распространяют 3–4 человека из 10 потенциально могущих заразиться, подвержены инфекции тоже 3–4 из этих же 10, а ведь если не прививаться – арифметика совсем другая! Какая? Пожалуйста: 1918–1919 гг., по разным оценкам 50-100 миллионов смертей по миру, 1957–1958 гг. – 70 тысяч смертей, 1977–1978 гг. – 40 тысяч смертей непосредственно от гриппа с очень высокой смертностью среди пожилых! А если учитывать смерти от осложнений, то счет жертвам переваливает за миллион.

Прививки жизненно необходимы людям, находящимся в зоне риска (с. 90, 91). Они могут спасти жизнь им и будущим детям.

Вообще, подумайте о себе, о своих пожилых родителях, о своей беременной жене, о своем маленьком ребенке и пойдите и привейтесь! Вреда никакого, а им может спасти жизнь!

2. ОРЗ

К счастью, далеко не всегда сезонная простуда оказывается гриппом. Это одна из причин вечных жалоб: «вот, привился и все одно – заболел!». Привились-то от вируса гриппа, а ОРЗ (острое респираторное заболевание) вызывают другие, значительно менее «злобные» вирусы – мы с ними познакомились в первой главе. Но тоже хорошего мало – и температура и ломота и кашель... Но всё в меньшей степени, чем при гриппе. Смотрите:

1. При гриппе температура высокая, как правило, больше 38, длится 3–5 дней. При ОРЗ – и температура поменьше, а то и вовсе нет, и держится 1–2 дня.

2. Головная боль при гриппе – обычное явление, иногда выраженная. При ОРЗ – встречается с той же практически частотой, что и в обычном состоянии.

3. Ломота в теле при гриппе куда как сильнее, чем при ОРЗ.

4. Выраженная усталость, упадок сил могут достигать высокой степени при гриппе и никогда при ОРЗ. Кстати, при гриппе такое состояние может длиться до 2 недель!

5. При этом заложенный нос, чиханье и боль в горле при глотании более характерны для ОРЗ, чем для гриппа.

Заболевание проходит само, требуется лишь симптоматическая терапия.

3. Ангины

В одной из моих предыдущих книг «О самом главном с доктором Мясниковым» мы уже касались и темы ангины и темы хронических бронхитов. Но я думаю, что просто отослать вас к этой книге неправильно, даже если она уже стоит у вас на полке. Там о них говорилось в порядке ответов на ваши частые вопросы, эта же книга сфокусирована полностью на инфекциях. Студенты-медики повторяют свои тексты по несколько раз, и, тем не менее, часто знания их оставляют желать лучшего! Да что студенты! Этой осенью, вернувшись из довольно сложного похода по Сибири, я сам почувствовал боль в горле. Я, который никогда не болеет! Ну, болит и болит, я помню: температуры нет, лимфоузлы не увеличены, гноя на миндалинах нет, значит ничего делать не надо – вирус и скоро пройдет! Вроде и прошло на какое-то время, а потом опять заболело. Температуры и увеличенных лимфоузлов так и нет.

Я не то что бы забыл свой же текст, просто не «примерил» его на себя, ну не привык я болеть! А ведь сам же писал: если горло болело несколько дней, потом пошло на поправку – и вновь обострение: думай о присоединении бактериальной инфекции и о возможном лечении антибиотиками! Сообразил только тогда, когда диффузная боль сфокусировалась на одной стороне и все не проходит! Ведь если болит только с одной стороны, это всегда настораживает! Миндалины при этом были не набухшие, я по три раза в день смотрел!

Заподозрив неладное, пошел к однокашнику-ЛОРу. Тот посмотрел и сказал: «там ниже миндалин слева формируется паратонзиллярный абсцесс, хорошо, если обойдемся антибиотиками и не придется резать!». Тогда обошлось, но я теперь всегда применяю свои знания и в отношении себя самого! Так что повторение полезной информации повредить никому не может!

Итак. Одна из наиболее частых причин обращений к врачу общей практики, особенно в сезон простуд, это ангины. Насколько эти заболевания опасны и стоит ли их лечить антибиотиками? Ответ тут неоднозначный.

Мы помним, что микробы чувствительны к антибиотикам, а вирусы – нет. Причиной большинства ангин является вирусная инфекция. Понятно, что вирус антибиотиками не лечим, но как определить, вирусный характер у инфекции или нет? Тут нужны пояснения.

Микробов, способных вызывать ангины, довольно много, а вот лечения антибиотиками требует лишь один из них: **стрептококк группы А**. Почему именно он? Ведь с точки зрения ангины он не очень опасен. Стрептококковая ангина проходит через несколько дней сама, без всяких антибиотиков. Все дело в тех грозных осложнениях, которые эта бактерия вызывает. Когда мы принимаем антибиотики, подавляющие стрептококк, то лечим не саму ангину, которая и так пройдет, а возможные осложнения, те иммунные процессы, которые могут «кусать» сердце, почки, суставы, выливаться в ревмокардит или в нефрит. Другая, даже микробная инфекция при неосложненном течении лечения антибиотиками не требует, так как ни на продолжительность симптомов, ни на их тяжесть они практически не влияют.

На практике же мы видим, что по американской статистике стрептококк ответственен за ангину лишь в 10–15 % всех случаев, а антибиотики выписывают минимум 70 % больных ангиной. А мы помним, что неконтролируемое применение антибиотиков – одна из самых больших проблем современной медицины.

Ангина, вызванная микробной инфекцией, не нуждается в лечении антибиотиками при неосложненном течении.

Поэтому очень важно строго соблюдать алгоритм действий при диагностике. В американской медицинской школе всех врачей «натаскивают» на простые критерии, которые помогают заподозрить стрептококковую ангину и определить, когда надо посылать человека на исследование, а когда можно думать об антибиотиках. Там все очень просто. У вас болит горло, и вы с врачом должны обратить внимание на 4 момента:

1. Есть ли у вас температура больше чем 38 °С?
2. Есть ли на миндалинах у вас белый налет?
3. Можно ли прощупать у вас на передней стороне шеи лимфоузлы (мы любим называть их желёзками)?
4. Есть ли у вас кашель?

Если у вас болит горло, есть кашель, из носа течет, слезятся глаза – это не микроб, а вирус. Не беспокойтесь, рано или поздно все пройдет (классическое выражение: лечим вирус – проходит через неделю, не лечим – через 7 дней).

Если кашля нет, но болит горло, то это уже основание, чтобы врач вам сделал мазок на наличие стрептококковой инфекции. Исследование

делается прямо в медицинском офисе по принципу теста на определение беременности: исследуемый материал наносится на планшет, капается реагент, и ожидается реакция. Если полоска появилась, то необходимо лечение соответствующими антибиотиками, причём продолжительность лечения должна быть минимум 10 дней. Помимо профилактики осложнений есть еще одна причина для приёма антибиотиков – профилактика распространения. Стрептококковая ангина может быть заразной, она быстро передаётся в школах, институтах, детских садах. Но, кстати, школу можно посещать уже через сутки после начала приёма антибиотиков, шанс перенести инфекцию на другого становится крайне мал.

Однако даже при хорошем самочувствии курс необходимо закончить и бактерию надо «добить»! Родители должны быть в курсе того, что происходит в классе, быть настороженными в отношении возможного заражения стрептококком, который до поры может ничем не проявляться.

В 80 % случаев ангины – это вирусные заболевания, которые не нуждаются в лечении антибиотиками. Но иногда ангина начинается как вирусная: у человека высокая температура, болит горло, он чихает, из носа течет. Потом температура нормализуется, дело вроде идет на поправку, но вдруг опять резкий подъем температуры и рецидив болей в горле. Тогда можно думать о присоединении бактериальной инфекции и рассматривать вариант терапии антибиотиками. (Вот тут я «тормознул» в отношении себя самого!)

Когда надо срочно обращаться к врачу? Как я теперь хорошо понимаю, пациенту бывает иногда трудно разобраться в своём состоянии. Ну, болит горло и болит. Правила простые!

1. Если вам трудно дышать.
2. Если у вас на коже появилась сыпь.
3. Если у вас отекает шея.
4. Если вам трудно открыть рот, то надо идти срочно к врачу!

Наличие этих симптомов может свидетельствовать о развитии серьёзных осложнений, например воспалительный процесс может спуститься ниже и вызвать паратонзиллярный абсцесс или даже эпиглоттит – грозное состояние, чреватое удушьем. При нём, кстати, часто наблюдается определённое расхождение в тяжелом общем состоянии и довольно спокойной картиной при простом осмотре горла (та часть горла, которая отекает и закупоривает дыхательные пути, находится значительно ниже).

К счастью, подобные осложнения достаточно редки, и ангина почти

всегда проходит самостоятельно. Обычно принимают лишь симптоматические средства.

Частый вопрос: кому нужно удалять миндалины? Если у детей это более-менее понятно, то у взрослых ясности меньше. У детей стоит подумать об удалении миндалин, если ангины часто повторяются. Что касается взрослых, то считается, что удаление миндалин может рассматриваться, если у вас случилось семь ангин и больше за один год, или если заболевание у вас повторяется из года в год не менее трех лет, причем каждый год не менее 3 стрептококковых ангин, с температурой и увеличением желёз.

Почему такие строгие критерии отбора кандидатов на операцию? Потому что миндалины выполняют в организме определённую функцию. Горло болит, так как является первым краем обороны от инфекции. И убирают этот барьер, только если он человеку мешает жить. Конечно, операция не удаляет всю лимфоидную ткань, но это в свою очередь может привести к определенным проблемам: в отсутствие миндалин оставшаяся лимфоидная ткань начинает компенсаторно разрастаться и в свою очередь воспаляться при инфекциях. Ну и, конечно, показанием к операции является перенесенный абсцесс: потенциально опасное заболевание и его повторение никому не нужно!

4. Острый бронхит

Как его отличить от ОРЗ? Симптомы во многом схожи, да и название ОРЗ говорит о поражении бронхов: острое респираторное заболевание. Оба заболевания вызываются вирусами. При умеренно выраженных и кратковременных (1–3 дня) простудных симптомах мы, как правило, говорим об ОРЗ, но если у человека кашель и мокрота сохраняются дольше пяти дней, то это может уже свидетельствовать об остром бронхите. Продолжительность кашля при этом заболевании может растянуться на довольно продолжительный период, до трех недель (в среднем, как показывает практика, 2 недели). В большинстве случаев все проходит само собой. Но верить в это практически никто не хочет!

Типичный сценарий: ходит человек по поликлиникам и ходит, кашляет и кашляет, а при этом отхаркивает такую гнойную мокроту, что уже сам пугается! Начинает жаловаться врачу, мол, сколько можно кашлять и харкать, требует назначить какое-то лечение. Под этим напором врач начинает колебаться, забыв о естественном течении болезни, и по своей душевной слабости идет на поводу у больного и назначает тому... конечно, антибиотики! Это ошибка!

Исследования показывают, что антибиотики в этом случае ровным счетом ничего не меняют, а вред наносят огромный. Применяя антибиотики без строгих показаний, мы развиваем устойчивость микроорганизмов к ним.

Последствия этого я вижу каждый день у нас в реанимации: лежат люди, которых мы лечим всем доступным спектром антибиотиков, резервных, самых мощных, очень дорогостоящих. Но они все равно не работают. И люди умирают из-за того, что они всю жизнь принимали антибиотики по любому поводу: для лечения больного горла, бронхита, гриппа, простуды. Стоит зашмыгать носом – начинаем пить антибиотики, а потом расплачиваемся. А когда действительно приходит какая-то проблема, то лекарства уже не помогают.

Иногда кашель тянется дольше, чем 3 недели. Но тут тоже имеет смысл сначала разобраться в ситуации, прежде чем тянуть руку к антибиотикам. Оправданно могут назначать антибиотики детям младше пяти лет только педиатры – именно у малышей после простудных заболеваний может остаться сухой кашель на срок более трех недель. Для лечения этого состояния врач может выписывать антибиотики на 2–3

недели. У взрослых все обстоит несколько по-другому. Кашель может быть вызван массой причин. Если мы простужены, то кашель провоцирует стекающее по стенке глотки воспалительное содержимое из носоглотки. В этом случае антибиотики не нужны.

Но кашель может носить инфекционный характер, когда заболевание вызвано микробными возбудителями. Например, при коклюше. После того как в 40-х гг. XX века была разработана и широко применялась поголовная прививка от коклюша, заболевание сошло на нет, но сейчас во всем мире снова наблюдается его рост. Болезнь происходит в стертой форме, потому что мы все поголовно привиты (это вам не нынешнее поколение!), но иммунитета на всю жизнь не хватает. Поэтому рекомендую после 60 лет повторить прививку от коклюша, тем более что она часто входит в состав прививки от столбняка, а в ее необходимости у вас сомнений остаться не должно.

Современный подход такой: если взрослый человек мучается сухим лающим кашлем более 3 недель, его обязательно отправляют на исследование для выявления возбудителя коклюша. Но даже в случае, когда коклюш подтверждается, антибиотик назначается не для облегчения симптомов, не для скорейшего излечения, а для того, чтобы предотвратить распространение инфекции вокруг.

Когда кашель длится больше 3 недель, детям педиатры, как правило, назначают антибиотики.

Взрослым они показаны только после детального разбора и установления причины.

Два других широко известных возбудителя острых бронхитов – это микоплазма и хламидии (сейчас они называются хламидофилами). Однако хламидии вызывают острый бронхит только в 5–6 % случаев, а микоплазма и того меньше – в 2 %. Здесь тоже антибиотики не играют никакой ключевой роли в лечении, они держатся в резерве.

Часто больной приходит к врачу, жалуется на плохое самочувствие и просит провести подробное обследование: кардиограмму, компьютерную томографию и УЗИ. На самом деле даже рентген в подобных ситуациях делается далеко не всегда. Если у человека просто кашель, но при этом все остальное более-менее нормально, то рентгенография не нужна. Она назначается только тогда, когда у больного есть отклонения в таких показателях, как пульс и число дыхательных движений.

Если вы дышите чаще, чем 24 раза в минуту, и пульс у вас больше 100,

при этом у вас температура есть, нет (есть – это если больше 38°), вот тогда имеет место основание для рентгена, чтобы исключить пневмонию. Во всех остальных случаях считается, что ни обследовать, ни тем более лечить пациента антибиотиками не нужно. Ему только нужна терапия для облегчения симптомов (осторожнее с препаратами, содержащими кодеин!).

Однако иногда клинически отличить вирусный бронхит от бактериального практически невозможно. Но как когда-то «англичанин-мудрец, чтоб работе помочь, изобрел паровую машину», так и сейчас западные врачи нашли выход в этой ситуации. Есть такое вещество, которое называется прокальцитонин. Если тест на его содержание показывает, что уровень низкий, значит имеет место вирусный бронхит, а если высокий – то микробный. Значит, при необходимости можно держать в резерве антибиотики (на вирусы они вообще не действуют). Более того, концентрация прокальцитонина может служить показателем необходимости терапии антибиотиками.

Продукты жизнедеятельности микробов и воспаление провоцируют ткани человеческого организма на выработку прокальцитонина, поэтому если титр высокий – назначаются антибиотики. Если меньше определенного показателя, то антибиотики не нужны. Я, наверное, угадал ваш вопрос. А вы, наверно, угадали мой ответ. Нет, у нас в общей клинической практике этот тест пока недоступен.

Воспаление легких – серьезная болезнь, от которой в прошлом веке очень часто умирали. Потом антибиотики перевернули принципы лечения инфекционных болезней, и смертей стало значительно меньше. Однако в настоящее время из-за бесконтрольного приёма антибиотиков проблема резистентности к ним вновь перевела воспаление легких в разряд серьёзных заболеваний. Что о нем нужно знать пациентам и врачам?

Воспаление легких (пневмония) – острое инфекционное заболевание, требующее немедленного лечения. Выскажу неоригинальную мысль, но вся хитрость состоит в том, что для правильного лечения надо учитывать множество факторов. Пациент, заболевший пневмонией в больнице, должен лечиться совсем по-другому, чем тот, который заразился в другом месте. Если больной доставлен с улицы, у него кашель с мокротой, боли в груди, хрипы в легких, врач в первую очередь решает, в каких условиях больному предстоит лечиться. Далекое не всегда и не каждый пациент должен быть госпитализирован. Если у него нет высокой температуры, если частота дыхательных движений, пульс, давление находятся в определенных рамках, если показатель крови удерживается в приемлемых границах, то ему нужно назначить антибиотики и отправить

домой. Здесь встает вопрос о том, какой антибиотик необходимо выписать.

Сегодня практически любые антибиотики доступны, и обычно врачи назначают достаточно серьезные, сильные и дорогие антибиотики. Пациент доволен, что его лечат крутым антибиотиком ценой в 50 долларов за флакон, а врач доволен, что он все сделал правильно. На самом деле эти дорогие антибиотики, вероятнее всего, работать не будут! Почему?

Например, внебольничная пневмония (перевод с английского – community acquired pneumonia – звучит несколько коряво, но это официальное современное название), как правило, вызывается нетипичными микроорганизмами. Это не пневмококк, про который все слышали, а хламидии, микоплазма, масса других микроорганизмов, которые, по сути, не совсем бактерии, так как по некоторым признакам отличаются от классических бактерий. На них действует только определенный класс антибиотиков. Поэтому таким больным надо назначать антибиотики группы, родоначальником которой был эритромицин, люди постарше должны его помнить.

Теперь эритромицин снят с производства, так как он вызывал сильные аритмии. Его современные «потомки» совершенно безопасны, могут применяться даже при беременности и являются достаточно эффективными. Весьма действенны в случаях внебольничной пневмонии препараты, производные от доброго старого тетрациклина. Очень эффективны препараты типа таваника и его аналоги.

В новостях можно услышать, что где-нибудь в казарме от пневмонии умерли 10 новобранцев, потому что их плохо одетыми гоняли по плацу. Но от гонок по плацу не умирают. Вспышка пневмонии, вызванной микоплазмой, в казармах, студенческих общежитиях и других местах, где люди живут скученно, достаточно обычное дело. Если этих больных будут лечить любыми антибиотиками, кроме упомянутых групп, пусть даже сильными и хорошими, то ничего не выйдет – они микоплазму не покрывают. Зато копеечный тетрациклин (точнее, его производное – доксициклин) будет успешен. Врачи, которые не смогли вылечить этих несчастных пациентов, упускают это, не действуя по алгоритму.

Вспышка пневмонии в казармах, студенческих общежитиях, т. е. в местах скученного проживания, встречается, к сожалению, достаточно часто. Она вызвана микоплазмой, а не потому, что новобранцев гоняли голыми по плацу.

Если у больного выраженная одышка, снижение кислорода в крови,

воспалительная реакция, то его будут лечить уже в стационаре и применять другие антибиотики. В больнице, как правило, ему дают два антибиотика – один возмещает то, что не покрывает другой. Вторым обычно идет один из тех препаратов, которые действуют на микоплазму, хламидии и другие атипичные микроорганизмы. Конечно, скорее всего, возбудителем инфекции является пневмококк, но поскольку до получения результатов анализов это окончательно неизвестно, то необходимо подстраховаться.

Проходит несколько дней, и больному становится лучше. Вот тут врачу трудно подавить естественное желание повторить рентген и посмотреть, как там, внутри?

Однажды, во время работы в Америке, страховая компания отказала мне в оплате рентгеновского исследования легких больного с пневмонией, причем не повторного, а первого. Меня расспросили, слушал ли я больного трубочкой и услышал ли при этом хрипы, делал ли анализ крови, видел ли в нем признаки воспаления. Если больной не умирал, то зачем ему рентген? Диагноз и так был ясен. Я тогда страшно возмущался, даже кричал. А сейчас, по зрелом размышлении, понимаю, что у нас сотни тысяч больных пневмонией, сотни тысяч рентгенографий, огромные суммы денег тратятся на пленки при том, что в этих расходах часто нет необходимости. Обоснованием для рентгена в ясной ситуации бывает не желание визуализировать очаг, а убедиться, что там нет опухоли, которая спровоцировала пневмонию. Контрольный снимок нецелесообразно делать через 4 дня. Если, конечно, больному не становится хуже. Повторный снимок делаем не раньше, чем через 4 недели, если для этого есть показания. Зачем лишний раз облучать человека?

Глава 5. О пользе мытья рук

Раз уж мы живем в мире бактерий и вирусов, то надо, как было принято говорить раньше, «соблюдать правила социалистического общежития»! Мы, люди, пришли в их мир позже, как биомассы нас меньше, нас пока терпят и зачем нам нарываться на неприятности? Не так и много от нас требуется: принимать определенные превентивные и весьма необременительные меры: мыть руки, обрабатывать пищу, не загрязнять окружающую среду, делать вовремя прививки, ну и тому подобное...

Кажется удивительным, но не так и давно врач мог работать в морге без перчаток и потом, не помыв руки, пойти принимать роды! Во всяком случае, до сих пор студентам-медикам приводят этот пример, когда, наконец, обратили внимания, что пациентки таких врачей значительно чаще испытывали «родовую горячку». (Вот меня удивляет это «чаще»! Какие же должны быть мощные защитные силы организма, чтобы побеждать самые опасные бактерии, которые врачи тогда заносили в родовые пути женщины после вскрытия умерших!

Чаще... Не все поголовно, а чаще!).

1. Стафилококковая инфекция

Иммунитет иммунитетом, а судьбу и терпение микроорганизмов испытывать не надо! А.Н. Скрябин, выдающийся русский композитор и пианист, как-то выдавил прыщ на верхней губе и умер от молниеносного распространения стафилококковой инфекции! Всего в 43 года! Красавец, гурман и любитель прекрасного пола, новатор в музыке – все пошло прахом из-за какого-то прыща! (Все, конечно, относительно – через 2 года грянула революция, и как бы сложилась судьба потомственного дворянина и выпускника Московского военного кадетского корпуса, неизвестно!)

Мы все – носители различных форм стафилококка, от относительно безобидных до потенциально опасного золотистого стафилококка (в микроскопе он выглядит именно так, даже без искусственной окраски, отсюда и название). Стафилококки живут у нас на коже, в носоглотке и других местах (и даже в прямой кишке!). Множество людей страдают от фурункулов. (Фурункул – гнойное воспаление волосяного фолликула. Карбункул – несколько фурункулов, слившихся вместе). Больно, неудобно, некрасиво – добро бы: был и прошел, часто подобная инфекция рецидивирует. В подавляющем числе случаев тому виной именно золотистый стафилококк. Когда-то он успешно лечился пенициллином и схожим антибиотиком метициллином (вот были же старые, добрые времена!). Но уже в 50-х годах стали появляться формы, устойчивые к метициллину и, удивленные этим, наивные врачи ранней эры антибиотиков так и называли эту разновидность: «золотистый стафилококк, устойчивый к метициллину», английская аббревиатура MRSA. Уж не знаю, по каким причинам эта аббревиатура применяется до сих пор: стафилококк сегодня устойчив не только к пенициллину и метициллину, но и к ряду других антибиотиков, а тот самый метициллин не применяют уже лет 30! Раньше MRSA-стафилококк встречался в основном в больницах и домах престарелых, сегодня большинство гнойничковых заболеваний кожи в нашей обычной, повседневной жизни вызывается именно им.

Заметки на полях

Сейчас идет реформа здравоохранения, акцент оказания медпомощи переносится со стационаров на поликлиники и амбулаторные пункты. Это совершенно правильно с точки зрения логики и экономики, это оправданно и с чисто медицинской точки

зрения. С точки же зрения опасности присоединения внутрибольничной инфекции пребывание в стационаре больше 10 дней крайне опасно! Вы как себе этот стационар представляете? Храм медицины, где все моют специальными растворами, а врачи и сестры ходят в белоснежных халатах, масках и тапочках? Моют, конечно, и халаты носят, но толку-то что?! Подумайте: ведь на койке, на которой вы сейчас лежите, до вас уже умерли не один десяток людей! Их пытались спасти, кололи мощнейшие резервные антибиотики, но терпели неудачу! Итог: труп вынесли, а победившие бактерии остались! И хоть сто раз мой пол и стены, никуда они не денутся! Они в системе вентиляции, которая не столько их фильтрует, сколько разносит по корпусу из реанимации, в раковинах, душе, аппаратах искусственного дыхания (помните синегнойную палочку из первой главы?). Да, приходит санэпидемстанция, делает смывы, посева... Знаете, почему они сквозь пальцы смотрят на явные иногда подтасовки результатов?

Выхода у них нет, иначе все больницы надо закрывать! Мне всегда смешно, когда посетителей не пускают в верхней одежде и просят надеть халат! Ведь они ничего плохого сверх того, что уже в больнице есть, занести никак не могут! Это посетителей надо защищать, это они должны просить: дайте халат, а то как я потом в этой своей одежде ходить буду! Например, за границей наши люди неизменно удивляются: почему в их госпиталях посетители проходят в верхней одежде, а врач зачастую без халата?! Потому что опасность не извне, а внутри, и рискуют не больные, а посетители! Даже болезни делятся на внутрибольничные и приобретенные в обычных, внебольничных условиях. Не слышали термин «внебольничная пневмония», например? Почему это настолько важно, что даже выносится в диагноз? Все просто: внутрибольничная инфекция лечится намного труднее и она намного опаснее, и тут сразу надо начинать с комбинации мощных зачастую резервных антибиотиков!

Около 30 % населения колонизовано золотистым стрептококком, и большинство не испытывают никаких проблем. До поры. Как Скрябин. Маленький порез, царапина, тот же выдавленный прыщ – и входные ворота инфекции открыты. А там кому как повезет, все индивидуально, и, как принято говорить (хоть я эту поговорку и не люблю), медицина – наука не

точная! Поэтому от колонизации золотистым стафилококком (особенно MRSA) лучше предохраняться. Как? Да очень просто: мойте руки! Мы ходим по магазинам, пользуемся транспортом, мы делим среду обитания с носителями золотистого стафилококка и множества других бактерий и вирусов. Дверные ручки, тележки в магазинах, спортивные тренажеры, чужая помада для губ или служебная фуражка сменщика – везде мириады бактерий, которые с легкостью оседают у вас на руках! Мы худо-бедно научились мыть руки в туалете. Нуда – запахи всякие, вдруг капельки мочи попадут – противно! Только моча стерильна и туалет – наименее опасное место в плане передачи бактерий! Не верите? Отсылаю вас к данным исследования в Южной Корее, показывающих, что ручки тележек в городском супермаркете содержат на порядок больше патогенных бактерий, чем общественные туалеты!

Приведу рекомендации Американского Центра по борьбе и предотвращению инфекционных заболеваний:

1. Мойте руки после любых контактов. И дальше типично американские наставления и предупреждения типа «эта стиральная машина не предусмотрена для стирки кошек». Замученные судебными исками в подобных анекдотических ситуациях, крупные фирмы и организации теперь все уточняют! (Миллионы долларов ведь люди отсуживают у производителей! И, действительно, «не было надписи про кошек, я и постирала! А почему я должна думать?! Это пусть президент думает! Игрушку, например, стирать можно? И кроссовки можно!». И, несмотря на всю абсурдность, юристы с удовольствием берутся за дело, создавая прецедент!). Итак, чтобы не было потом исков типа «я помыл, а все-равно заразился», этот самый центр уточняет, как именно мыть: под струей воды тщательно тереть руки друг о друга не менее 30 секунд с мылом. Особенно тщательно мойте ногти, между пальцами и запястья. Смывайте большим количеством воды. Пользуйтесь одноразовым полотенцем. «Есть много странного на свете, друг Гораций», но руки и правда лучше мыть тщательно! По Жванецкому – «тщательнее».

2. Хорошей альтернативой мытью рук, если поблизости нет раковины, являются специальные спиртовые салфетки или растворы типа жидкого мыла. Не буду вас утомлять инструкцией, как долго и что именно надо тереть, видимо, и там иски уже были!

3. Заклеивайте мелкие порезы и ранки.

4. Не касайтесь других людей.

5. Протирайте спортивные тренажеры спиртовыми салфетками до и после использования.

6. Протирайте телефоны, дверные ручки, клавиатуру компьютеров, поверхность столов. При этом медикаментозно (антибиотиками) искоренять носительство стафилококка, если он бессимптомен, не считается необходимым: реальную инфекцию развивает лишь 4 из 10 000 носителей (вот тут бы «знать бы прикуп»!). Но если у вас часто повторяются фурункулы и другие гнойничковые заболевания кожи либо были более грозные проявления этой инфекции, то искоренять носительство надо. Обычно это делается десятидневным курсом приема комбинации антибиотиков, в которую одним из компонентов входит рифампицин – в обычных ситуациях он зарезервирован для лечения туберкулеза.

2. Менингит

Серьезная, потенциально опасная болезнь. Бактерии или вирусы вызывают воспаление мозговых оболочек, появляются высокая температура, напряжение затылочных мышц, иногда сыпь, спутанность сознания, заторможенность, нарушения дыхания. Вирусный («серозный») менингит менее опасен, а вот бактерии здесь значительно более агрессивны! От бактериального менингита все еще умирают 135 000 человек в год, 1,2 миллиона заболевают по всему свету ежегодно! У выживших часто остается та или иная степень неврологического дефицита... Как мы уже упоминали, причиной номер один бактериального менингита является пневмококк. Менингококк стоит на втором месте. У пожилых и ослабленных частая причина – листерия, мы говорили о ней в первой главе. В больницах – там другая история, там свирепствуют стафилококк и синегнойная палочка, смертность от них куда выше! Особенно бактериальный менингит опасен детям и пожилым, напоминаю про прививки от пневмококка и менингококка!

Да, менингококка существует несколько видов (потому и создали квадριвалентную – от 4 типов – вакцину), да, вакцина от менингококка действует недолго, но помните – дети болеют менингитом в 10 раз чаще, чем взрослые, и им «прикрыться» вакциной на самый опасный период есть все резоны! То же относится и к лицам за 60. Тем более что у нас на территории бывшего СССР вспышки менингококкового менингита (тип А) бывают регулярно! Как, собственно, и в других странах Европы и США. И распространяется эпидемия обычно очень быстро, с высокой смертностью. Также привейтесь, если едете в Африку – Нигерию, Судан, Чад, Гвинею. Все, что непосредственно под Сахарой. Там почему-то вспышки менингита особенно часты и регулярны – каждые 7 лет. Эти страны так и называют: «менингитный пояс».

Вирусный менингит менее опасен, чем бактериальный, которым ежегодно заболевают более 1,2 млн людей по всему миру.

Вообще с менингококковым менингитом все непросто! Он не укладывается в примитивную схему: человек – заражение – проникновение бактерии – болезнь! Дело в том, что многие из нас носят этот самый

менингококк в своей носоглотке и при этом чувствуют себя прекрасно!

Заметки на полях

Старый врачебный анекдот: обход профессора в палате, ему докладывают: «Вот интересный случай – больной неделю не ест, неделю не пьет ни капли жидкости, в туалет тоже не ходит...», тут больной перебивает врачей и говорит: «И прекрасно, профессор, себя чувствую!». Анекдот-анекдотом, но любой клиницист знает множество случаев, когда организм компенсирует самые невероятные отклонения, и человек даже не подозревает об их наличии. Как-то ко мне пришел мой заведующий кардиологией, профессор, крутит головой и показывает снимки – ангиограмму: «Александр Леонидович, посмотрите, здесь же вообще отсутствуют коронарные артерии, все забито на 100%! При этом боли практически нет!». По всем законам природы жить с таким состоянием сосудов невозможно, а тот больной выписался и живет до сих пор (мы не смогли ему ни стенты поставить, ни операцию АКШ сделать – там не к чему даже подключиться – все забито!). Другой случай. Приходит ко мне крепкий мужчина, кровь с молоком, бывший военный-десантник и приносит рентгенограмму шейного отдела позвоночника. «Доктор, – говорит, – мне тут сказали, что спортом заниматься нельзя, а я борец, мастер спорта и как мне теперь быть?! Вот пришел посоветоваться!» Я взглянул на пленку и почувствовал, как по спине побежали мурашки: там полный вывих первого шейного позвонка, нас всегда учили, что такая ситуация несовместима с жизнью! «Только не шевелитесь! – говорю. – Сейчас я пойду покажу снимок и посоветуюсь». Он усмехнулся: «Вот и вы то же! Те доктора меня сразу укладывать начали! А я вообще-то к вам после тренировки пришел! У меня и правда там давно что-то на снимке есть, это еще с тех пор как я на парашюте неудачно приземлился, так 20 лет уж прошло!». До сих пор ума не приложу, как он так столько лет жил, да еще борцовский «мост» качал! Отправил я его на консультацию в ЦИТО и потом следы потерял...

До поры менингококк и человек живут, не конфликтуя. Потом что-то присходит: травма носа или операция на ЛОР-органах, перенесенный грипп, просто звезды встали не так, – и микроб вырывает «топор войны»

и начинает свои боевые пляски!

Факторы риска? Пожалуйста:

1. Нахождение в тесных замкнутых коллективах. Вспышки часты у студентов колледжей и в военных казармах. Записи об этом сохранились со времен и Гражданской войны в Америке и Крымской кампании. (Это для них Крымская кампания, для нас – героическая оборона Севастополя и гордость стойкостью наших солдат! Британия по праву гордится своей «тонкой красной линией» – цепочкой поредевших под огнем шотландцев, выстроившихся в линию в красных мундирах и спасших коалицию от сбрасывания в Черное море, мы – атакой наших кавалергардов на заведомо неприступные позиции и нашими рядовыми, массово остававшихся в бою с несколькими ранениями, – почитайте воспоминания Н. Пирогова!). Для кого-то его менингококк «ручной», а перейдя на другого, тот может вызвать активную болезнь. Обычно так и происходит – собираются вместе носители менингококков, но у каждого свои его разновидности. И начинается нежелательный обмен! Нахождение в тесных коллективах, в семье с носителями резко увеличивает шанс заражения. Передача идет воздушно-капельным путем, при тесном контакте, например, при поцелуях. (Конечно, пример про поцелуи не для воинских казарм, хотя теперь в США и Европе... я уже и не знаю... В 2013 году в Нью-Йорке была вспышка менингита среди гомосексуалистов...). Потому раздел про менингит и помещен в главу о пользе мытья рук; капельки слюны оседают на поверхностях, которых мы все касаемся и единственный путь предохраниться – соблюдать санитарно-гигиенические нормы!

2. Врожденный дефицит белков системы «комплемента». Еще помните, что это такое? (Кто не помнит – смотрите главу про иммунитет). Единственно известные примеры, когда дефицит белков комплемента может сопровождаться развернутой болезнью, несмотря на сохранность остальных механизмов иммунной защиты, – это менингококковый менингит и гонорея!

3. Удаленная селезенка. Почему? Уже объяснял.

4. Курение. Долго думали, почему, ведь сигаретный дым тут, вроде, и ни при чем. Потом установили связь увеличенной частоты носительства и курения, ну а чем больше носителей, тем больше риски!

5. Частое посещение баров и дискотек – есть несколько статей на эту тему. Не очень понимаю, зачем это выделяют в отдельную строку (чем отличается от первого пункта, например?), тут скорее больше угроза второй болезни, ассоциированной с дефицитом комплемента, – гонорей!

6. Уже упомянутые травмы носа и респираторные вирусные инфекции.

Так почему же не берут мазок из носоглотки и не изничтожают менингококк у всех подряд, у кого найдут?! Вне вспышек эпидемий это просто бессмысленно: и дорого и главное – неэффективно! Другое дело, если заболел кто-то из ваших соседей и близких. Те, с кем вы общались накануне несколько часов или, например, летели на самолете в соседних креслах. Тут врач назначит вам профилактически антибиотики, чтобы оборвать возможность развития болезни в зародыше. Желательно это делать в первые сутки или после 14 дней от начала болезни того, с кем вы близко контактировали, химиопрофилактика уже не эффективна и не исключает ваши шансы заболеть.

Особенно бактериальный менингит опасен детям и пожилым, поэтому их в первую очередь надо защитить вакцинацией от пневмококка и менингококка!

Что еще хочу сказать и медикам и не медикам, особенно молодым родителям: помните, что такая болезнь есть! Да, её начало очень похоже на обычную вирусную инфекцию, на грипп, да, симптомы могут быть сглажены, но тем не менее. У ребенка высокая температура, он вялый и появилась сыпь? Он еще и не привит? Немедленно скорую, вцепитесь во врача и никаких: «да что вы, мамаша, тут же ОРЗ, завтра педиатра на дом позовете»! Дело в том, что здесь спасает жизнь возможно раннее назначение мощных антибиотиков в вену. По алгоритму, если есть подозрение на менингит, лечение должно начаться не позже чем через полчаса! Никаких там «давайте посмотрим анализ крови, давайте дождемся результатов спинномозговой пункции», сначала грамм роцефина в вену, а там уже продолжайте свой диагностический поиск! Доктора, перед вами неясный больной с высокой температурой? Сделайте скорее спинномозговую пункцию! А уж если перед вами больной со СПИДом, так тут это ваша прямая обязанность! Менингит входит в перечень 10 самых опасных инфекций, давайте будем бдительны! И напоминаю всем: мойте руки!

3. Энтеровирусы

Большая группа вирусов, близких родственников вируса полиомиелита. Полиомиелит мы практически извели поголовной вакцинацией, но вредные родственнички остались! Периодически в прессе начинается шум, например: «Группа детей в Анапе заболела серозным менингитом!» «Еще в двух санаториях отмечены случаи серозного менингита!» «Америку захлестнула эпидемия «вирусной пневмонии!»».

Все это как раз об этих самых энтеровирусах! Действительно, могут и вирусный менингит вызывать, и пневмонию, а еще и болезни сердца (миокардиты, перикардиты, нарушения ритма), мозга (энцефалит) и такое частое у детей заболевание, как foot, hand and mouth... disease. (По-русски полная калька с английского – «болезнь рука – нога – рот»!) Последнее – довольно безобидное заболевание, протекающее с кратковременным повышением температуры и появлением на теле, как правило, в местах, вошедших в название болезни (нога – рука – рот), пузырьков, похожих на ветрянку. Вызывается разновидностью энтеровирусов – вирусами Коксаки и специального лечения не требует. Вообще, очень часто наличие энтеровируса может протекать практически бессимптомно или быть нераспознано за банальными симптомами легкой простуды.

От 30 до 50 % взрослых людей имеют антитела к различным разновидностям энтеровирусов, что обозначает встречу с ними ранее на жизненном пути. Бывает и так, что врачи не могут правильно расценить имеющуюся симптоматику и ставят диагнозы пневмонии, холецистита, герпеса или даже инфаркта миокарда в случаях так называемой энтеровирусной плевродинии: инфекция протекает с повышением температуры и приступообразными спазмами мышц живота и груди. Длятся они 4–6 дней, проходят сами. Заболевание может быстро распространяться среди детей и подростков, хотя болеют и взрослые, причем иногда тяжело!

Энтеровирусы вообще часто дают вспышку с быстрым распространением, как в случаях серозного менингита. Это сезонная болезнь, чаще встречается летом-осенью, поражает людей, живущих в тесных коллективах: летних лагерях, казармах... Температура, напряжение затылочных мышц, сонливость, однако, в отличие от бактериального менингита (диагноз помогает поставить спинномозговая пункция!), прогноз, как правило, благоприятный и требует только симптоматического

лечения.

А вот пневмония может протекать тяжело, особенно у астматиков. Вспышка в США летом 2014 (энтеровирус D68) привела в больницы сотни детей, некоторые умерли от дыхательной недостаточности.... Прививки от подавляющего числа энтеровирусов отсутствуют, единственно эффективные меры – тщательное мытьё рук, употребление только кипяченной воды, правильная обработка фруктов и овощей, вообще, все как всегда! Передается не «кашлем и чихом», а фекально-оральным путем. Поэтому маски не нужны, а вот мыть руки после смены памперса, например, нужно постоянно! Повторяю: дверные ручки, тележки, клавиатура – все, что кто-то трогал до вас, может быть источником инфекции.

Заметки на полях

Приведу историю, которая может показаться невероятной!

Баскетбольный матч, команды «рубятся» насмерть, финал, разъезжаются по домам и... Вдруг все слегли с поносом! И те, и эти! Анализы обнаружили ротавирус (мы знакомимся с ним вкратце в первой главе). Стали искать источник заражения: перевернули весь пищеблок, водоснабжение – все чисто! Что бы вы, думали, оказалось? Баскетбольный мяч! Один из игроков был заражен, мяч хватали с остервенением все, и перед душем каждый лицо руками вытер, до губ дотронулся и т. д. Этого хватило! Мяч проверили – высокая концентрация ротавируса, и нет сомнений – источник он!

4. Гепатит А

Врачи относятся к гепатиту А немного легкомысленно. Это нашло и отражение в том, как они называют эту болезнь: «насморк печени»! Действительно, эта болезнь не переходит в хроническую форму, в цирроз или рак. Но согласитесь: мало радости поехать в Турцию или Тайланд, заплатив немалые деньги, и провести остаток отпуска на горшке в инфекционном отделении местного госпиталя! Желтуха – неадекватная замена загару, поверьте мне, хоть я и предостерегаю от чрезмерного увлечения последним! Да и зачем так далеко ехать: большинство людей заражаются этой болезнью преимущественно дома, в своих городах и районах. Для этого много не надо – чуть расслабился, не то съел, сырой воды попил, руки, придя домой, не помыл – и вот через 4 недели моча как крепкий чай, стул белый, слабость, тошнота, понос! Самое начало желтухи можно заметить у больного под языком, потом склеры (глаза), ну а там уже желтеешь весь! Появляется мучительный зуд и, как следствие, расчесы! Только в одном ошибаются доктора, называющие гепатит А «насморком печени», от насморка не умирают, а вот от гепатита А умереть, к сожалению, можно! Особенно если человек уже страдает какой-либо формой хронического гепатита (В или С) – наложение инфекций одной на другую может вызвать молниеносную реакцию, и печень буквально сгорает! (Вывод: у вас гепатит С? Обязательно привейтесь от гепатита А и В!). В редких случаях такой жесткий вариант течения болезни может наблюдаться и без предшествующего поражения печени!

Между прочим, вирус гепатита А вызывает не только гепатит! Здесь и поражение желчевыводящих путей с долгим – месяцами – застоем желчи, и рецидивы – периодическое повышение ферментов печени, и возврат симптома после, казалось бы, полного выздоровления... А еще васкулиты, анемии, артриты, нефриты, миокардиты, поражения глаз... И это еще не полный список, не продолжаю, т. к. уж больно там мудреные названия, например криоглобулинемия!

Вообще, проще соблюдать примитивные правила гигиены и сделать прививку! Какие правила? Сказал же, простые:

1. Никакого парного молока! Только пастеризованное! И, кстати, творог, сметана, кефир из сырого молока также могут быть источником инфекций!

2. Овощи и фрукты перед употреблением мыть!

3. Холодильник должен быть включен так, чтобы температура была не выше 4,5 градусов, морозилка – минус 18 и ниже.

4. Сырое мясо, рыбу и птицу хранить отдельно от других продуктов.

5. Яйца употребляйте «вкрутую».

6. Никогда не оставляйте уже приготовленную пищу вне холодильника более 2 часов.

7. Любителям суши: в употребление рыбу необходимо пускать предварительно замороженную.

8. Тщательное мытье рук. По приведенному ранее американскому стандарту! Причем именно мытье – влажные салфетки от вируса гепатита А не очень предохраняют!

9. Если вы планируете поездки в дальние страны, сделайте прививку. Прививка необходима работникам столовых и ресторанов, сотрудникам детских садов и домов престарелых. И напоминаю: она абсолютно необходима больным с любыми формами хронического гепатита или с нарушениями свертываемости (факторы свертывания синтезируются в печени!)

Мы любим шутить: «упавшее, но быстро поднятое, упавшим не считается!». Нам часто кажется, что все врачебные наставления далеки от реальной жизни. «Да, я руки раз в день мою – и ничего! Здоров!». Нуда, вспомните, с чего я начал эту главу – про родовую горячку! Защитные силы организма огромны, это правда. И вот мы начинаем очередную русскую рулетку – пронесет – не пронесет!

Когда-то признание факта, что холеру вызывает холерный вибрион, было сильно отсрочено, и вот почему: у ученых ведь никогда не бывает единства, спорят до хрипоты! Так и тут, на ученом совете сделали убедительный доклад о предполагаемом возбудителе холеры (а она тогда уносила десятки тысяч жизней!) и даже продемонстрировали пробирку с выделенным холерным вибрионом! А оппонент – эмоциональный и уверенный в своей непогрешимости человек – взял и на глазах у изумленных коллег эту пробирку целиком выпил! И сказал: «Ерунда эти ваши вибрионы! Вот если заболею – поверю, но этого не случится!». И надо же: не случилось! Не заболел! Того количества вибрионов хватило бы, чтобы отравить целый город, а ему хоть бы что! (Существует предположение, что у него была язва желудка и очень высокая кислотность; холерные вибрионы её не выдерживают). Так или иначе доказательство было отсрочено. Но это же не значит, что мы можем безнаказанно пить холерные вибрионы! Кто-то руки не моет и думает, что здоров. (Только вот прыщи и фурункулы замучили, но ведь это же другое?!). Давайте следовать

постулату: «делай, что должен, и будь что будет!» Мы свою часть должны выполнять, тогда и судьба будет к нам более благосклонна!

Глава 6. «Большие Братья»

Среди сонма инфекционных заболеваний некоторые резко выделяются своей масштабностью как в плане распространения, так и по угрозе здоровью человечества.

Какие-то особо опасные инфекции сошли со сцены, увы, думаю, что до поры, другие актуальны как никогда! Чума, оспа, сибирская язва – микроорганизмы, их вызывающие, хранятся не только лишь в бункерах с бактериологическим оружием, но сохранились где-то и в природных резервуарах! И при резком падении уровня инфекционной настроенности все может случиться! Повсюду вспышки кори, дифтерии, даже полиомиелита и лепры, а, представьте, полыхнет оспа?

Посмотрите на плечи свои и своих детей. У вас там шрамик от противооспенной прививки (попробовали бы ваши мамы отказаться от нее во время «проклятого тоталитаризма»! Это вам не нынешние демократические времена!), а вот у них нет. Перестали ее делать еще в 1982 году, извели мы тогда оспу! А теперь если что – по миру все молодое поколение сляжет в несколько недель!

Но есть болезни, которые и сегодня актуальны, как никогда! По масштабам распространения и по количеству уносимых жизней не уступят тем самым пресловутым чуме и оспе! Возглавляют список туберкулез и СПИД. В моих предыдущих книгах мы касались этой темы, сейчас же поговорим более предметно.

1. Туберкулез

Мы как-то привыкли думать, что туберкулез – это то, что ушло в прошлое, как оспа или чума. Как и литература XVIII–XIX веков. Это там все умирали от туберкулёза. Кстати заметили, что про рак там почти не слова, – «Смерть Ивана Ильича» Толстого – исключение (и не каждый у Дюма заметил, что Анна Австрийская умерла от рака груди). Как великая литература не то что не умерла – актуальна как никогда (а более ранний Макиавелли, кажется, вообще лег в основу мировой политики!), так и туберкулез продолжает собирать свою обильную жатву! И не надо думать, что нам это теперь не грозит. Ну, может, есть у кого-то типа бомжей, бывших уголовников... И часто даже врачи пропускают очевидные симптомы туберкулеза – нет настороженности.

Заметки на полях

Не верите про Макиавелли? Так можно открыть на любой странице! Ну, вот, например: «Разумный правитель не может и не должен оставаться верным своему обещанию, если это вредит его интересам и если отпали причины, побудившие его дать обещание.» Каково?

Туберкулез как был, так и остается глобальной угрозой человечеству. Одна треть всего человечества имеет латентную форму этой инфекции! То есть носят в себе эту туберкулёзную палочку Коха. Около 9-10 миллионов заболевают ежегодно! Трудно назвать какую-то другую болезнь, которая так распространяется! Туберкулез забирает ежегодно полтора миллиона жизней. Если вы думаете, что возможно это где-то там, в бедной Индии, то ничего подобного.

Если посмотрите на карту распространения туберкулеза, то краска, отмечающая высокое распространение туберкулеза, заливает пространство, точно повторяющее своими контурами контуры карты бывшего Советского Союза. Здесь распространение болезни соответствует до 100 человек на 100 тысяч населения. Это очень много. Нас в этом печальном списке обгоняют только некоторые страны Африки и Азии, там краска еще гуще, а вот остальной мир буквально в светлых тонах...

Самое главное, что туберкулёз сегодня очень резко увеличил скорость своего распространения. И сейчас реальный всплеск туберкулеза

значительно больше, чем то, что мы наблюдали 2–3 десятилетия назад.

Основной фактор риска для туберкулеза – это контакт с больным. Туберкулёз – высокозаразная болезнь. И нам в России есть от кого заразиться. И мы никогда не знаем, был контакт с больным или нет, – на лице-то не написано! Мы едем в транспорте, сидим в кино, в ресторане, кто-то мимо прошел, кто-то рядом чихнул и так далее, и так далее. Вот потому туберкулез и распространяется с огромной скоростью, и шанс заразиться очень высок. Особенно если вы употребляете алкоголь или курите, – ведь это мощные дополнительные факторы риска, так как алкоголь и никотин снижают защитные функции организма. (У курильщиков риск достигает 4-кратного уровня!)

Еще один доказанный фактор риска – это низкий уровень витамина D (не зря нас с детства кормят рыбьим жиром!).

В этом одна из причин, почему везде многие продукты (молоко!) искусственно обогащают витамином D. Также повышена чувствительность к туберкулёзу у тех, кто болен различными системными заболеваниями, такими как, например, диабет. Прививка от туберкулеза – это вакцина БЦЖ, ту, которую обычно делают в роддоме. (Интересно, что ее применяют также при лечении рака мочевого пузыря!) Но эта вакцина – увы! – не является пожизненной. Она снижает риск заболевания, но постепенно, с годами, защита ослабевает, обычно уже годам к 15. Однако самый ранимый возраст она покрывает и защищает наших детей. (В семье моего деда во время его детства от туберкулезного менингита умерли все его маленькие сестры и братик – не было тогда вакцин...)

Заметки на полях

Вот, что писал в своих воспоминаниях мой дед, известный академик А.Л. Мясников (всем рекомендую его мемуары «Пульс России»): «Смерть детей от туберкулеза в семье просвещенных медиков теперь кажется странной, но в то время это было обычным явлением. Тогда даже не было средств ранней диагностики в виде рентгеноскопии, не говоря уже о стрептомицине, появившимся через несколько десятков лет. Я помню, как много чахоточных молодых девушек посещали клинику моего отца; он назначал креозот, рыбий жир; богатым можно было советовать ехать на Южный берег Крыма, бедные должны были лечиться сосновым воздухом в деревне. «Усиленное питание сливочным маслом» («для растворения восковых капсул коховских палочек»), питье сливок (со

столетником и медом или без оных) – все не то, думал тогда мой отец, придет время и появится химиотерапия.

Эх, если бы это химиотерапевтическое средство так ужасно не запаздывало! И дети бы были живы, и эти милые гаснувшие девушки, а также эти еще вообще довольно крепкие мужчины, у которых вдруг пропадает голос, и они беззвучно сипят о чем-то своей туберкулезной гортанью... Ведь все они умрут через год-полтора.»

Ну вот, время пришло, теперь в некоторых странах с невысоким уровнем распространения туберкулёза прививку вообще не делают, там представляется экономически более выгодно выявлять отдельные случаи заболевания и лечить. Нам бы еще снизить риск туберкулеза до такого уровня!

Для выявления болезни первым шагом является туберкулиновой тест, у нас известна такая ее разновидность, как реакция Манту. Вводится белок, который вызывает местную аллергическую реакцию в случаях, если есть инфекция: на этом месте появятся вздутие и покраснение. Реакция является положительной, если величина области вздутия (именно вздутия, а не покраснения – область покраснения обычно больше!) превышает определенные границы – для разных категорий больных это может быть 5, 10 и 15 мм. 5 мм – для раннего выявления в группах высокого риска: ВИЧ-инфицированные или люди, находящиеся в тесном контакте с больным открытым туберкулёзом, больные на постоянном гормональном лечении; 10 – для тех, кто родился и живёт в странах, где плотность туберкулезных больных более 25 на 100 тысяч, то есть для нас с вами, и 15 – для жителей благополучных стран без факторов риска.

Теперь вопрос: кому делать реакцию Манту? По российским правилам – всем поголовно и ежегодно до 18 лет и после, если был контакт с больным активным туберкулезом (члены семьи, медработники). Давайте сделаем шаг вперед и выйдем из строя. Выйдем и подумаем. Зачем мы делаем этот тест? Правильно – чтобы выявить носительство, скрытую форму болезни. (Про активную форму чуть позже). А для чего? Чтобы лечить профилактически, потому как выявлять скрытую форму и не лечить глупо! До 10 % носителей переходят в активную фазу! Отсюда по простой логике перед проведением теста необходимо сначала решить: если тест будет положительный, будем ли мы такого человека лечить? Лечить – это значит 4 или 6 месяцев принимать изониазид или рифампицин. Лечение может протекать с побочными эффектами, риск которых возрастает с

возрастом. Например, риск лекарственного гепатита при лечении в возрасте за 60 лет больше 5 %, поэтому для теста и последующей химиопрофилактики должны быть веские основания. Поэтому на практике людям после 50 ни тест, ни химиопрофилактика не проводятся.

Важно выявлять у людей возможные противопоказания к предполагаемой химиопрофилактике, а не к ТЕСТУ. Также бессмысленно проводить тест тем, кто откажется от подобного лечения заранее, так что сначала надо обсудить всё «на берегу»! У нас этого не делает никто! Сколько мы знаем людей с положительной пробой? А сколько получали лечение? А скольким вообще предлагали такое лечение? То-то и оно!

А вот теперь одна из основных для меня загадок – советско-российская фтизиатрия (так называется наука о лечении туберкулёза). Факт – если проба Манту положительная, то она положительная навсегда, на всю жизнь!

Зачем же тогда её у нас повторяют вновь и вновь?! Скажите те, у кого проба Манту положительная: сколько раз за жизнь вам её повторяли? Мне – раз десять. И что? Что они хотели увидеть или узнать? А у меня потом рука чесалась и болела несколько дней! Или это такая плата за безграмотность врачей? И еще: почему-то подавляющее число людей, оказывается, считают пробу Манту прививкой, а не диагностической процедурой! Образовывайтесь уже! Скрытую инфекцию может выявить не только проба с туберкулином (Манту), но и специальный анализ крови: IGRA-тест. Но логика его интерпретации та же.

Проба Манту на туберкулез – это не прививка, а диагностический тест. Если один раз проба была положительной, то будет такой и дальше.

Всем пациентам с положительной реакцией Манту или туберкулиновой пробой проводят рентген, и, если находят изменения, – анализ мокроты, иногда бронхоскопию или компьютерную томографию. Если находят специфическую патологию, то начинают химиотерапию активного туберкулеза. Клиника его может быть стерта, только после выявления изменений в мокроте или на рентгенограмме часто становится понятно, что же это были за постоянная усталость, потливость по ночам, ощущение температуры и подкашливание!

Кстати, после 50 лет туберкулез особенно часто может маскироваться под другие болезни: хронические обструктивные заболевания легких (кашель, одышка), онкологию (потеря веса, слабость, анемия), сердечные

болезни (боль в груди, та же одышка)...

Микобактерии туберкулеза могут разноситься током крови и «посетить» другие органы: лимфоузлы, нервная система, печень, поджелудочная железа, кишечник, кости, суставы. Такие больные часто долго мыкаются по госпиталям и клиникам с маловразумительными диагнозами: лихорадка неясного генеза, нарушения всасывания, синдром раздраженного кишечника... Головная боль, боли в пояснице, тошнота, рвота, поносы – в принципе, все это может быть проявлением внелегочного туберкулеза! Вовлечение урогенитальных органов может обуславливать нарушения менструального цикла или боли в мошонке.

При нынешней распространенности туберкулеза должна быть определенная настороженность в плане выявления этой болезни, пока внимания к ней явно недостаточно! В США, например, 20 % внелегочного туберкулеза ставится только на вскрытии!

Осложнениями туберкулеза могут быть не только классические легочные симптомы: кровохарканье и пневмоторакс, например, но и склонность к повышенному тромбообразованию, тромбоэмболии, туберкулезные менингиты, поражения глаз. Отдельная тема – туберкулез как фактор риска для развития онкологических заболеваний, это факт доказанный.

Лечение туберкулеза стало возможно после открытия в 1943 году стрептомицина. Американский доктор – но! – уроженец Российской империи, получил за это Нобелевскую премию, а люди – лекарство, которое на первых порах было очень эффективно!

Заметки на полях

Как я всегда мечтал о машине времени! Мальчишкой мне хотелось посмотреть на динозавров, участвовать в рыцарских турнирах и мушкетерских дуэлях, думал, как я буду там предсказывать будущее! Меня всегда притягивал Нострадамус с его необъяснимой и сверхъестественной способностью видеть через века даже мельчайшие детали! Он боролся с чумой во время эпидемии, и я мечтал, как привезу с собой лекарства из XX века, мы поборем чуму, и он мне откроет свою тайну волшебного провидения! До XX века я и так знал, а вот дальше!?

Сколь бесконечно много мы приобрели с тех пор и сколько всего утратили! Романтический гений Сандро Боттичелли, на всех его картинах одна модель – самая красивая девушка Флоренции Симонетта Веспуччи (кстати, приходится родственницей по мужу

Америго Веспуччи, давшему имя американскому континенту!). Он повторял ее лицо из картины в картину и даже после ее смерти... А умерла эта удивительная красавица в 23 года от туберкулеза, следы которого можно видеть и на некоторых картинах – опущение плеча из-за туберкулезного поражения костей.

Сегодня мы бы ее спасли (резистентности к лекарствам тогда не было, как и самих лекарств), а вот повторить картины Боттичелли мы уже не способны! Да мы бы и Пушкина спасли – гениальный поэт со скверным характером, а так писать больше никто не может! И уж к кому бы я обязательно наведался на своей машине времени, так это к Лермонтову перед его последней дуэлью! Обязательно отговорил бы его от намерения стрелять в воздух! Может, были бы тогда еще гениальные стихи... Как же я их люблю!

«Я к вам пишу случайно; право
Не знаю, как и для чего.
Я потерял уж это право.
И что скажу вам? – ничего!
Что помню вас? – но, боже правый,
Вы это знаете давно;
И вам, конечно, все равно».

Хотя я не представляю Лермонтова пожилым, с ночным колпаком на голове и подагрическими пальцами! Брррр!

Лечение туберкулеза сталкивается с двумя основными проблемами – резистентностью (устойчивостью) бактерий к лекарствам и их побочными действиями (там в основном негативное влияние на печень, поэтому во время лечения надо воздержаться от алкоголя и лекарств, содержащих парацетамол). Тот же стрептомицин вначале был настолько активен, что действовал в самых малых дозах! (Симонетту Веспуччи вылечили бы за 2 месяца!).

Сегодня наблюдается практически поголовная резистентность к стрептомицину! Поэтому терапию теперь никогда не начинают одним или 2 препаратами – только 4 сразу! Длительность – 6 месяцев (первая фаза – 2 месяца, потом еще 4).

За рубежом лечат на дому (кто же согласится пробыть в больнице полгода?!), но при этом ежедневно приходит специальный человек, и пациент принимает всю комбинацию лекарств строго в его присутствии! У нас настаивают на полугодовой госпитализации в один из многочисленных тубдиспансеров, по сути, превратившихся в инкубатор бактерий, резистентных к лечению (в международной медицине нахождение в подобных учреждениях рассматривают как основной фактор риска развития резистентности).

Заметки на полях

Нахождение в стационаре без веских причин чревато не только из-за вездесущей внутрибольничной инфекции. Вот вам ПОДЛИННАЯ история, произошедшая в 70-е годы в городе Поти (тогда Грузинская ССР). К одному из докторов заявила компания друзей из соседнего Батуми. Ну как заведено: вино, чача, опять вино, коньяк... Ну, обратный последний автобус и пропустили... Домой в таком виде доктор везти на глаза жены друзей не решился и проявил смекалку: госпитализировал всех пятерых в свое хирургическое отделение якобы с болями в животе! Ну проспятся до утра и поедут себе поутру... Угадайте, что случилось? Четверо из пяти были ночью прооперированы пришедшим на дежурство новым врачом, и у всех них был удален аппендикс: они же были «ни бе, ни ме»! Пятого уберег шрам на животе – аппендицит ему был уже удален!

А резистентность и так распространяется быстрее, чем мы успеваем придумывать новые лекарства. В 2006 году появилось понятие – «тотальная резистентность», то есть на сцену вышли мутировавшие микобактерии, которые не берет ни одно из лекарств первой линии! Как часто бывает, пошла эта напасть из Африки (как СПИД или лихорадка Эбола).

Тогда в маленьком городке Южной Африки – Тогела-Ферри была отмечена эпидемия туберкулеза, на который не действовало ни одно лекарство! К 2010 году случаи тотальной резистентности были отмечены уже в 84 странах, включая все страны бывшего СССР.

Различают два вида резистентности: приобретенную и «первичную». Приобретенная – это когда больного лечили тем или иным лекарством, и оно перестало действовать. Сценарий обычный и понятный. Первичная резистентность, когда человек сразу заражается мутировавшей бактерией, изначально устойчивой во всем препаратам. Что с этим делать –

малопонятно, да, пытаемся определять подобные мутации, да, пытаемся давать препараты второй линии, но, сами понимаете, насколько это все непросто и почему у таких больных такая высокая смертность! А уж если заражается больной со СПИДом...

Работая в Америке, я часто получал извещения типа: «Доктор Мясников, уведомляем вас, что у мистера такого-то, с которым, согласно нашим записям, вы контактировали во время его госпитализации тогда-то, обнаружена активная форма туберкулеза. Предлагаем вам прийти туда-то для обследования и профилактического лечения.»

Система!

Заметки на полях

Как-то, гуляя по Парижскому кладбищу Пер-Лашез, увидел на указателе, что здесь похоронен Нестор Махно. Ячейку с прахом я так и не нашел, но удивил сам факт! Все мы зачитывались Толстым – «красный» граф, написавший «Хождение по мукам», смотрели фильмы про гражданскую войну и батьку Махно, и как-то я не представляю такого человека, доживающего жизнь в Париже... Потом специально посмотрел: да, человек-легенда, неукротимый, бесстрашный и везучий (только при последней попытке взять его получил 12 пуль и все-таки ушел!) умер в глубокой нищете на окраине Парижа от давнего туберкулеза! И было ему 45 лет...

2. Вирус иммунодефицита и СПИД

Помните 80-е годы прошлого века? (Это для молодежи, может, и прошлый век, для большинства населения нашей страны – самый активный период жизни, мы его искусственно по календарю делим на прошлый век, нынешний век! Для нас прошлый – это когда Наполеон был, и Пушкин неудачно промахнулся, а в нынешнем мы в космос полетели! В этом-то пока, кроме присоединения обратно Крыма, гордиться пока нечем! И то – а чего отдавали?!). Первые сообщения о странной болезни, поражающей гаитян, гомосексуалистов, больных гемофилией и потребителей героина? (Болезнь четырех «г»).

Открытие «виновного» вируса, муки с определением его принадлежности! (Доктора, его открывшие, получили Нобелевскую премию 25 лет спустя. Дольше только Жорес Алферов ждал!). Спекуляции в советской прессе, что это утечка из секретных американских лабораторий биологического оружия. (Помню, как уже в 90-х, некоторые из бывших наших микробиологов публично каялись перед американцами, по типу мы люди подневольные).

Потом с годами точно определили, что вирус еще в начале XX века в Африке, а именно в Камеруне, перешел от обезьян-шимпанзе к человеку, адаптировался к нему, потом был завезен на Гаити, а оттуда перенесен в США. В СССР СПИД долго называли «болезнью геев и проституток», кстати, изначально и в США бытовало официальное название «иммунодефицит геев». Потом, в 1988 году вспышка в роддоме в Элисте – полное раздолбайство и халатность медиков, использовавших плохо простерилизованные шприцы в роддоме: была одна зараженная, стало 40! Стало понятно, что никакая, даже самая работающая, проститутка так скоро распространять инфекцию не может! 60 млн заболевших с 1983 года, 35 млн умерших! Мир испугался основательно! ВОЗ делал мрачные прогнозы, презервативы стали продавать везде – в автоматах в туалетах и прочих общественных местах, и лишь в деревне Алехново, где у моей мамы дача, на автобусной остановке долго красовалась надпись масляной краской: «У нас в деревне СПИДа нет!». (Вот она, предтеча рекламы секс-туризма!).

Когда в середине 90-х я начал работать в Америке, то еще застал гребень этой волны, захлестнувшей мир, но это было как раз время перелома к лучшему. Вакцину так сделать и не сумели – слишком быстро

вирус мутирует, работы идут, но перспектив не видно. Случилось другое – были открыты новые классы противовирусных препаратов и разработаны новые схемы комбинированного лечения. Это резко изменило ситуацию, СПИД впервые пошел на спад. Сегодня в мире живут 37 млн инфицированных вирусом иммунодефицита, миллион из них – в России. Если раньше человек, заразившись вирусом иммунодефицита, через 8-10 лет переходил в стадию СПИДа, а еще через несколько месяцев без вариантов сгорал от инфекций, которым организм противопоставить уже ничего не мог, то теперь лечение резко изменило этот пессимистический сценарий. В 1996 смертность упала на 12 %, а в 1997 – уже на почти 50 %! Также резко увеличилась продолжительность жизни зараженных людей. И тем не менее: 2,3 миллиона людей заражаются вирусом иммунодефицита ежегодно, и 1,6 миллиона человек в год погибают от этой болезни.

Заметки на полях

Мы уже упоминали о странах «менингитного пояса». От Атлантики до Индийского океана ниже Великой Сахары тянутся страны, где таинственным образом сосредоточились все опасные инфекции. Имя этому «поясу» дали непрерывные эпидемии менингита, именно там свирепствует лихорадка Эбола и именно там сосредоточено до 70 % всех ВИЧ-инфицированных на Земле людей! Оттуда вирус пошел, там и наибольшая его концентрация. И вирус Эбола, и вирус иммунодефицита так или иначе связаны с приматами (обезьянами)! А там еще и смертельный Магдебургский вирус, и Денге, и желтая лихорадка, и многое другое! Даже чума! Думаете, искоренили мы эту напасть? Если бы! Первые 10 лет XXI века отмечено около 20 000 случаев той самой чумы и практически все как раз в странах «менингитного пояса». Как-то не кажется мне, что люди поселились тогда в правильном месте, видимо, обезьянам там удобнее! Именно там бывал в экспедициях Н. Гумилев и именно про эти места писал:

«Я пробрался вглубь неизвестных стран,
Восемьдесят дней шел мой караван;
Цепи грозных гор, лес, а иногда
Странные вдали чьи-то города;
И не раз из них в тишине ночной В лагерь долетал
непонятный вой».

И видимо, что-то серьезное и ужасное действительно кроется за всеми этими легендами и предостережениями местных шаманов про неминуемую угрозу белым пришельцам!

«Горе! Горе! Страх, петля и яма,
Для того, кто на земле родился».

Гумилев знал, что писал. Легенда гласит, что он долго жил в племени, где его почитали как посвященного!

В чем, собственно, суть болезни? Тут придется вспомнить главу «Тот самый иммунитет». Т-лимфоциты CD-4, «помощники», те, что помогают В-лимфоцитам вырабатывать антитела и наводят их на цель, помните? Важнейшее звено иммунного ответа, и именно оно становится мишенью вируса! Вирус начинает массово убивать лимфоциты-помощники. Причем как прямым воздействием на клетку, так и программированием ее на скорую смерть. Вирус активирует «рецепторы смерти» на клеточной поверхности, далее в определенное время запускается каскад изменений, приводящих к последовательной гибели клеточных структур.

Так что легенды про монахов Шаолиня, согласно которым они в состоянии нанести «удар отсроченной смерти» (якобы от такого погиб Брюс Ли), могут найти параллель с явлением клеточного апоптоза – программирования гибели клетки. Это естественный процесс, сами лимфоциты могут запускать его в процессе иммунного ответа в отношении чужеродных клеток, но вот при столкновении с вирусом они сами становятся жертвой. По мере того как количество лимфоцитов CD-4 падает, человеческий организм становится все более беззащитным перед инфекциями и болезнями, которые в обычной ситуации встречаются не так и часто.

«Удар отсроченной смерти», от которого якобы погиб Брюс Ли, возможно, не только легенда про монахов Шаолиня. Есть научные параллели с явлением программированной гибели клеток.

Возьмем саркому Капоши – именно она в 1981 году привлекла

внимание врачей, когда ее стали находить у гомосексуалистов с невиданной прежде частотой, и таким образом вышли на приобретенный иммунодефицит. Вне рамок СПИДа саркома Капоши практически не встречается. Как и многие другие состояния и инфекции. Они так и называются – оппортунистические, и их наличие, как правило, является маркером СПИДа. Вот примерный список этих инфекций: герпес, кандидоз, цитомегаловирус, токсоплазмоз, туберкулез, изоспора и многие другие.

Появление тех или иных инфекций можно предсказать по уровню падения лимфоцитов CD-4. Уровень меньше 200 обозначает переход болезни в стадию СПИДа. При CD-4 меньше 200 жди пневмонию, вызванную то ли грибом, то ли паразитом Пневмоцистой карини – *Pneumocystis carinii*. Сегодня все-таки этого возбудителя считают грибом и дали ему новое имя – *Pneumocystis jirovecii* (это так, для общего развития!). Это самая распространенная оппортунистическая инфекция, поэтому, как только врач видит снижение CD-4 до 200, он, не дожидаясь, пока этот то ли паразит, то ли грибок разгуляется, начинает профилактически давать специальный антибиотик – бактрим (у нас он был хорошо известен под названием бисептол). Дальше больше – при снижении CD-4 до 50 может присоединиться близкая родственница микобактерии туберкулеза, так называемый МАК-комплекс, поэтому к профилактике добавляется очередной антибиотик...

Помимо арифметически предсказуемых инфекций, присоединяются и многие другие, тот же туберкулез, например. Лечить инфекции у больного со СПИДом – задача очень непростая! Разобраться в росте многочисленных диковинных бактерий на посевах часто бывает бесперспективно. Вот лежит больной с температурой под 40, получает в вену комбинацию из трех антибиотиков (все в соответствии с результатами посева!) и ничего не помогает!

Потом от безысходности либо добавляешь, либо меняешь один из антибиотиков на какой-то сходный – и, о чудо! – наутро температура спала! И вот тут начинаешь ломать голову: что ж я сделал-то, что же покрывает этот вновь добавленный антибиотик, чего не покрывала прежняя комбинация?! Ясных ответов тут никогда нет, все на нюансах!

Но это СПИД, до него годы носительства ВИЧ-инфекции, скорость перехода в эту стадию зависит от времени поставленного диагноза, вирусной нагрузки, скорости падения CD-4 лимфоцитов, правильности и постоянства лечения. Более того – существует наследственная устойчивость к вирусу иммунодефицита! К сожалению, таких людей не так

и много. Они могут заразиться ВИЧ, но в стадию СПИДа у этих людей инфекция перейдет вряд ли! На скорость снижения CD-4 лимфоцитов влияет и генотип занесенного вируса иммунодефицита – они тоже бывают разные! После 1999 года вирусы иммунодефицита стали более агрессивны, как будто пытаются взять реванш у успешной антивирусной терапии!

Заражение ВИЧ часто проходит незамеченным. Незащищенный секс, использование нестерильных шприцов теми, кто употребляет наркотики, случайные уколы во время оказания зараженным медицинской помощи – вот основные источники заражения. (Интересно, что есть данные исследований, говорящие о том, что обрезание уменьшает угрозу заражения от женщины на 50 %!). Через 2–4 недели после этого могут появиться, а могут и нет, температура, ломота в теле, боль в суставах, горле – симптомы, мало отличимые от любой вирусной инфекции. При этом, зная за собой грех, человек может кинуться к врачу, но анализ не видит ВИЧ первые 3 недели после заражения! (Это если применяется тест четвертого поколения, если же все еще первого – «слепое окно» достигает 6 недель!). А ведь скорейшее начало противовирусной терапии может предотвратить болезнь!

Заметки на полях

В 1999 году на дежурстве в Нью-йоркском скорпомощном госпитале, уже под утро, совершенно замотанный, я при установке центрального катетера умирающему от СПИДа больному дернул рукой и проколол себе палец! Я пытался было сделать вид, что ничего не произошло, но медсестра увидела, что я меняю порванную перчатку и подняла шум! (Него я, собственно, и хотел избежать!). Протокол и немедленное профилактическое лечение! По закону после случайного укола в подобной ситуации лекарства надо начать принимать не позже чем через час! А лечение рассчитано на недели, пока можно будет сделать анализ крови. А это и возможная тошнота и рвота, действительно мутило сильно!

Через полтора месяца – первый тест, потом через полгода, потом через 3 месяца еще! (инкубационный период иногда – редко – может достигать одного года!). Собственно, риск был небольшой – шанс заразиться при неглубоком уколе – менее 1 %. И тем не менее! (Незащищенный секс тоже выглядит не таким уж и опасным – риск менее 3 %, а на деле остается основным путем заражения!). В любом Американском госпитале закон: относись к

ЛЮБОМУ пациенту как к ВИЧ-инфицированному, целее будешь! Проблема еще и в том, что в Америке делать человеку тест на ВИЧ без его ПИСЬМЕННОГО СОГЛАСИЯ уголовно наказуемо! Либо огромный штраф, либо до года тюрьмы, а то и всё вместе (сравните с российской практикой! Хотя в данном случае я за наших!).

Дети заражаются от ВИЧ-инфицированной матери еще в ее утробе, к сожалению профилактическое лечение беременной женщины эффективно лишь в 25 % случаев. Раньше довольно часто бывали случаи заражения ВИЧ при переливании крови. Но уже в начале 1980-х всю донорскую кровь стали тестировать на ВИЧ, и подобные случаи стали единичными. Обусловлены они либо ложноотрицательными результатами в тех самых случаях, когда кровь на анализ берется в течение первых недель после инфицирования доноров, либо наличием мутировавшего вируса, который не определяет обычный анализ. Но частота таких случаев очень невысока: один на 1,5–2 миллиона единиц переливаемой крови.

Многие переоценивают опасность заражения при бытовых контактах с ВИЧ-инфицированным. Не передается он при рукопожатии, через пот, через бытовые предметы! В результате такого невежества иногда инфицированный человек оказывается в полной изоляции, мало ему психологической травмы от наличия такой проблемы! Представьте себя на его месте и не зарекайтесь – все под богом ходим!

Сегодня активное комбинированное лечение изменило ход болезни. Теперь более 50 % ВИЧ-инфицированных умирает от причин, напрямую со СПИДом не связанных. То есть они, как мы, подвержены стрессам, вредным привычкам, в итоге делят с нами все жизненные риски, и неизбежность гибели от СПИДа больше в их судьбе не начертана! Но как часто в медицине бывает: чем раньше обнаружишь проблему, тем успешнее может быть лечение.

Рекомендация врачей такова: каждый из нас должен знать свой ВИЧ-статус – хоть раз в жизни, но анализ должен быть сделан. Ну а если вы в группе риска, то вам лучше знать, как часто подобный анализ повторять.

Сегодня – как раз для лиц группы риска – во многих странах предусмотрен экспресс-анализ по почте: покупаешь в аптеке тест-полоску, наносишь слюну, запечатываешь в приложенный конверт с адресом и посылаешь в лабораторию. Если результаты будут положительные, человека вызовут уже для более детального обследования.

При установленном факте заражения вирусом иммунодефицита и

врачу, и пациенту жизненно важно знать следующие параметры: вирусную нагрузку и количество тех самых лимфоцитов CD-4. По количеству CD-4 мы определяем, когда надо начинать лечение, вирусная нагрузка будет показывать, насколько эффективно оно протекает, и прогноз.

Каждый из нас должен знать свой ВИЧ-статус.

Если вы даже совсем не в зоне риска, то все равно один раз в жизни анализ нужно сделать.

Еще не так давно считали, что при нормальном количестве CD-4 (>500) лечение начинать не надо, и отслеживали момент, когда эти лимфоциты начнут падать. Мощные лекарства обладают определенными побочными явлениями, поэтому их придерживали. Не в последнюю очередь учитывалась и высокая цена этих препаратов. Сегодня стандартом является начало агрессивного лечения инфицированных и при нормальном числе лимфоцитов CD-4. Нет, не побочных явлений стало меньше, тут учитываются некоторые другие обстоятельства. Во-первых, если позволить вирусу свободно циркулировать в крови, то резко возрастает риск как сердечнососудистых, так и онкологических заболеваний. Там свои объяснения этому факту (интерлейкины, D-димер и многие другие умные слова). Нам важны статистические данные, которые показывают, что раннее противовирусное лечение уменьшает риски развития и этих заболеваний. И, во-вторых, превентивное лечение уменьшает риск передачи инфекции половым путем на 96 %!

Если бы я разбирал тему ВИЧ-инфекции для врачей, то посвятил бы этой теме целый том, ведь недаром в США я какое-то время работал в инфекционном отделении, информации очень и очень много. Одна тема лечения и сопутствующих инфекций чего стоит! Нам же с вами достаточно этого краткого обзора.

Запомните главное:

- от ВИЧ-инфекции никто не застрахован;
- в подавляющем числе случаев от инфекции можно предохраниться;
- ВИЧ не передается через бытовые контакты, рукопожатия, посуду, постельное белье и проч.;
- ВИЧ-инфицированные такие же, как и вы, они не хуже, просто вас пронесло, а их нет;
- лечение сегодня настолько эффективно, что изменило ранее без вариантов плохой сценарий развития болезни.

3. Хронические инфекционные гепатиты

Число людей, инфицированных вирусами гепатита «В» и «С», смертей, связанных с этими заболеваниями, сегодня выводят эти инфекции на уровень пандемических. 350 миллионов носителей вируса гепатита В и около миллиона смертей в год, связанных с этой патологией. 185 миллионов людей имеют антитела к гепатиту «С», и этот вирус – наиболее частая причина пересадки печени в мире! Именно поэтому мы разговариваем об этих вирусных заболеваниях здесь, в главе, посвященной наиболее распространенным и опасным инфекциям!

Вирусные гепатиты не зря называют «тихими убийцами». Если острую форму гепатита В пропустить довольно трудно (тут часто и желтуха, и рвота, недомогание), то острая фаза гепатита С или проходит, как правило, незамеченной, или принимается за банальную вирусную инфекцию: небольшая температура, ломота в суставах, кратковременный понос... (В приложении – таблица маркеров острого и хронического гепатита В.) В дальнейшем хроническая форма инфицирования вирусами гепатитов В и С может протекать в виде носительства, хронического гепатита, цирроза печени или карциномы – и тут уж кому как повезет! Здесь особенно применим основной закон медицины: болезнь легче предотвратить, чем потом лечить!

Пути заражения что гепатитом В, что С схожие, но здесь есть нюансы... Оба передаются с кровью – переливания, операции, иглы, тату, пирсинги, стоматологические процедуры, маникюрные салоны... (Все продукты крови, предназначенные для переливания, давно проверяются на наличие вирусов гепатита, но все-равно риск инфицирования около 1 %!). Оба вируса передаются половым путем, но с разной частотой: в случае гепатита В – это риск более 30 %, при гепатите «С» – 5–7 %, известны семейные пары, более 20 лет живущие вместе без предохранения и избежавшие заражения друг от друга. Вирус гепатита В довольно живуч и может передаваться через зубные щетки, бритвы и т. д! При этом при поцелуях, посредством чихания или кашля вирус не передается.

Дети в подавляющем числе случаев заражаются от матери во время родов. Через плаценту вирус проходит, к счастью, плохо. И тут очень важно вовремя сделать вакцинацию от гепатита В. К сожалению, от гепатита С прививки нет.

Почему очень важно прививать от гепатита В именно детей? Ответ в

оценке рисков перехода гепатита В в хроническую форму. У детей до пяти лет в хроническую форму переходит более 90 % случаев острого гепатита В! Потом с возрастом этот процент падает до 20 процентов.

Именно поэтому во всем мире принято первые дозы вакцины от гепатита В давать еще в роддоме. Вы отказались от этой вакцины для своего ребенка?! У вас самой ничего нет!? А у папы? Проверяли? Есть работы, доказывающие возможность приобретенного гепатита у плода от инфицированной спермы, без сопутствующего инфицирования матери! Вы так уверены в окружении своего ребенка? В садике, на детской площадке возьмет игрушку, которую грыз другой ребенок и тоже от безответственных родителей – непривитый и уже инфицированный. И ведь тоже потянет в рот! (Все эти: «Брось немедленно, плюнь! Иди сюда – вытру рот!» – поздно, поздно!). И почти наверняка переход инфекции в хроническую форму и с весьма вероятным исходом в цирроз или рак! Вы такой судьбы хотите для своего ребенка? Мамы, которые прошли этот трагический путь, хоть вы скажите им, каково после этого жить на свете! А ведь у нас в России что гепатит В, что С распространен намного больше, чем в Америке или Европе. Ситуация хуже нашей лишь в некоторых странах Африки и Азии (стандартная, к сожалению, география распространения инфекций по миру!). Ну, так или иначе, либо по вине родителей, либо по своей собственной, либо по несчастливому стечению обстоятельств человек становится носителем вируса гепатита В или С с потенциальной угрозой перехода хронического гепатита в цирроз, печеночную недостаточность или рак печени...

Первые дозы вакцины от гепатита В во всем мире принято давать еще в роддоме, чтобы защитить ребенка.

Как распознать угрозу, пока не поздно, и что делать?! Поголовный скрининг (обследование всех) на наличие вирусов гепатита С считается нецелесообразным с экономической точки зрения. Как правило, обследуются лица, которые могут быть отнесены к группам риска: любители татуировок, пирсинга, тех, кто на диализе, наркоманы, люди с историей неоднократных оперативных вмешательств ранее и т. д. А вот анализ на наличие инфицирования вируса гепатита В с странах с высоким его распространением (а, значит, к сожалению, и в России) является обязательным.

Получив положительный предварительный анализ, необходимо его подтверждение методом прямого определения вируса в крови и его

вирусной нагрузки. Вирусная нагрузка – концентрация вируса, его количество. Очень важный показатель, определяющий прогноз, тактику лечения и даже степень угрозы для других!

Заметки на полях

Врачи все время опасаются заражения какой-либо инфекцией от пациента. Действительно, день за днем медработник сталкивается с десятками больных, проводит им различные процедуры, и риски его заражения с каждым случаем усиливаются.

А если сам медработник является носителем гепатита В? Не привили родители, потом в свое время пустил этот вопрос на самотек, и вот где-то заразился вирусом гепатита. Что же, ему теперь в медицинскую профессию путь закрыт?

У нас этим вопросом на практике никто не заморачивается... По идее, должен делаться анализ на наличие антигена и антител к гепатиту В. Тем, у кого иммунитета к нему нет, положена прививка. Иначе на Западе такого медика в больницу не пустят. Ну а если медик уже носитель, как в этой ситуации поступают там?

Права медработника огульно ущемлять никто не будет, главное, чтобы такой медик не стал угрозой больному. Тут и помогает определение уровня вирусной нагрузки. Считается, что концентрация вируса у медика в крови менее 10 000 международных единиц на миллилитр является безопасной в плане угрозы заражения больного при проведении ему таким медработником процедур. Однако уже при вирусной нагрузке 2000 м е/мл медик обязан там надевать вторую пару резиновых перчаток при проведении процедур. Если лечение не может снизить вирусную нагрузку менее 10 000, то непосредственный контакт такого медработника и пациента исключен. К гепатиту С вышесказанное не относится в связи с тем, что передается он практически исключительно через кровь.

Вопросы лечения очень важны, ведь у многих только оно может предотвратить переход болезни в цирроз печени или рак. Всех ли инфицированных надо лечить поголовно? Ответ: нет! Многое зависит от величины вирусной нагрузки, признаков текущего воспаления – повышения показателей ферментов печени, данных пункции печени.

Определение генотипа, к которому принадлежит данный вирус, также может дать информацию для прогноза лечения – какой-то более восприимчив к лечению, а какой-то менее... В случае гепатита В, в обычной клинической практике генотип вируса определяют не перед началом лечения, а только при решении вопроса о повторном курсе лечения. Наиболее благоприятный, в плане прогноза успеха лечения, генотип А, у нас в России чаще встречается генотип D. Генотип А чаще встречается в США, Австралии, Западной Европе, Южной Африке...

И здесь не повезло, вирусы гепатита у нас более «злые»! А мы от прививок от гепатита В отказываемся! (Я все о наболевшем!). В Америке, несмотря на строгое отношение к прививкам, несмотря на распространение благоприятного генотипа вируса, смертность, связанная с гепатитами, за последние 10 лет резко возросла!

Как вы думаете, что же происходит у нас?! Не задумывались? Ну-ну... При гепатите С генотипы вируса маркируются уже цифрами: 1, 2, 3... и определяются в обязательном порядке, так как в зависимости от типа могут выбираться те или иные схемы лечения.

Заметки на полях

Вирусы гепатита поражают не только печень.

Внепеченочные проявления хронических вирусных гепатитов довольно разнообразны. Это и поражение почек, суставов, кожи, щитовидной железы и проч. Вот эти болезни:

1. Анемии и лимфомы.
2. Нефриты.
3. Тиреоидит.
4. Порфирия – нарушение пигментного обмена.
5. Диабет.

Гепатит С значительно более часто переходит в хроническую форму – 80 % зараженных, такая частота перехода в случае гепатита В наблюдается только у детей (и даже выше!). У 30 % лиц с хроническим гепатитом С он прогрессирует в цирроз и рак печени. Факторы риска для развития такого неблагоприятного сценария следующие:

1. Принадлежность к мужскому полу (увы!).
2. Возраст – лучше не заражаться гепатитом С в возрасте 40–55 лет... Заражаться вообще не надо, но это особенно опасный возраст!
3. Принадлежность к белой расе.
4. Те, кто получил инфекцию в результате переливания

инфицированной крови (до 1990 года повсеместно кровь на вирус гепатита С еще не проверялась, да и сейчас риск около 1 %, помните?).

5. Наличие диабета.

6. Наличие сопутствующего гепатита А или В.

7. Ожирение.

8. Употребление алкоголя или марихуаны!

9. Кофе, наоборот, снижает риск перехода болезни в цирроз или рак!

Сегодня с появлением новых противовирусных препаратов шанс «сбросить» вирус гепатита, излечиться, высок как никогда. Еще недавно процент излечения был 50 (при гепатите В даже меньше), потом он вырос до 70. При правильном применении новых противовирусных препаратов у тех, кто никогда не лечился ранее (носители «наивных» вирусов гепатитов С – по-английски так прямо и звучит!), шанс выздороветь – до 90 %! Не буду подробно описывать особенности этих препаратов (это интересно разве только врачам); для ориентации пациентов дам только таблицу препаратов, используемых для лечения гепатита С:

1. Пегинтерферон: пегасис, пегитрон. Еженедельные инъекции. Побочные явления: ломота в теле, депрессия, сердцебиения, проблемы со зрением.

2. Рибавирин: копегус, ребетол. Таблетки 2 раза в день. Обладает тератогенным действием (вызывает уродства плода – не беременеть!). Побочные явления – слабость, анемия.

3. Софосбувир: совалди. Таблетки раз в день.

4. Симепревир: олисио. Таблетки. Может вызывать фоточувствительность, необходимо использовать солнцезащитный крем! Для лечения 1-го генотипа вируса гепатита С.

5. Комбинация ледипасвир и софосбувир: гарвони таблетки раз в день для лечения 1-го генотипа вируса гепатита С.

При гепатите В несколько другой набор противовирусных препаратов, также весьма эффективный: интерферон альфа, инъекции 4–6 месяцев по 3 раза в неделю, или тот же пегинтерферон, плюс ламивудин – таблетки ежедневно (курс до 1-го года применения), адефовир, энтекавир, телбивудин...

Выбор схемы лечения оставим врачам, здесь же обсудим наиболее частые вопросы, задаваемые как носителями вируса гепатита, так и их родственниками.

Кстати о родственниках – в доме у больного гепатитом В все должны быть привиты от этого вируса. Да, он не передается с поцелуями, да, общая посуда безопасна, но вирус весьма живуч, и если частички крови больного

попадут на зубную щетку или бритву, он там будет жить еще несколько дней. А порезался или поцарапался человек, ранку не заклеил, да много есть вариантов! Так что немедленно привейтесь.

Еще раз напомним о необходимости самому больному гепатитом С привиться от гепатитов В и А!

Сегодня шанс избавиться от вируса гепатита С и выздороветь – 90 %! Для этого надо четко следовать назначенной схеме лечения.

Итак, вопросы и ответы.

1. Какую надо соблюдать диету? Ничего такого особенного. Ну, может, избегать большого количества жиров. Вообще обычные принципы здорового питания, никакой специфики сверх этого. Помните о пользе кофе для печени!

2. Можно ли принимать алкоголь и какое его количество безопасно? Никакое! Печень и так под угрозой, какой уж теперь алкоголь. Если необходимо поднять бокал и выпить (бывают такие обстоятельства, и разово это можно себе позволить), то пусть это будет белое вино.

3. Допустимы ли физические нагрузки? Да, конечно! На вирус они, сами понимаете, не влияют, но с точки зрения общего здоровья полезны!

4. Какие травы помогают печени? Никакие! В мире нет ни одного препарата из трав, разрешенного для применения при инфекционных гепатитах! (Не надо кивать на нас, наша медицина пока еще к мировой медицине не примкнула!). Не принимайте так называемые гепатопротекторы, они как минимум бесполезны, а при уже имеющемся заболевании печени могут стать просто опасными!

5. Какие лекарства нельзя принимать при инфекционном гепатите? В Америке есть специальный сайт: вводишь название препарата – получаешь полную информацию о степени его опасности для печени. У нас пока такого сайта нет, наоборот, реклама множеств «мутных» препаратов с весьма сомнительной безопасностью для вашей печени.

Рецептурные лекарства должны выписываться врачами с учетом их побочного действия на печень, поэтому здесь их мы рассматривать, за одним исключением, не будем (интересующиеся – см. таблицу). Осторожно с нашими любимыми обезболивающими: вольтарен, напроксен, и кстати – аспирин, парацетамол (тайнолол, долипрам, фервекс и множество других противогриппозных препаратов содержат парацетамол) – не более 2 граммов в сутки (обычно одна таблетка содержит 500 мг препарата).

6. Можно ли принимать лекарства для снижения холестерина – статины? (Вот оно, это исключение!). В аннотации и руководствах написано, что они могут повышать ферменты печени. А без них многим из нас грозит инфаркт и инсульт. Так вот, давать можно, даже при умеренно повышенных исходно ферментах печени. Особенно статины типа «правокол». Показано, что они замедляют прогрессирование болезни и в определенной мере предохраняют от перехода в цирроз и рак. Смотрите подробнее в моих предыдущих книгах.

Глава 7. Путешествия за три моря

На полярных морях и на южных,
По изгибам зеленых зыбей,
Меж базальтовых скал и жемчужных
Шелестят паруса кораблей.

Это раньше «паруса кораблей», теперь с развитием авиации мир стал вовсе маленьким. Во многие страны и виз не надо, стоимость билетов за рубеж часто меньше, чем у нас по стране; трудно встретить человека, который не бывал бы в Египте, Турции или Тайланде. И вот утром поел человек мороженого в одном полушарии, а вечером слег с острым поносом в другом! Теперь, если врач прицельно не расспросит пациента, не был ли он недавно в далёких странах, то это будет не просто небрежность, а может обернуться большой бедой! Так, не очень давно, того больного, который первым погиб в США, погиб от лихорадки Эбола, при первом его обращении в госпиталь отпустили домой с диагнозом ОРЗ, дав с собой аспирин! Не спросили, не было настороженности, вот он и ушел домой, пока не стало совсем плохо! Потом «отлавливали» всех, с кем он эти дни контактировал! Приведу опять сроки Н. Гумилева:

Приближается к Каиру судно
С длинными знаменами Пророка.
По матросам угадать нетрудно,
Что они с востока.
Капитан кричит и суетится,
Слышен голос, гортанный и резкий,
Меж снастей видны смуглые лица,
И мелькают красные фески.
На пристани толпятся дети,
Забавны их тонкие тельца,
Они сошлись еще на рассвете
Посмотреть, где станут пришельцы.
Аисты сидят на крыше
И вытягивают шеи.
Они всех выше,

И им виднее.
Аисты – воздушные маги.
Им многое тайное понятно:
Почему у одного бродяги
На щеках багровые пятна.
Аисты кричат над домами,
Но никто не слышит их рассказа,
Что вместе с духами и шелками
Пробирается в город зараза.

Как видите, с тех времен мало что изменилось, только возможностей для циркуляции инфекций по миру стало неизмеримо больше! Так что не воспринимайте эту главу как только экзотику, многим приходится сталкиваться с необычными для нас болезнями в реальной жизни!

1. Лихорадка Эбола

Летом 2014 года в Западной Африке была отмечена небывалая до этого вспышка лихорадки Эбола. Вирус этой лихорадки встречается только в тех местах, основной природный его резервуар – летучие мыши, от них заражаются и обезьяны, и люди. Да, там еще такие люди, что этих зараженных обезьян едят, заражаются сами, а уровень антисанитарии чудовищно высокий, кто не был, тот и представить не сможет! Вирус был открыт в конце 60-х годов, до 2014 г. заразились около 3 тысяч человек, 1,5 тысячи из них умерли... Летом 2014 года лихорадка поразила почти 7000 человек, смертность также чуть меньше 50 %. Плохо, жалко, несомненно нужна помощь, сами они там точно не справятся!

Но тут же началось такое! Журналисты с подвыванием описывали ужасы распространения Эболы по миру, высчитывали сроки появления вируса в России, прогнозировали количество жертв уже в начале 2015 года!

Панические публикации журналистов по поводу вируса Эбола нельзя объяснить степенью реальной угрозы этой инфекции.

ВОЗ издавал панические обзоры, президент США Барак Обама не постеснялся объявить лихорадку Эбола основной угрозой человечеству – не иначе голос крови, ведь недаром сильны неопровергнутые сообщения, что он родился в Кении, а не в США. (Не удивлюсь, если окажется, что и обезьян ел, там это в обычае!) В США на момент написания книги заразились трое от прилетевшего из Ганы, того самого, что был сначала домой из госпиталя отправлен! – в Европе – тоже трое! От укуса змей умерло и там, и там значительно больше за это же время! Я не знаю, какова подоплека этой истерии, остановлюсь на медицинских аспектах геморрагической лихорадки, вызываемой вирусом Эбола.

Счастье для нас всех, что вирус лихорадки Эбола не передается воздушно-капельным путем! Это не грипп и не корь, иначе это было бы действительно ужасно! То есть если заболевший чихнет или закашляется, то для окружающих это вполне безопасно. Заражение происходит при тесном контакте, при попадании на тело рвотных масс, крови, кала и тому подобного... Поэтому в первую очередь заражаются медработники и родственники. Несколько лет назад в Камеруне была вспышка, когда в

местном госпитале заразились около 100 человек: медики не простерилизовали шприцы и разнесли от заболевшего вирус по всей больнице...

Вирус довольно живуч, после гибели больного еще много недель, существует опасность для тех, кто осуществляет контакт с телом: те же родственники и гости, приглашенные на своеобразный в тех местах ритуал похорон. Кстати, мясо зараженной обезьяны опасно по той же причине. Не знаю, есть ли в тех местах еще людоедство, в некоторых африканских странах еще регистрируются подобные случаи!

Заметки на полях

Работая в провинции Замбези (Мозамбик), приходилось лечить представителей различных племен. В большинстве своем совсем диких! Например, не знающих календаря. На мой вопрос (оцените – на местном наречии!) сколько ребенку лет или как давно это случилось – стандартный ответ: «Не знаю! Родился в год большой воды, а грыжа – это с той долгой засухи...». Приходили и свирепого вида люди с татуировками по всему телу, с зубами, «по моде» сточенными песчаником «на конус», как зубы дракона, и лицами, покрытыми узорами специально нанесенных шрамов. Вот про них говорили, что в этом племени процветает ритуальное людоедство. Хотя когда я отдал одному из них с распоротой подошвой старые шлепки, чтобы тот не сорвал повязку, он через день принес их обратно и свой подарок мне – тощую курицу, что было особенно трогательно в тех голодных местах! (Может, и правда, предварительно соплеменником закусил?!).

Еще одна хорошая новость: в инкубационный период – а он длится до 2–3 недель – больной не заразен. То есть пока не начались температура и недомогание, больной вирус не выделяет. И слава Богу! ведь заболевание очень опасно и может развиваться молниеносно: температура, повышенная кровоточивость, затемнение сознания, кома и смерть!

Прививка на подходе, полноценные испытания ее пока не окончены, других лекарств пока нет, только симптоматическая терапия. Были несколько случаев излечения в результате переливания больному плазмы крови исцелившегося от Эболы человека.

В тех же местах водится и другой сходный с вирусом Эбола вирус – лихорадки Марбург. Брат-близнец, вызывающий сходную гемморагическую

лихорадку и тоже смертельно опасную! В 1967 году в Германию привезли обезьяну из Африки, она погибла, и несколько человек, занимавшиеся ее утилизацией, заразились. Попав в госпиталь города Марбург, они заразили еще и врача, который и погиб. Тогда-то этот вирус и был выделен и получил свое название. Я столкнулся с вспышкой этой лихорадка в Анголе, было около 300 заболевших со смертностью тогда более 80 %!

Оба эти вируса, несомненно, мутируют, несомненно, стали более агрессивными, и, несомненно, надо посылать в очаг медиков и силовые структуры, чтобы ограничить эпидемию!

Вирус лихорадки Эбола не передается воздушно-капельным путем! Это не грипп и не корь, иначе это было бы действительно очень опасно.

Медики Америки, Европы и России с этими лихорадками незнакомы, предохраняться от нее умеют плохо! Последний пример – медсестра в Америке ухаживала за больным в полной амуниции, а снять его осторожно не сумела! Везде введены меры контроля, а в аэропортах, куда прилетают самолеты из Западной Африки, определены госпитали, куда планируется отвозить заболевших. Как правило, это специально оборудованные госпитали, приготовленные на случай применения бактериологического оружия (есть у вируса Эбола и такое предназначение).

При всем том не нужно паниковать, даже если вирус и будет завезен в Россию. Никаких предпосылок для его распространения нет. А вот медикам надо быть более внимательными к своим профессиональным обязанностям: на первой странице медицинской карты есть штамп с вопросом «был ли больной последние 6 месяцев за границей и где?» Сопоставить факт приезда, например, из Сьерра-Леоне и наличие высокой температуры не трудно и может предотвратить большие неприятности!

2. Чума

Да-да, чума, особоопасная, карантинная инфекция, а вы думали, что это осталось в прошлых веках?! В XIV веке «Черная смерть» выкосила треть Европы – убила 28 миллионов человек! В конце XIX века – последняя эпидемия в Китае. Но то эпидемии, чума как болезнь никогда никуда не исчезала! Только в 2000-х годах число заболевших чумой по миру – более 21 000 человек, 1600 из них умерло. 16 стран регистрируют чуму на своей территории, в их числе США (Аризона, Калифорния, Техас, Нью – Мексика – всего 57 случаев с 2000 по 2009 год). Наибольшее количество случаев – Мадагаскар, Конго, Индия, Перу, Заир. Также Мозамбик, Малави, Алжир, Уганда, некоторые наши бывшие азиатские республики (Казахстан, Таджикистан). Однако в итоге более 90 % зарегистрированных случаев происходит именно в Африке, там раньше лидировал Мадагаскар, теперь на первом месте Конго (1000 случаев с 2005 по 2009 год!).

Бактерии чумы выделены как раз во время последней эпидемии в 1894 году Александром Йерсениным, его же именем она и была названа: «Йерсения Пестис»... Слава Богу, сегодня есть антибиотики, к которым эти бактерии еще чувствительны, поэтому смертность не поголовная, как в Средние века, а чуть более 7 %. Переносится грызунами.

В Средние века первыми страдали как раз портовые города, куда приходили корабли из разных экзотических стран, и первыми на берег сходили многочисленные корабельные крысы! Потом за дело распространения брались блохи, которые заражали кошек и собак – и сегодня одним из источников бактерий чумы числятся наши домашние любимцы. Заразиться можно и от заболевшего человека, особенно если у него легочная форма чумы – разлетающиеся при кашле или чихании частички слюны и мокроты могут быть заразны и опасны при нахождении на близком расстоянии. При всем том, в около 15 % случаев причину заражения чумой найти не удается.

Не буду останавливаться на клинической картине и лабораторной диагностике, чуть не написал «заболеете – узнаете», наоборот, для непрофессионала информация малополезна и только утяжелит текст. Вот что необходимо делать, чтобы никогда не познакомиться с клинической картиной чумы, ведь сертифицированной прививки пока нет:

1. Находясь в областях, где регистрируется чума, никогда не трогайте

собак и кошек.

2. Пользуйтесь инсектицидами – помните про блох-переносчиков!
3. Не касайтесь погибших грызунов – не поверите: некоторые туристы подбирают скелетики в качестве последующих сувениров.
4. Если оказались на близком расстоянии от нелеченого больного, и тот, к примеру, чихнул: немедленно принимайте антибиотик доксициклин или ципрофлоксацин в профилактических целях.

Чума как болезнь никогда никуда не исчезала!

Хотя, действительно, последняя эпидемия случилась в конце XIX века в Китае.

Соблюдайте меры предосторожности, ведь прививки еще нет.

Антибиотики, которые еще сохраняют свою эффективность, это стрептомицин (помните его по главе «туберкулез»), производное тетрациклина – доксициклин, ципрофлоксацин, ампициллин, левомицетин, гентамицин и некоторые другие. Хотя, например, в Мадагаскаре резистентность к этим антибиотиками стремительно растет!

3. Малярия

Вот это уже не лихорадка Эбола, не современная чума – это реальная огромная угроза здоровью и жизни, нет, не миллионов, миллиардов людей! С детства спорят, какое животное самое опасное? Лев? Тигр? Буйвол? Бегемот? Так вот самое опасное животное для человека – маленький комар! Переносит и малярию, и желтую лихорадку, и лихорадку Денге, и многое другое! Но ничего другое не поражает людей так обильно, как малярия! 3,5 миллиарда человек живут в зоне риска, из них 1,5 миллиарда ежегодно подвергаются укусам комаров в зоне высокой плотности малярии, больше 200 миллионов через несколько дней заболевают малярией, полтора миллиона умирают ежегодно, из них 700 тысяч детей до 5 лет!

Заметки на полях

Мы привыкли к нашим российским и подмосковным комарам. Высокий пищащий звук преследует днем и ночью, комар садится на тело как бомбардировщик при возвращении на базу! Сел, прошел тяжелой походкой и – о Боже! – это не укус – это удар стилетом! Потом зудит, расчесы, вздутие! В Африке слоны большие, а комары маленькие! Их и не видно толком! Как кусают – практически незаметно, безболезненно! Причем кусают они в основном ночью, когда люди спят (поэтому в Африке полог – наипервейшая вещь!).

В результате туристы забывают об этом самом опасном насекомом и не всегда пользуются репеллентами.

Малярийные комары до сих пор обитают и у нас в России, от болезни нас спасает относительно холодный климат и осушение в местах бывших эпидемий болот. Но еще в 30-х годах в СССР, в Поволжье и Средней Азии было зарегистрировано 9 миллионов случаев малярии! А наши знаменитые Сочи! Это сейчас мировой курорт, в XX веке приложили немало усилий для искоренения там малярии!

Итак, комары особой породы – *Anopheles mosquito* – служат плазмодиям малярии своеобразным инкубатором и транспортным средством для передачи другому промежуточному хозяину-человеку. Человек (его печень и кровь) – комар – человек: вот цепочка, в которой проходит цикл развития плазмодиев малярии. Они тоже разные. Наиболее

опасные: «плазмодии фальципарум» (р. Falciparum), хотя и остальные – не сахар. Малярия, вызванная «плазмодиями фальципарум», может быть смертельно опасна, а главное, «любит» маскироваться под любую болезнь. В зоне, где есть малярия, железное правило: с чем бы больной ни поступил – первый анализ – анализ на малярию, нет возможности посмотреть мазок крови под микроскопом или состояние больного не оставляет времени на это – сразу вливание противомаларийных препаратов, даже при неясном диагнозе, всё остальное потом! И даже в России: к вам в больницу или поликлинику обратился больной с температурой, который недавно (2–5 недель) вернулся из Африки или Азии, или Центральной Америки? У него малярия, пока не доказано обратное! Такой подход зачастую может сохранить больному жизнь, тут лучше пере-, чем недо-! Работая в африканских госпиталях у меня уже выработался рефлекс: привозят больного в коме – малярия! Неукротимая рвота и понос – малярия! Боль в животе – малярия! Задыхается и кашель – малярия! Желтуха – малярия! Сердцебиение – малярия! Высокая температура – ну такие больные приходят уже после того как самостоятельно примут 3-дневной курс хлоракина (лекарства от малярии), все уже ученые!

Сколько наших соотечественников я потерял из-за того, что они медлили идти к врачу, думая по привычке, что температура скоро пройдет, и это все ерунда! Местное население значительно более настороженно и к тому же имеет определенный иммунитет от предыдущих инфекций.

Заметки на полях

У негроидной расы почти каждый 10-й является носителем гена серповидно-клеточной анемии. Из-за врожденной патологии гемоглобина красные кровяные тельца – эритроциты – теряют эластичность и приобретают специфическую форму (от этого и такое название). При этом они уже не могут протиснуться в узкие капилляры некоторых органов, вызывая сильные боли и нарушения кровоснабжения. Почему эта болезнь так распространена у африканцев и выходцев из Африки? Да потому, что лица с такой врожденной патологией малярией не болеют – не могут плазмодии малярии «имплантироваться» в такой патологически измененный гемоглобин! Вот вам и иллюстрация естественного отбора – веками там выживали именно носители гена серповидноклеточной анемии! В Америке выходцы из Африки – их там называют афро-американцы – заполняют приемные покои госпиталей с сильными болевыми кризами.

Боли настолько сильные, что снимаются только наркотиками! В итоге у таких хронических больных развивается привыкание к наркотикам. В действительности в большинстве своем они и так уже зависимы; такова реальность черных «гетто» в Америке! Но теперь они – со справкой! Есть легальное оправдание перед полицией, если найдут наркотик-обезболивающее! Они этим пользуются и часто торгуют «колесами» почти в открытую!

У туристов и командировочных никакого иммунитета нет, и им остается уповать на свой здравый смысл. Этот самый здравый смысл должен диктовать им необходимость следовать простым правилам:

1. Перед поездкой в области, где есть высокий риск малярии, заблаговременно начать принимать противомаларийные препараты. Во многих местах, где распространена устойчивость к основным противомаларийным препаратам (хлорохину), врач должен подобрать другое «правильное» лекарство. Хлорохин еще действует на Карибах, в Мексике, Центральной Америке севернее Панамского канала, Северной Африке, Китае. В остальных местах, как правило, советуют профилактически принимать мефлохин – лореам, однако есть области, где уже не действует и он: Бирма (Мьянма), Таиланд вдоль границы с той же Бирмой, Камбоджа, области на юге Индии, в Лаосе, Вьетнаме. Там препаратом выбора является маларон. Химиопрофилактику необходимо продолжать еще какое-то время по возвращению домой, ведь запустить плазмодии в кровь комар может и в последний день.

2. Стараться не выходить на улицу после наступления темноты – это время, когда малярийные комары выходят «на охоту».

3. Пользоваться репеллентами, обрабатывать не только кожу, но и одежду.

4. Спать под марлевым пологом.

5. Одеваться так, чтобы оставалось как можно меньше открытых участков кожи.

6. Для беременных женщин заражение плазмодиями малярии особенно опасно! Им вообще не следует посещать области высокого риска!

7. При любом недомогании нужно обращаться к врачу.

4. Сонная болезнь или африканский трипаносомоз

Что-то мы слышали, в детстве читали Луи Буссенара, вообще, для нас это суперэкзотика... Мы как-то вообще не задумываемся, что большинство человечества живет в жарком климате, где как раз и царствуют все эти экзотические болезни! Так, например, в области риска сонной болезни живут более 60 миллионов человек! Впереди все те же страны «менингитного пояса» под Сахарой. Вся Центральная Африка! Ну и туристы-любители сафари, при их поразительной беспечности они легкая добыча для мух цеце – переносчиков этой заразы!

Симпатичная, правда?! Укус этой симпатяги может закончиться передачей человеку микропаразита трипаносомы, и, если разовьется болезнь, она может быть смертельно опасной! При запущенной форме смертность 100%! Вот и умирают около 100 тысяч человек в год (ВОЗ дает меньшие цифры смертности, за что его справедливо критикуют независимые исследователи!) Тут проблема еще и в том, что симптомы болезни могут развиваться спустя многие годы после укуса мухи цеце. Иногда спустя 20 лет! Вообще же симптомы появляются уже через 1,5–2 месяца после укуса (бугорок в месте укуса появляется через неделю, его легко пропустить). Недомогание, температура увеличение лимфоузлов... Спустя годы (обычно 2–3) развивается поражение центральной нервной системы, появляется сонливость днем, дезориентация, потом кома, если не лечить – смерть!

А на востоке Африки есть другая форма сонной болезни, которая протекает очень быстро – недели и месяцы, поэтому своевременная диагностика особенно важна!

Но еще больше важны меры предосторожности – длинные рукава рубашки из плотной ткани, брюки, репелленты. Иногда членам экспедиций в превентивных целях вводят специальный препарат. Эффект весьма скромный, побочных явлений – масса! Мне в 1982 году кололи – брр! До сих пор помню!

Заметки на полях

Я был тогда совсем молодой парень, почти сразу после института поехал врачом в геологическую партию на юг Африки. Работали в джунглях, где этой цеце, как у нас домашних мух! Их особенность – они железно твердые! Залетают в УАЗик, ты их

бьёшь, давишь о лобовое стекло, они падают на пол, но очень быстро оживают и улетают. Я по молодости лет очень ими интересовался и пытался собирать, чтобы потом в Москве показывать! Мне было очень обидно, когда я нагибался за заведомо прихлопнутой мухой, а она подло оживала и улетала! Все-равно набрал пузырек из-под лекарств. Там же я набрал и полный пузырек изумрудов – мы разведывали и их месторождение. И даже благополучно привез их в Москву. Только вот в постоянных переездах по миру пузырек с изумрудами куда-то затерялся, а вот емкость с мухами цеце стоит до сих пор! Кто-то пустил среди наших геологов байку, что опасен именно 10-й укус цеце. Все вроде понимали, что это «утка», но некоторые, особенно вновь прибывшие, что-то с каждым днем становились все скучнее и скучнее... Оказывается, они считали укусы и чем ближе к 10-му, тем больше они мрачнели! В итоге, вроде, всех пронесло! Хотя данные не до конца достоверные: в результате нападения бандитов (так называли их мы) или повстанцев (так называли их американцы) шестеро наших были убиты, и шансы развития сонной болезни у них так и остались неизвестными...

5. Лихорадка Крым-Конго

Да-да, вирус этой лихорадки был открыт в 1944 году в Крыму советским микробиологом. В 60-х годах идентичный вирус был обнаружен в Конго. Встречается не только в Африке, но и в Азии, на Ближнем Востоке и в восточной Европе. Вирус передается клещами. Развивается гемморагическая лихорадка, причем начало болезни обычно через 3–7 дней после укуса, повышается температура, озноб, головная боль, потом тошнота и рвота, потом кровотечения из различных мест (нос, пищевод, влагалище, лёгкие), иногда процесс приобретает генерализованную форму. Смертность от 3 до 30 %. Лихорадка встречается не так и часто, но помните, что она есть! Идя в лес, не оставляйте открытых мест своего тела (понимаю, что жарко!), надевайте закрытую обувь, пользуйтесь репеллентами. Убережет от многих неприятностей! И от укуса змей тоже! А то ходят в шлепках, наступят на «сучок», а это змея – иногда вообще не отличить! Умирают от этого не так часто, как принято думать, но приятного все-равно мало! Нога распухает до паха, образуются язвы, интоксикация...

Заметки на полях

Не всегда наступают... У меня был пациент, у которого не вовремя схватило живот, вот он снял штаны и присел на полянке... А там змея спала, ну ей это и не понравилось! (Что понятно). Кстати, челюсти у неё устроены таким образом, что пасть распахивается на 180 градусов, легко прокусывает надутый воздушный шарик! Зад того негра был куда как больше воздушного шарика, но змея справилась! Как же его бедного раздуло! Еле вытащил его, очень тяжелый больной был! Вообще, укусы в туловище и в голову самые опасные (ситуация почти по старому анекдоту: по лесу идут два туриста и один из них получает укус змеи прямо в пах! Другой срочно по мобильнику набирает врача: «Доктор, что делать?» – «Немедленно отсосать яд из места укуса, иначе...» Укушенный спрашивает в нетерпении: «Что там сказал доктор?» Второй ему отвечает: «Доктор сказал, что ты умрешь...»

6. ЖЕЛТАЯ Лихорадка и другие...

Еще одна геморрагическая лихорадка, передаваемая комарами. Смертельно опасная болезнь, распространенная в Центральной и Южной Африке и в Южной Америке. К счастью, есть вакцина! Надо только узнать перед поездкой в экзотическую страну, есть ли там угроза желтой лихорадки?! И включить мозг. Не думать, что пронесет: а то пронесет в буквальном смысле этого слова! Комар зараз впрыскивает в кровь 100 000 вирусов, они моментально разносятся по организму, поражаются печень, почки – лихорадка, понос, рвота, нарушение свертываемости и кровотечение из множества мест, в итоге кома и смерть!

От других геморрагических лихорадок вакцин, к сожалению, нет. Это лихорадка Денге, чикунгунья и другие. Смертность при них не такая, как при желтой лихорадке, но приятного все равно мало и лекарств от этих вирусов нет! Чикунгунья в переводе с местного языка танзанийских племен обозначает «останавливающая идущего», так аборигены точно обозначили главный симптом болезни – поражение крупных суставов.

А вот лихорадкой Денге болел я сам. В Анголе я был вызван в расположение наших боевых пловцов (аналог американских Морских котиков). Их было совсем немного, но почти все слегли с высокой температурой. Я провел там несколько суток – отвезти их в госпиталь, значит оголить базу. И слег сам! Буквально на следующий день из Москвы прилетели специалисты-вирусологи (с этим в империи был порядок!). Сделали тесты и вот диагноз – лихорадка Денге! Видимо, комары были засланные, ведь штатские, кроме меня, не пострадали! Как же меня «крутило»! Выворачивало каждую клеточку! Я попытался встать в туалет и упал. Но цели достичь все же было надо, и я пытался ползти по полу. До сих пор помню, каким непреодолимо далеким мне казалось то ничтожное расстояние от койки до унитаза! Так меня и обнаружили корчившимся на полу! Болел дней 10. В России уже во всю шла «перестройка». Один из моих людей открыл частное предприятие, стал зарабатывать и звал обратно в Союз и меня. Я говорил, что у меня контракт и я не могу. И вот его фраза: «лучше деньги здесь, чем Денге там!». Правда, в 90-х его убили в Москве...

7. Боррелиоз или болезнь Лайма

За клещевым энцефалитом далеко ехать не надо! Эта болезнь есть и в Европе, и у нас в России, в средней полосе. Конечно же, и в Америке. О ней часто упоминают весной, когда появляется большое количество клещей. Я уже рассказывал о ней на страницах моих предыдущих книг, но не упомянуть этой болезни в книге про инфекции просто нельзя!

Все знают про клещевой энцефалит. Знают, что болезнь опасная, но уверены, что она существует где-то там, за пределами района нашего проживания. Поверьте мне, клещевой энцефалит есть везде, территория его распространения ужасает. К счастью, эту болезнь можно предотвратить введением вакцины (положено сделать до трех инъекций), которая обеспечит развитие иммунитета. Вакцинация оправдана, так как клещевой энцефалит потенциально опасен, а специфического эффективного лечения от него нет, как и при многих вирусных заболеваниях.

О боррелиозе, или болезни Лайма, я, как и многие из вас, раньше никогда не слышал и впервые столкнулся с ней в США. Оказалось, что это – определенный комплекс симптомов, который встречался у жителей некоторых районов США и был описан как болезнь не так давно. Недомогание, боли в суставах, небольшая температура, потом выявляются довольно тяжелые аритмии и поражение сердца. Виной всему оказался микроорганизм с красивым названием боррелия. По сути своей это та же спирохета – известное название, потому что ее «сестра» вызывает сифилис. Только заражение этой спирохетой – боррелией происходит несколько иначе, чем сифилисом, через укус клеща.

Микроорганизм вызывает тяжелое инфекционное заболевание у многих людей. То, что мы о такой болезни не часто слышим, сути не меняет: сотни и тысячи людей заражаются спирохетой, но у ничтожно малого числа пациентов она правильно диагностируется. **ВАКЦИНЫ ОТ БОРРЕЛИОЗА НЕТ!** Единственный способ предотвратить заражение – защищаться от клещей и вовремя удалять, если все-таки они прицепились.

Клещевой энцефалит есть везде, территория его распространения очень обширна. К счастью, эту болезнь можно предотвратить введением вакцины.

Обращайтесь!

Если человека укусил клещ, то, например, вирус энцефалита передастся ему сразу. Но, чтобы спирохета перешла от клеща в кровь человека, насекомое должно сначала насытиться, напиться крови. Клещ должен быть прикреплен к коже не меньше чем 24 часа, чтобы произошло заражение спирохетой. Если срок был меньше, то вы этой напастью, скорее всего, не заболеете. Поэтому важно, вернувшись из леса, внимательно осмотреть себя и принять душ. Если вы вовремя снимете клеща, не дадите ему сидеть и насыщаться вашей кровью, то и риск значительно снижается.

Если заражение все-таки произойдет, спирохеты попадают в кровь и вызывают изменения в суставах, могут поражать сердце, глаза, кожу, нервную систему. Тяжелые аритмии, сердечная недостаточность, артрит...

Однако обычно первые симптомы заболевания самые что ни на есть, банальные – ломота в теле и суставах, повышенная усталость, тяжесть в глазах... Часто человек думает, что только простудился...

Самое главное, что вы должны знать: любой укус клеща потенциально опасен!

Если вас укусил клещ, внимательно следите за своим состоянием, на этом этапе вы сами себе диагност. Анализ крови на наличие боррелии в первые дни, а то и недели не покажет ничего, и время будет упущено! К тому времени, когда анализ выявит болезнь, она распространится по всему телу. Чтобы это предотвратить, необходимо своевременное начало лечения адекватными антибиотиками. Пристально наблюдайте за покраснением на месте укуса. Если там спустя три, семь или десять дней появляется красное пятно, часто в виде кольца, срочно идите к врачу и говорите, что вас укусил клещ. Обычно это бывает в области ремня, мошонки, подмышек. Наличие этого пятна – сигнал к началу приема антибиотиков.

Но бывает и так, что у человека покраснела кожа, как при воспалении, а врач, к которому пришлось обратиться, не слышал, что такое боррелиоз, и не читал о болезни Лайма, хотя она как болезнь была открыта в 70-х годах прошлого века. Доктор говорит, что это действительно воспаление кожи, рожа или целлюлит и выписывает пациенту антибиотики. С одной стороны, все назначено правильно, только при целлюлите дается один антибиотик, а при боррелиозе – совсем другой.

Здесь необходимо сделать небольшое отступление. Многие из вас сейчас удивились, услышав об антибиотиках в связи с целлюлитом. У нас в России под термином «целлюлит» почему-то понимают исключительно косметологический дефект непонятного происхождения, поражающий кожу бедер и живота у женщин по типу «апельсиновой корки». Во всем остальном мире это слово обозначает острое инфекционное заболевание

кожи, а рожистое воспаление – одна из разновидностей целлюлита.

Так вот, врач прописывает этому пациенту не какой-то особенный, а обычный антибиотик, производный тетрациклина, дешевый и доступный. Но чтобы назначить правильный антибиотик, надо знать, что лечишь. Поэтому очень важно сказать доктору, что имел место укус клеща. Антибиотики, принятые правильно и вовремя, практически полностью вылечивают боррелиоз. Грамотный доктор может предложить в этой ситуации два варианта. Первый: подождать, понаблюдать, а если появится покраснение, начать принимать антибиотики. Второй: не рисковать и нанести удар по болезни первыми, назначив антибиотик профилактически.

Антибиотики, принятые вовремя, практически полностью вылечивают боррелиоз. Поэтому очень важно сказать доктору, что имел место укус клеща.

Это идеальные варианты. Но может быть и так: укусил человека клещ, а он и не заметил. Почесался, потом появились озноб и ломота в теле. Списал на простуду. Потом прошло, и все забылось. Но через полгода вдруг начинает плохо работать сердце или появляются упорные боли в суставах. Бедолага идет к врачу, и тот ломает голову, откуда у молодого парня взялись такие симптомы? А всего-то надо было знать об этой болезни и вовремя обратить внимание на свои симптомы, начав принимать нужный антибиотик.

Глава 8. Секс и инфекционные болезни

Известная фраза: жизнь – это состояние, заканчивающееся смертью и передающееся половым путем!

Да, нормальный и естественный процесс сохранения жизни на планете, я думаю (и надеюсь!), еще долго будет основным! (В пробирках, может, и рациональнее, но как-то совсем не интересно!) А раз так, то и болезни, передающиеся половым путем, еще долго будут актуальны во врачебной практике! И тут неправа поговорка «все болезни от нервов и только две от удовольствия!». «От удовольствия» их значительно больше, чем две!

Ну, давайте считать: три самых распространенных – хламидиоз, трихомониаз и гонорея. Еще ВИЧ и сифилис. Вирус папилломы человека. Герпес. Гепатит В. Еще те инфекции, которые половым путем не передаются, но в головах многих таковыми считаются: кандидоз, бактериальный вагиноз (гарденелез) и уреоплазма (это вообще-то передаются, но тут все не так линейно просто!).

1. Уреаплазма

Сколько скандалов, семейных драм и разводов на «совести» этого самого маленького на свете микроорганизма! На самом деле микроорганизм здесь ни при чем, причём здесь все то же наше отставание от мировой медицины и нежелание образовываться и что-то менять! А в случае с уреаплазмой это еще помножено на огромный бизнес лечения мнимых ЗППП – заболеваний, передающихся половым путем.

Все дело в том, что уреаплазма является частью нормальной влагилицной флоры! Больше 60 % всех взрослых сексуально активных мужчин и женщин являются носителями уреаплазмы. И носительство уреаплазмы в мире не лечат, это не болезнь!

А у нас начинаются спекуляции: ведь уреаплазма может вызывать воспаления малого таза и уретры? Может! А заболевания плода? Может! Тогда что же вы хотите?! Лечить, лечить и лечить! И себя, и партнера, который (которая) эту гадость откуда-то занес (занесла)! Только вот вышеупомянутые воспаления могут быть списаны на уреаплазму лишь в единичных случаях и то по принципу исключения, когда других «кандидатов» нет.

Почувствуйте разницу – сотни и сотни тысяч людей горстями принимают антибиотики и никому в мире неизвестные иммуностимуляторы, а подозревают своих близких в измене из-за нескольких десятков описанных неясных случаев! Вообще, нет симптомов – не нужно лечение, если симптомы есть – не отвлекайтесь на уреаплазму, там, скорее всего, другая причина.

Все то же можно сказать и о кандидозе – «молочнице». Это заболевание встречается и у девственниц, это не ЗППП! Около 6 % девочек в возрасте до 12 лет и до 20 % взрослых женщин являются носителями Кандиды. Откуда? Вероятно, из анального прохода – при исследовании микроорганизмы из влагилица и из желудочно-кишечного тракта оказались идентичны. Конечно, секс может провоцировать развитие кандидоза, но, в основном, это прием антибиотиков, повышенный уровень эстрогенов – прием противозачаточных препаратов, беременность, наличие диабета.

Не надо беспочвенно подозревать партнёра в измене, если поставлен диагноз уреаплазма или «молочница» (кандидоз). Они не относятся к ЗППП – заболеваниям, передающимся половым

путём.

Упомяну и про причину бактериального вагиноза – бактерию с красивым названием Гарднерелла. Я неоднократно видел, как её преподносили как бактерию, передаваемую половым путем, и лечили не только женщину, но полового партнера. Что надо знать про гарденеллэз? Если у женщины нет никаких симптомов, её не лечат (почти у половины женщин даже с симптомами они проходят сами). Гарденеллэз хоть и не встречается у девственниц, не считается болезнью, передаваемой половым путём. Секс, возможно, может провоцировать симптомы, но чётких доказательств этому нет. Лечение полового партнера проводить не надо.

2. Хламидиоз

Хламидии – это другое дело! Это возбудитель многих заболеваний, передающихся половым путем! И виновник многих проблем как у мужчин, так и у женщин! При этом в большинстве случаев хламидийная инфекция может не проявляться вообще никак и даже иногда проходит самостоятельно, без лечения. Однако хламидия ответственна за большинство случаев бесплодия, эктопической беременности, выкидышей, мертворожденных, воспаления органов малого таза (у нас это идет под названием «воспаление придатков»), у мужчин это поражение уретры и простаты, у новорожденных – бронхиты и воспаления легких, поражение глаз...

Хламидиоз – одна из самых распространенных бактериальных инфекций в мире: СТО миллионов зараженных в год! А знаете, у кого хламидийная инфекция встречается чаще всего? У индейцев Аляски! Не спрашивайте, почему, – такова статистика! Вероятно, потому, что наших чукчей никто не обследовал! С другим феноменом столкнулись в Швеции – там появилась разновидность бактерии, которая не определяется стандартным анализом!

Факторы риска для хламидиоза такие:

1. Молодой возраст: менее 20–25 лет. С возрастом частота заражений падает. Это объясняют не только тем, что с возрастом мы умнеем (тут кто как!), но и тем, что после уже перенесенного хламидиоза может оставаться определенная степень иммунитета к заболеванию!

2. Новый партнер и вообще, чем они (партнеры – ши) чаще меняются, тем риск заразиться выше.

3. Пренебрежение презервативами. Не от всех ЗППП презервативы защищают, даже если и не рвутся, например, вирус папилломы человека может передаваться просто при контакте с кожей! Но хламидию презерватив останавливает.

4. Исследования в Норвегии прибавили еще один пункт – низкий образовательный статус человека.

Видимо, молодые норвежцы вместо того, чтобы над книжками корпеть, по углам обжимаются с соответствующими последствиями!

Как я уже говорил, в подавляющем большинстве случаев хламидиоз протекает незамеченным. Его даже называют «скрытой эпидемией»! При этом со временем развиваются упомянутые осложнения и не только

связанные с урогенитальным трактом. Часто развиваются так называемые «реактивные» артриты, когда ни с того, ни с сего начинают болеть суставы, и врачи не могут определить, почему! Ключом может стать одновременное наличие уретрита и/или конъюнктивита.

Ладно суставы – все больше убедительных данных, что в развитии атеросклероза сосудов хламидийная инфекция играет решающую роль! Это уже совсем серьезно: инфаркты и инсульты – наши убийцы номер один! Мы-то все думали, что это от жирной пищи и стрессов, а получается, что напасть подошла буквально с другого конца.

Суставы могут начать болеть ни с того, ни с сего.

А виновным может оказаться хламидиоз, который протекает скрытно и вызывает осложнения в виде «реактивного» артрита.

Справедливости ради надо сказать, что болезни сосудов и сердца вызывает другая хламидия, их несколько разновидностей. Болезнь сердца вызывает та, что поражает легкие и бронхи. Однако все разновидности – суть одна очень специфическая семья микроорганизмов. Это толком ни бактерия, ни вирус, что-то среднее, стоящее несколько особняком. Поэтому разобрать, что провоцирует конкретно та или иная хламидия, не всегда возможно!

Клетки, защищающие наш организм от инфекций, – макрофаги «заглатывают» эту то ли «микробактерию», то ли «макровирус» – хламидию. Но они не могут ее «переварить» (она приспосабливается и выживает внутри макрофага!). Из места основной инфекции (чаще всего это легкие) они разносят хламидии по сосудам, и микроорганизм вызывает их воспаление. И уже на воспаленную сосудистую стенку «налипает» плохой холестерин, образуются бляшки, приводящие к инфарктам и инсультам.

Это факт настолько установлен, что уже давно проводят клинические испытания таких методов лечения инфарктов и стенокардии, как применение антибиотиков для подавления хламидийной инфекции.

Из-за серьезных осложнений со стороны пусть и бессимптомной хламидийной инфекции, ее стараются выявлять и лечить (благо пока антибиотики еще неплохо действуют), часто достаточно одной «ударной» дозы распространенного антибиотика (и еще одна для партнера/партнерши).

Скрининг (обследование здоровых людей или бессимптомных пациентов!) проводят молодым женщинам до 25 лет. Почему не поголовно?

Дорого и неэффективно, слишком уж она распространена! А нам важно предотвратить в первую очередь такие осложнения, как бесплодие, внематочная беременность, патология плода и тому подобное. Поэтому скрининг и сфокусирован на молодых женщинах. Хотя рекомендации в этой области медицины постоянно меняются.

3. Гонорея (триппер)

Да, не хламидия по распространению, но тоже – только в США 1 миллион заболевших в год! И в России ситуация не лучше! Симптомы многим известны не по наслышке. Передается исключительно половым путем – гонококк очень неустойчив и погибает через пару часов на воздухе! Про симптомы рассказывать? Они всенародно известны и вкратце сформулированы фольклором так: «у юного молодца каплет с конца!». Добавим: учащенное болезненное мочеиспускание, рези, возможен отек яичка...

У женщин картина схожая (за исключением отека яичка), могут быть также боли внизу живота. Но самое главное и печальное то, что в большинстве случаев гонорея протекает бессимптомно! Почему печальное? Да потому, что обычно гонорее излечивает одна инъекция адекватного антибиотика (цефтриаксон – роцефин), но для этого надо как минимум знать, что ты болен. А вот когда симптомов нет – нет и лечения!

И вот ты сам становишься источником заражения, если что, а и затаившаяся болезнь потихоньку приводит к осложнениям. У мужчин это и простатит, и воспаление придатка яичек (эпидидимит) – частая причина мужского бесплодия! У женщин – «воспаления придатков», воспаление органов малого таза и тоже бесплодие и внематочная беременность!

Бывают и проявления гонорейной инфекции вне мочеполового тракта – фарингиты, воспаления прямой кишки. Ну да, раньше это называли разворотом, теперь даже сексопатологи рекомендуют! Также характерны воспалительные заболевания крупных суставов. Если на американских лицензионных экзаменах вам попадетсся вопрос: поступает молодой парень 17 лет с распухшим и горячим коленом, не тратьте время (а там вас будут специально отвлекать!) и сразу ищите в ответе диагноз «гонорея»!

Как предохраниться – совет простой: рассматривайте каждую случайную и не только случайную связь как предприятие с неизвестным концом (простите за двусмысленность!).

Гонорея в большинстве случаев протекает без симптомов. Поэтому проявите настороженность при любой случайной связи: обычно гонорее излечивает одна инъекция адекватного антибиотика.

Американские брошюры о предотвращении ЗППП начинаются призывами к половому воздержанию как главной мере предотвращения («и если вы не живете, то вам и не умирать!»). Я не сторонник того, чтобы все ходили по примеру отца Сергия с отрубленными пальцами, поэтому о такой мере даже и упоминать не буду. (Лев Николаевич неоднократно призывал к воздержанию, а ведь сам, мягко говоря, был примером совершенно другого поведения!). А вот о такой вещи, как презерватив, помнить надо всегда! Лучшее лекарство от головной боли! Как своей, так и партнёра!

4. Сифилис

Произносишь слово «сифилис» и чувствуешь поступь Истории! То ли эту болезнь занесли в Европу матросы Колумба, то ли и правда, это именно её упоминали еще в Библии, ясно одно: уже столько веков врачи пытаются лечить эту болезнь, столько отбушевало эпидемий, столько известных и миллионы неизвестных людей перенесли эту инфекцию! (Французы и здесь претендуют на приоритет – в первом достоверном описании сифилиса это патология называется галльской – французской болезнью!). Тяжелый третичный сифилис встретишь теперь не так уж и часто (помните матроса с провалившимся носом и сиплым голосом из «Оптимистической трагедии»?).

Но, несмотря на успехи современной антибиотикотерапии, сифилис, хоть былые позиции и сдал, но далеко не ушел! Около 20 человек из 100 000 населения Америки и Европы заражаются им каждый год, Карибы, Африка (особенно «подСахарная»), Азия – там счет вновь заболевших по-прежнему идет на миллионы! Вот в Китае государственная программа по искоренению сифилиса к 1990 году достигла успеха – ура! искоренили! – и на тебе снова: 75 тысяч зараженных только в одном 2005 году! Для миллиардного Китая, вроде, немного, но опять затлело!

Не буду здесь описывать подробно клиническую картину болезни: про безболезненный твердый шанкр вначале, про увеличение лимфоузлов и «звездную» сыпь, про гнездовую плешивость и про поражение кожи, суставов, мозга, печени, почек, аорты при вторичном сифилисе – все это можно встретить в любом справочнике, и эта книжка – не пособие для студентов-медиков.

Давайте лучше поговорим о предупреждении и лечении. Про воздержание и презервативы мы уже говорили, так что здесь немного о другом. Если у пациента впервые диагностирован сифилис, сразу отслеживают всех его партнеров за последние 3 месяца. И всем профилактически дается антибиотик, обычно это азитромицин (сумамед) однократно 2 грамма внутрь.

В одной из провинций Канады давали такую схему не только установленным партнерам, но вообще всем из группы риска. Там это политкорректно называлось «секс-работникам на коммерческой основе» (а мы всё «проститутки, ночные бабочки»: до сих пор далеки от истинной цивилизации!) и «лицам, обменивавшим секс на наркотики»...

Заболеваемость сифилисом сразу снизилась значительно! Одно «НО»: быстрое развитие резистентности (устойчивости) к антибиотику не позволяет более рекомендовать подобный подход...

Лечение антибиотиками также весьма эффективно. До начала эры антибиотиков сифилис уносил множество жизней и в Средние века занимал первые места как причина смерти!

Был популярен и такой подход: больного сифилисом умышленно заражали малярией (её было тогда в Европе в избытке!). По малопонятной мне причине сифилис, и правда, перед плазмодиями малярии отступал! А тогда смертность от сифилиса была на порядок выше, чем от малярии, так что выбирали меньшее зло! (Только как врачи этого больного малярией заражали? Там же комар нужен! Или отводили ночью на болота и оставляли до утра?! Так тогда там волков было полно... Или они сифилитиков не ели?)

Основа лечения сифилиса – пенициллин. Тем, у кого на него аллергия, предлагается производное тетрациклина – доксициклин внутрь на 10 дней или уже упомянутый азитромицин. Тут еще и тот плюс, что заодно эти антибиотики покрывают и весьма вероятный тут сопутствующий хламидиоз. (Вообще, есть правило: выявил одно ЗППП – проверь на все остальные, включая ВИЧ и гепатиты!).

Возможно применение цефтриаксона (роцефин). После курса лечения всех проверяют лабораторно через 6 и 12 месяцев. Антитела в анализах при положительном диагнозе должны упасть в 4 раза минимум (помните по первой главе, что в этом типе анализов они остаются видимыми лабораторно все оставшуюся жизнь?). У 15 % больных антитела, к сожалению, не снижаются, и это является показанием для повторных курсов лечения.

5. Трихомониаз

Жалобы на неприятные ощущения во влагалище и подозрительные выделения обычно обусловлены либо бактериальным вагинозом (гарденелезом), либо кандидозом, либо трихомониазом. Если первые два состояния заболеваниями, передающимися половым путем, не являются, то трихомониаз – одна из наиболее частых нежелательных спутников секса. Вызывается «простейшими» – микропаразитами и подсчитать, сколько людей страдает от этой инфекцией, просто не представляется возможным!

Неприятные, дурно пахнущие выделения, зуд, боль при мочеиспускании, даже кровянистая «мазня» после секса – большинство женщин это испытывали. И у мужчин нечто похожее. А у скольких людей трихомониаз протекает бессимптомно, особенно у мужчин! А ведь трихомонады могут быть причиной преждевременных родов, у мужчин – уретрита, бесплодия и даже... рака простаты!

Лечиться довольно просто – метронидазол (флажил, трихопол), также необходимо лечить и полового партнера. Причем если выявили при диспансеризации (есть экспресс-тесты, наподобие теста на беременность), то лечить надо даже при бессимптомно протекающей инфекции.

6. Герпес

Раз попав в организм, вирус герпеса остаётся в нервных окончаниях и «перекрёстках» на ВСЮ ЖИЗНЬ и периодически реактивируется. Подсчитано, что к 40 годам почти 90 % (!) населения Земли являются носителем вируса «простого» герпеса.

Заражение происходит при тесном контакте с больным, причем, чтобы заразиться от человека, совсем не обязательно, чтобы у него были высыпания. Это вполне может произойти в так называемый «латентный» период перед реактивацией вируса: зуд, боли перед появлением высыпаний. Латентный период длится от 3-10 дней до появления высыпаний, которые обычно держатся около недели. Конечно, активность вируса многократно выше при наличии высыпаний, поэтому и шанс заразиться в это время выше.

Вакцины от «простого» герпеса нет! «Простой герпес» может поражать не только слизистую губ и рта. Там он называется «вирус простого герпеса тип 1». Если поражается слизистая гинеталий – это тип 2. Видимо, отсчёт вели просто сверху вниз, потому что по клинической значимости тип 2 важнее, чем первый.

Тип 2 протекает куда как больнее, может сопровождаться повышением температуры и болезненным мочеиспусканием. Нарушает половую жизнь. И главное: беременная женщина с простым герпесом второго типа несет угрозу плоду, для него это может быть смертельно опасно. Поэтому женщинам с реактивацией полового герпеса надо рожать только с помощью кесарева сечения!

Латентный период при герпесе длится 3-10 дней до появления высыпаний. При их появлении шанс заразиться и заразиться возрастает.

Вакцины от «простого» герпеса нет!

В силу сказанного и подход в профилактике обострений другой, нежели в случае первого типа. Здесь тактике «ждать высыпаний и их лечить» предпочитают профилактический прием противовирусных препаратов.

Для нас это звучит по меньшей мере странно, но во Франции или Америке пациенту, если половой герпес у него высыпает чаще, чем 6 раз в

год, профилактически назначают ежедневный многолетний приём антивирусного препарата.

Они основываются на обширных исследованиях в этой области, которые показывают, что такой подход безвреден, хорошо переносится больными, и те, кому надоело каждые два месяца по 2 недели мучиться, да еще опасаться за здоровье партнёра, с удовольствием его принимают!

7. Инфекции мочевыводящих путей

Эти инфекции официально не относятся к «заболеваниям передающимся половым путем», но часто провоцируются сексом, да и вообще: система-то одна, так и называется – «урогенитальная»!

Что такое цистит – знает любая женщина и не только. Редко у кого за всю жизнь не было учащенного, иногда болезненного мочеиспускания и позывов. На самом деле, эти симптомы могут сопутствовать не только циститу, но и уретриту, и пиелонефриту. Все эти болезни являются инфекциями мочевыводящих путей. Поэтому изначальный подход к их диагностике и лечению одинаков.

Что такое инфекция мочевыводящих путей? Это учащенное болезненное мочеиспускание, которое трудно удержать. Иногда моча бывает с примесью крови.

Классическими провоцирующими факторами инфекции являются секс, смена полового партнера, частые половые сношения, использование спермицида как противозачаточного средства. Другие факторы риска: структурные изменения в почках и наличие диабета в пожилом возрасте. При диабете иннервация мочевого пузыря нарушается (полинейропатия – очень частое последствие повышенного уровня сахара), и это становится причиной инфекции.

Если у пациента имеет место больше трех приступов цистита в год, это тревожный симптом, требующий особого внимания врача! Что с этим делать?

При первом эпизоде не осложнённого цистита – ничего особенного. Просто идете к врачу, он выпишет известный препарат типа бисептола или ципрофлоксацина, который успешно применяется для лечения подобного состояния. Срок лечения составит от 3 до 10 дней.

Ситуация повторилась? Вот тут надо сдать мочу на анализ, посмотреть, какие там присутствуют бактерии и к какому антибиотику они чувствительны. Важно не пропустить момент, когда инфекция пойдет вверх в почки. Если вдруг поднялась температура больше 38 °С, появилась тошнота и рвота, озноб и боли в пояснице, это может быть признаками пиелонефрита. Немедленно обращайтесь к врачу и интенсивно лечитесь, возможно, даже в стационаре.

Что делать тем, у кого эпизодов мочевой инфекции больше, чем три в год? Начинайте принимать небольшие дозы антибиотиков (например,

«Бисептол» или «Бактрим»). Маленькая доза, но ежедневно. Возможно развитие резистентности к препарату, поэтому его подбор надо производить индивидуально.

Инфекцию мочевыводящих путей провоцируют частый секс, смена полового партнера, использование спермицида в качестве противозачаточного средства.

У людей продвинутого возраста добавляется диабет.

Второй метод – профилактический прием антибиотиков перед половым сношением. Если у вас после секса бывает цистит, не проще ли заранее выпить таблетку?

Третий подход – дожидаться симптомов и ничего не делать до их появления. Так поступает большинство женщин. Обязательно ли наличие бактерий в моче свидетельствует о воспалении? Если при этом вы и прекрасно себя чувствуете, то не обязательно, за исключением периода беременности.

У беременной женщины от бактерий в моче надо избавляться, потому, что у нее другой иммунный статус, а именно, сниженный иммунитет. В таком состоянии нефриты могут вызвать другие, чем обычно, бактерии (помните про листерии из первой главы?). Поэтому в этом случае применяется антибиотик (ампициллин), и лечение продолжается до 10 дней даже при отсутствии других симптомов.

У пожилых женщин, часто сталкивающихся с циститами, применяются кремы с эстрогеном, вводимые внутривлагалищно.

Далеко не всегда неотложные позывы в туалет и учащенное мочеиспускание являются результатом инфекции.

Существует такое состояние, которое называется синдром болей мочевого пузыря или интерстициальным циститом. Для него характерны боли в области мочевого пузыря, срочные частые позывы в туалет, кратковременное облегчение после мочеиспускания.

Синдром часто провоцируется долгим сидением, сексом, употреблением в пищу сладостей, цитрусовых, алкоголя, кофе, томатов, пряностей. При этом моча человека стерильна, инфекции нет и в помине, и антибиотики не помогают.

Для того чтобы квалифицировать это состояние как интерстициальный цистит, необходима протяженность симптомов не менее 6 недель. Если раньше считалось, что это очень серьёзное состояние и тяжелая болезнь, то сегодня взгляды пересмотрены.

Точной причины синдрома пока не установлено, часто он встречается в сочетании с другими хроническими болями – такими как фибромиалгия, симптом раздраженного кишечника. Лечится интерстициальный цистит антидепрессантами на фоне соблюдения диеты, определенных упражнений и психотерапии.

И еще раз о пиелонефрите.

Если у вас годами результаты УЗИ показывают расширенную лоханку при отсутствии каких-либо симптомов, то у вас НЕТ пиелонефрита. Врач УЗИ не имеет право ставить диагноз. Его дело констатировать факт: у пациента расширена лоханка до таких – то размеров. И уже лечащий врач решит, как это соотносится с состоянием пациента, является это заболеванием или нет. А то получается, что у нас каждая вторая женщина носит ярлык заболевания, которого у нее нет.

Заметки на полях

В 70-е годы один из самых серьезных медицинских профессиональных журналов *British medical journal* опубликовал на своих страницах описание «синдрома виолончелиста» – боли и отек в мошонке у мужчин при длительной игре на виолончели. Журнал уважаемый, ну а синдромы бывают разные, не все эту самую виолончель и видели!

Так «синдром виолончелиста» занял свое место в классификации болезней. И находился в нем до тех пор, пока несколько лет назад одна известная британская женщина-врач, Элен Мерфи, к тому же баронесса, заседающая в палате лордов, призналась, что 30 лет назад одурачила один из ведущих медицинских журналов, выдумав «синдром мошонки виолончелиста», который якобы вызывает у мужчин боли от игры на виолончели. В издании рассказ о новом недуге приняли за чистую монету и ввели «болезнь» в научный оборот.

На мысль о розыгрыше докторов, натолкнуло сообщение о «синдроме сосков гитариста» – раздражении, которое возникает из-за прижимания к груди острого ребра гитары. «Мы подумали, что это очень похоже на розыгрыш и решили поддержать его, придумав аналогичный синдром для виолончелистов», – сказали Мерфи и ее муж.

Вот такое чисто британское чувство юмора у людей!

Глава 9. Понос и пищевые отравления

Не всегда инфекция сопровождается поносом и не всегда понос является результатом инфекции! Когда поел не то или не там, и после этого через какое-то время развивается частый жидкий стул, то инфекционный характер поноса довольно очевиден.

И тут могут быть варианты! Протекать с температурой и без, понос может быть с кровью или водянистый, сопровождаться тошнотой и рвотой или болями в животе, вообще многообразие клинической картины отображает особенности, типичные для того или другого инфекционного агента. Инфекционный понос совсем не исчерпывается пищевыми токсикоинфекциями, пути инфицирования могут быть разными.

Наиболее часто понос вызывают бактерии: стафилококк, сальмонелла, кишечная палочка, листерия, кампилобактр, вирусы: ротавирус, энтеровирус, аденовирус, простейшие: лептоспироз...

Разумеется, перечень намного шире, я привел эти примеры с трудночитаемыми названиями, потому что они будут встречаться дальше в тексте, определяя особенности диагностики и лечения инфекционного поноса.

После такого, немного заумного вступления, привожу то, что вас всех обычно интересует на эту тему:

1. Как долго ЭТО будет продолжаться?
2. Мне надо сдавать кал на анализ?
3. Мне надо пить антибиотики?
4. А «полезные бактерии» – пробиотики?
5. Сколько принимать имодиума?
6. Что я могу есть?
7. Боюсь обращаться к врачу: вдруг положит в инфекционную больницу?!
8. Я заразный?
9. Это очень опасно?
10. А мне соседка (друзья, знакомые, Интернет) советуют есть (принимать) то-то и то-то (и вот тут вариантов море, раньше и не представлял, каких высот может достигнуть полет фантазий – иногда болезненных).
11. Почему у меня понос кровью? Это дизентерия?!
12. Я еду в отпуск на Юг. Как не заразиться?

И так далее, и так далее...

Хоть раз в жизни подобная ситуация была у всех, вспомните, что вас тогда волновало? Давайте сразу «быка за рога»: чем инфекционный острый понос опасен? В первую очередь обезвоживанием! Умирают от кишечной инфекций именно из-за этого: будь холера или ротавирус! И особенно чувствительны дети!

При некоторых инфекциях (кишечная палочка) могут отказаться почки (там выделяется особый токсин). Особо стоит «токсический мегаколон» – уже упомянутое поражение толстого кишечника в результате приема антибиотиков (особенно клиндамицина, ампициллина), когда развивается рост бактерии «Клостридия диффициле», выделяющей опасный токсин. Поэтому врач всегда спросит – не принимали ли вы недавно антибиотики и при обоснованном подозрении сделает специальный тест на наличие этого токсина.

Если подтвердится – назначит другие антибиотики: метронидазол или ванкомицин, эту «клостридию» подавляют только они.

Исходя из сказанного, основа борьбы с поносом – борьба с потенциально опасным обезвоживанием. Вы себе даже не представляете, с какой скоростью оно может наступить, особенно у детей.

Утром развился жидкий стул, иногда не такой уж и частый, а к вечеру глаза запали, язык сухой, мочи почти нет, ребенок хнычет, но без слез, кожа на туловище, взятая в щипок, так и стоит – практически не расправляется! Вода уходит не только наружу с поносом, но и накапливается в просвете толстого кишечника. То есть организм воду уже потерял (а в просвете толстой кишки она может скапливаться литрами!), а пациенту (или родителям, родственникам, или медперсоналу) кажется, что раз пока поноса нет, то и все в порядке.

Кстати это весьма распространенный вариант при приеме имодиума – вроде «закрепил», а потери жидкости внутрь просвета кишки пока еще продолжаются! Тут важно постоянно принимать адекватное количество жидкости. Через тошноту, через «не могу», маленькими глоточками, но – пить, пить и пить!

Что пить? Оптимально купить в аптеке смесь солей – «Регидрон» и растворять его в воде, согласно инструкции. Мы в Африке (ну какой там «Регидрон»! Вот «ТТ» или гранату – нет проблем, а лекарства...) использовали схему: литр воды, столовую ложку сахара, чайную ложку поваренной соли и пол чайной ложки соды. Размешать и постоянно пить! Рекомендация ВОЗ между прочим!

Заметки на полях

Про Африку и поваренную соль. Во многих местах там это огромный дефицит! Часто вместо неё золу используют. Нам, иностранным специалистам-геологам и их врачу, соль выдавали по особым талонам, причем не ту, привычную всем, а «каменную» – слипшиеся намертво огромные кристаллы, величиной с голову ребенка! Ее надо было растворять в большом количестве воды и потом часами выпаривать на медленном огне. На выходе – белоснежная мелкая соль! Это к тому же была и своеобразная валюта! Когда я отколол от своего куска изрядную порцию и отдал водителю буровой установки (а ее мы пускали по дорогам саванны всегда вперед, справедливо опасаясь мин – хорошо, ведь кто-то должен ехать первый?! А тут машина тяжелая, куда нам на УАЗиках...), он был несказанно рад! «Теперь, говорит, всех своих жен навещу!». Я еще переспросил: «А что, так не пустят?». «Нет, отвечает, – у нас женщина – хозяйка, хранитель очага, мужчина может приходить только с добычей, поэтому, если жен несколько – это может быть проблемой! Но с солью везде король!» (Везде одно и то же: соль, Луи Виттон, бриллианты...)

Я начал эту главу с перечисления возможных возбудителей инфекционного поноса. Как правило, уже по той скорости, с которой он развивается после пищевого отравления, можно с достаточной долей вероятности предположить, кто за этим стоит:

1. Если симптомы развиваются в течение 6 часов после того, как съел что-то не то и не там, то скорее всего это спровоцировали или «Стафилококк» или «*Bacillus cereus*». Им обоим характерна сопутствующая тошнота и рвота, часто после потребления мяса, свинины, курицы, яиц, риса, для «*Bacillus cereus*» – потребление Китайского фастфуда.

2. Если симптомы начинаются через 8-16 часов, скорее всего это «Клостридия» (только не та, неоднократно упомянутая диффициле, а немного другая), то же типично после мяса, курицы, домашних консервов.

3. Начало, более чем через 16 часов, может говорить о инфицировании либо вирусами (ротавирус, энтеровирус, норовирус и здесь основной источник – загрязненная вода) или различными штаммами кишечной палочки. Кишечная палочка поражает особенно часто любителей непрожаренных гамбургеров, другого мяса, также за этой бактерией могут стоять несвежее молоко, сыр... Одна из разновидностей кишечной палочки

виновна в большинстве случаев в так называемой диарее путешественников, о ней речь впереди...

4. Сальмонелла – начало обычно через 10–72 часа, источник – загрязненная вода, молоко, яйца (вкрутую их надо варить, вкрутую!), салаты, немытые овощи, непастеризованные фруктовые соки...

5. Дизентерия вызывается шигеллой, обычно с развитием симптомов через 24–48 часов. Салаты (картофельные, с макаронами), вода, но в основном передаётся от человека к человеку фекально-оральным путем. Клиническая картина укладывается в куплет студенческой песни (подражанию М. Магомаеву):

«Буря смешала кровь с поносом,
Дизентерия – под вопросом!»

6. Начало через несколько дней или даже недель может свидетельствовать о заражении «Криптоспорой» – микропаразитом, широко распространенном по миру и особенно опасном для людей с нарушенным иммунитетом, со СПИДом например. Передается через воду, от человека к человеку фекально-оральным путем. Частая инфекция при употреблении плохо прожаренной курицы. Может протекать и бессимптомно.

Хорошие новости: практически все эти инфекции проходят сами, надо лишь немного потерпеть и не переставать восполнять потери жидкости. Например, понос при сальмонеллёзе может длиться 3–8 дней, ну, максимум до 10 (если больше, то диагноз сальмонеллёза под вопросом).

Бактериологическое исследование стула, как правило, мало информативно (что-то вмняемое можно получить при неосложненной инфекции лишь в 2–5 % случаев).

Поэтому обычно в таких случаях исследования не проводятся, и вся лечебно-диагностическая тактика состоит в том, чтобы восполнять жидкость и ждать, когда само пройдет.

Когда анализы все же необходимы? Как правило, это происходит, если:

- болезнь протекает с высокой температурой,
- с частым (6–8 и более раз в сутки) или
- кровавым поносом,
- с выраженным обезвоживанием,
- болезнь затягивается более недели,
- больные-пожилые люди.

• Отсюда простой практический вывод – обращайтесь к врачу при остром поносе, если:

- выраженная боль в животе;
- невозможность пить или есть;
- кровавый понос или рвота кровью;
- температура выше, чем 38 градусов.

Часто инфекционный понос не требует специального лечения. Главная тактика состоит в том, чтобы восполнять жидкость и ждать, когда само пройдет.

Кровавый понос встречается довольно редко – менее 5 % всех случаев. Виновники, как правило, сальмонелла, шигелла, некоторые разновидности кишечной палочки, кампилобактер.

Иногда у докторов нет возможности ждать анализы несколько дней, и по состоянию больного лечение начинается эмпирически. Чем лечим? Антибиотиками... И здесь все не просто. Запомните – сами вы при поносе антибиотики принимать не начинайте. (За исключением, о котором скажу ниже). И дело не в нашей обычной тактике взвешенного подхода к лечению антибиотиками, чтобы избежать развития резистентности к ним.

При поносе, вызванным энтерогемморагической (уж извините за такой термин!) Кишечной палочкой, пользы не будет, а вот смертельно опасное осложнение заполучить можно! Эта бактерия выделяет особый токсин, вызывающий кровавый понос, обычно в отсутствие повышенной температуры. Антибиотики, разрушая бактерии, могут провоцировать выброс этого токсина, и это (к счастью редко!) может приводить к развитию смертельно опасного «гемолитического-уремического синдрома. Развиваются тяжелая анемия, кровотечения, отказывают почки! Ну, а раз пользы нет, а, хоть и мизерная, возможность развития такого осложнения есть, то вывод ясен!

При сальмонеллёзе, например, антибиотики тоже, как правило, ничего не меняют, и наоборот – парадоксально могут способствовать длительному носительству этой бактерии (в желчном пузыре).

Если состояние больного все же требует начала введения антибиотиков и при этом нет подозрения на наличие энтерогемморагической кишечной палочки, то назначают ципрофлоксацин (ципро), таваник. Из-за высокой резистентности к этим антибиотикам (увы!) альтернативно назначают ампициллин или азитромицин (сумамед).

При поносе мы все привычно тянемся к имодиуму (лоперамид). И,

правда, несколько таблеток – и реально лучше. Только избегайте его принимать в случае кровавого поноса, и/или когда он сопровождается повышенной температурой. И не забывайте налегать на жидкость, помните?! А в случае кровавого поноса или лихорадки вместо имодиума можно прибегать к Висмуту (Пепто-бисмол), тоже помогает урезать стул, хотя и не так быстро.

Про «пробиотики» – полезные бактерии говорил уже 1000 раз! Можно, хуже не будет, лучше – это кому как. Хотите пейте, хотите – нет!

А что же диета? Не есть или только жидкое? Ну, если первые пару дней из-за тошноты ничего не лезет, то и не заставляйте себя, только пить постоянно не забывайте! Но помните: адекватное питание при остром поносе важно – оно помогает клеткам кишечника восстанавливаться. Вареный (в соленой воде!) рис, картофель, овсянка, лапша, гречка – вот обычное питание наших страдальцев! Можно вареные овощи, супы, крекеры, из фруктов – бананы. А вот жирной пищи надо избегать, пока стул не нормализуется.

Еще: после острого поноса долго (недели, а то и месяцы!) может развиваться непереносимость лактозы, а значит, молока, мороженого, молочных продуктов... Так что временно придется воздержаться. (Сыр, кстати, часто хорошо переносится).

Теперь о наболевшем – поездки в другие регионы, страны, на Юг и опасности «подцепить» там инфекцию, не позволяющую слезть с горшка! Опасность абсолютно реальная – 40–60 % людей, посещающие страны 3-го мира, сталкиваются с подобной ситуацией! К счастью, тяжелая инфекция развивается редко, и болезнь, как правило, вскоре проходит сама.

В большинстве своем «диарея путешественников» развивается в результате бактериальной, а не вирусной инфекции и является результатом потребления зараженной пищи и воды. И чаще всего это энтеротоксигенная (не та, о которой только что говорили) форма Кишечной палочки, те же Сальмонелла, Шигела, Кампилобактер... Если у Вас через несколько дней после прибытия появился жидкий, водянистый стул, иногда с кровью, небольшая температура, схваткообразные боли в животе, тошнота, рвота, – это именно инфекция!

И ничего это не от непривычной пищи, «не той воды», или острых специй! Не осмотрительные мы, пренебрегаем элементарными правилами гигиены!

В одном опросе больных с «диареей путешественника», только 3 % отметили, что тщательно соблюдали все меры предосторожности (и то, как видно, не все!).

Что делать? Ну, как и было сказано – обильное питье, имодиум (лоперамид) и антибиотики. Да, в случае диареи путешественников антибиотики даются, они быстро (как правило в течение суток) обрывают симптомы, дают вам возможность хорошо провести отпуск или командировку и предохраняют от лишних встреч с плохо организованным здравоохранением Азиато-Африканских стран... В случае инфекционного неосложненного поноса, в Европе, Америке или Австралии вам бы просто дали совет восполнять жидкость и ждать, когда само пройдет (и прошло бы!).

В условиях же поездки в Азию или Африку лечиться антибиотиками – от греха, наблюдать за вами там некому, и время у вас на отпуск ограничено, тут не до изысков! Антибиотик выбора тут ципрофлоксацин (ципро) по 2 табл, в день в течение 3 дней (да, верно – как и при лечении цистита!). Альтернатива – азитромицин (сумамед).

При остром поносе питание помогает клеткам кишечника восстанавливаться. Можно вареный (в соленой воде!) рис, картофель, овсянку, лапшу, гречку. Из фруктов – бананы.

Что надо помнить во избежания заражения:

1. Заморозка не убивает большинство возбудителей диареи. Да и сам лед в условиях 3-го мира – вещь опасная, кто его знает, из какой воды он сделан, уж точно не из кипяченой!

2. Алкоголь не стерилизует воду или лед – коктейль с алкоголем также может содержать бактерии! (Поэтому, видимо, бывалые путешественники пьют виски неразбавленный!)

3. Избегайте готовых салатов, это источник пищевой токсикоинфекции не только в дальних странах, но и дома!

4. Помните – соусы на столах могут быть заражены кишечной палочкой и другими бактериями!

5. Любимый нами «шведский стол» предлагает пищу, часто приготовленную и хранимую не по надлежащим стандартам, это относится и к дорогим отелям! Цена не гарантирует соблюдения гигиены, увы.

6. Фрукты перед употреблением очищать от корочки ножом.

7. Избегайте пользоваться стаканами в общественных местах, воду пейте из бутылки через трубочку. Причем берите газированную! Не потому, что вкуснее или полезнее, просто эти пузырьки газа покажут вам, что эту воду действительно худо-бедно обрабатывали, а не просто разлили в бутылки из-под крана!

8. Питьевую воду кипятить не менее 5 минут. Добавление 10 капель йода на пол-литра воды убивает бактерии в течении получаса.

Иногда приходится прибегать к профилактическому приему антибиотиков на время поездки. Не самая лучшая идея, но иногда путешествуют по разным причинам люди с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, случись что – и осложнения могут быть фатальными! Вот здесь профилактический прием антибиотиков показан!

Глава 10. Знакомьтесь – антибиотики

Антибиотики – одно из самых замечательных изобретений в области медицины! Реально история применения антибиотиков началась в 40-х годах 20-го века, когда впервые синтезировали пенициллин. Хотя о лечебных свойствах зеленой плесени подозревали давно, и Александр Флеминг уже опубликовал свое открытие пенициллина 10 годами ранее. (Не путать с Яном Флемингом – создателем Джеймс Бонда!)

Заметки на полях

Александр Флеминг, как и положено настоящему доктору, был небрезгливым и наблюдательным. Вероятно, еще в его времена ходил анекдот на эту тему, во всяком случае, мне его рассказывали во всех без исключения странах, где я когда-либо работал, а первый раз услышал еще от бабушки.

Вот он: вступительная лекция перед абитуриентами медицинской школы. На столе в аудитории лежит полуразложившийся труп и рядом профессор. Профессор: «Настоящий врач должен быть небрезгливым и внимательным! Вот посмотрите», вставляет палец трупу в задний проход, а потом его облизывает! «Кто может повторить?» Один из абитуриентов встает, подходит и проделывает ту же манипуляцию. Профессор: «Браво! Вы и впрямь небрезгливы! Но вот только невнимательны: я погрузил в труп указательный палец, а в рот взял СРЕДНИЙ!»

Флеминг изучал микробов на бульонной среде в специальных чашках. И чашки эти мыть ленился, они грязные скапливались у него на лабораторном столе десятками! Все в гроздях колоний бактерий на остатках бульона. Представляю, какой там стоял запах! К счастью для человечества у Флеминга не было лаборанта, который бы все это мыл! Однажды в одной из чашек завелась плесень, причем по редкой случайности именно зеленая! Не брезгливый и ленивый Флеминг был, как мы уже сказали наблюдателен: он заметил, что в чашке плесень есть, а бактерий нет! Выделил эту плесень и назвал ее по названию гриба, что ее выделяет, «пенициллином». Правда, синтезировали его значительно позже.

70 с лишним лет бесконтрольного применения антибиотиков привели к тому, что мы почти утратили их целебный эффект из-за повсеместной резистентности (устойчивости) к их действию. История сохранила имена 2-х пациентов: одна больная с тяжелым инфекционным эндокардитом была в 40-х полностью излечена несколькими инъекциями пенициллина; другой уже в наше время погиб от сепсиса, несмотря на то, что ему вводили все известные современной науке антибиотики – не действовал ни один! Вот этот другой был всего лишь первым, еще 5-10 лет назад вообще не верилось, что такое возможно. Сегодня в любой реанимации можно встретить таких больных – бактерии мутируют быстрее, чем ученые создают новые антибиотики!

Без особой надежды повторю: не принимайте антибиотики зря, только по предписанию врача, грамотного врача – умение ориентироваться и рационально применять антибиотики требует прочных и постоянно обновляемых знаний!

В этой главе я дам только ориентиры, которые вам важно знать, не углубляясь в показания к тем или иным антибиотикам сверх меры, чтобы ни вселить в вас соблазн самолечения! Исходить буду из наиболее часто задаваемых вопросов. Еще: аптечные работники! Имейте совесть – не продавайте антибиотики без рецептов!

Итак: КОГДА АНТИБИОТИКИ НЕ ПОМОГАЮТ?

1. Антибиотики бесполезны при вирусной инфекции. Значит, они бесполезны при простуде, ОРЗ, гриппе (при последнем возможно применение противовирусных препаратов, но это не антибиотики!).

2. Антибиотики бесполезны в большинстве случаев болей в горле, обычно они вызваны вирусом, стрептококковая ангина – исключение!

3. Антибиотики бесполезны в большинстве случаев синуситов и гайморитов, так как обычно они вызываются вирусами. Бывает, что синусит (гайморит) начинается как вирусная инфекция, и потом присоединяется бактериальный процесс. Но это занимает определенное время. Поэтому, если симптомы синусита у вас менее 10 дней – антибиотики применять не надо (в отсутствии высокой температуры).

4. Антибиотики бесполезны в большинстве случаев острых бронхитов, все по той же причине – обычно они вызываются вирусами. Вопреки распространенному мнению, если при кашле отходит зеленая мокрота, это совсем не означает, что у вас бактериальная инфекция!

Наиболее частые заболевания, при которых приходится принимать антибиотики амбулаторно, это: воспаление легких (то, которое не требует госпитализации), инфекции мочевыводящих путей, инфекции,

передающиеся половым путем, стрептококковая ангина.

Какие антибиотики можно принимать при беременности, а какие нет?

Можно: все пенициллины, ампициллин, амоксициллин, клиндамицин, линкомицин, эритромицин, азитромицин (сумамед), кларитромицин (клацид), цефалоспорины: роцефин, цефазолин и др.

Нельзя: аминогликозиды – гентамицин, тетрациклин, доксициклин, цiproфлоксацин – цipro, таваник, бисептол или бактрим и многие другие.

Если вы беременны и врач выписал вам антибиотик, то советую перед покупкой проверить в Интернете возможность его применения в вашем положении. Это никому не обидно, а может уберечь от многих неприятностей.

Сегодня бактерии мутируют быстрее, чем ученые создают новые антибиотики!

Пожалуйста, не принимайте антибиотики зря, только по предписанию грамотного врача.

Какие антибиотики нельзя применять вместе с алкоголем?

Не вижу смысла в алкоголе во время лечения антибиотиками. Подождать что ли нельзя? Ну, а если нельзя, то запомните: некоторые антибиотики с алкоголем не пересекаются (хотя он и снижает эффективность лечения ими), а вот некоторые могут вызвать эффект, подобный препарату, который как раз и призван вызвать непереносимость к алкоголю! Это все цефалоспорины: популярный у нас роцефин, цефазолин (цефазол, анцеф), цефуроксим (зинацеф) и другие (принадлежность к той или иной группе препаратов имеет смысл знать и справиться в Интернете).

Другой препарат с классическим противоалкогольным действием, метронидазол, он же когда-то популярный у нас трихопол и флагил, часто применяются в стоматологии и при лечении половых инфекций. Могут быть неукротимая рвота, головная боль, боли в животе, в общем, если такое испытаете, запомните надолго!

Как долго надо принимать антибиотики?

Все зависит от обстоятельств. Приходится балансировать между потребностью выдержать срок, достаточный для полного уничтожения бактерий, и необходимостью сократить его до минимума, чтобы избежать развития нечувствительности к антибиотику. При некоторых болезнях бывает достаточно однократной дозы (как правило, высокой). Это и хламидиоз, гонорея, иногда сифилис, профилактический прием после

стоматологических процедур для предотвращения инфекционного эндокардита и некоторые другие ситуации.

Другие болезни требуют многонедельного приема антибиотиков, например, искоренение причины язвы желудка – бактерии гелиобактер пилори – обычно занимает 2 недели, бактериальные гаймориты – 2–3 недели, хронический бактериальный простатит – 3–4 недели. Обычно же средний курс приема антибиотиков от трех дней (неосложненная инфекция мочевыводящих путей) до 5 дней (бронхиты, инфекции кожи и так далее). Но вот при стрептококковой ангине антибиотик надо принимать 10 дней для предотвращения осложнений на сердце и почки, лечение пневмонии – 12–14 дней!

При некоторых состояниях антибиотики принимают профилактически годами – такова ситуация при рецидивирующей упорной инфекции мочевыводящих путей, при предотвращении пневмоний при СПИДе, при рецидивирующем половом герпесе...

Как быстро может развиться резистентность (нечувствительность) к антибиотику и как её предотвратить?

Очень быстро! При использовании некоторых антибиотиков, например «Таваник», устойчивость к нему может развиться уже к концу дня! Очень важно завершить полный курс приема антибиотика точно и не пропуская приема таблетки!

Вот тут уместно перечитать предыдущий абзац – курс антибиотика зависит от ситуации! Не прибегайте к антибиотикам без назначения врача! Перечитайте ответы на первый вопрос, когда антибиотики помочь не могут, обсудите это со своим врачом, если возникнут сомнения в правильности их назначения. Не пользуйтесь антибактериальным мылом – там есть антибиотики, и даже в такой форме их применение увеличивает распространение резистентности! Бывает и так: принимали антибиотик ранее, тогда он не помог, а теперь его назначают опять. Ваше дело – предупредить об этом врача, а его дело – выяснить: речь идет о резистентности или ранее антибиотик назначался «не по адресу» и потому не помог.

Старайтесь избегать неоправданных госпитализаций, пребывание в больнице – огромный фактор риска для развития и распространения резистентных бактерий. Помните: вызывая неконтролируемым приемом антибиотиков резистентность бактерий к ним, вы вредите не только себе, эти ваши мутировавшие бактерии передаются другим, и окружающие вас люди могут остаться перед инфекцией беззащитны!

Какие антибиотики могут вызвать понос и насколько это опасно?

В принципе любые. Только механизм развития поноса часто разный, также разная степень опасности. Так называемые макролиды – к ним принадлежат эритромицин, азитромицин (сумамед), кларитромицин (клацид) – обладают непосредственным стимулирующим действием на мышцы кишечника. Усиливается перистальтика, спазмы и как результат – понос, часто почти сразу после начала приема этих антибиотиков.

Другой механизм – тот самый пресловутый и знаменитый у нас дисбактериоз! Сколько же людей безвинно пострадали от неправильного понимания этого термина, сколько несправедливых миллиардов нажили хитроумные бизнесмены, умышленно возведя дисбактериоз в ранг болезни! До того, как бизнес на «пробиотиках»-«полезных бактериях» в виде капсул или кефирчиков принял масштабы наркоторговли, вместе с антибиотиками рекомендовали применять противогрибковый препарат нистатин. Только осознали, что этого делать не надо, как накатила волна с так называемым дисбактериозом.

Я не против приема «полезных бактерий» и кефирчиков – ради Бога! Помогут – хорошо, нет – ну так и шансы были небольшие, не навредили же! Деньги вот зря выбросили... Хотел написать – так никто и не заставлял! А вот тут и вся разница – заставлял! Назойливая реклама, не очень грамотные врачи, возведение дисбактериоза в ранг болезни настаивают на обязательном приеме этих самых «бактерий». Большая разница – «можно принимать» и «обязательно принимать»! А сколько случаев онкологии толстого кишечника было пропущено из-за того, что очевидные их симптомы были списаны на пресловутый дисбактериоз. Недаром дисбактериоз называют «выгребной ямой врачебного невежества!». Вся правда в том, что такой понос проходит самостоятельно, безо всяких кефирчиков. За рубежом термин «дисбактериоз» применять избегают и используют более общий термин – «антибиотико-ассоциированная диарея».

Возведение дисбактериоза в ранг болезни намеренно смещает акценты на показаниях к приему «бактерий».

«Можно принимать» и «обязательно принимать»!

Почувствуйте разницу!

Но есть и опасные последствия приема антибиотиков, и развитие поноса может быть настораживающим симптомом.

Мы в первой главе рассматривали бактерию клостридию диффициле, и ее токсин может вызвать так называемый токсический мегаколон –

опасное заболевание толстого кишечника. Обычно через 1–2 недели после прекращения лечения антибиотиками развивается понос. Антибиотики могут быть любыми, но классически это клиндамицин, линкомицин, ампициллин, амоксициллин, аугментин. Далее необходимо взять анализ на наличие токсина «кlostридии диффициле», при подтверждении немедленно начинать лечение также антибиотиками – метронидазолом (флагиллом) или ванкомицином внутрь.

Какие антибиотики меняют действие других лекарств, принимаемых одновременно?

Многие люди вынуждены подолгу (иногда пожизненно, принимать препарат, разжижающий кровь, варфарин. Это и больные с мерцательной аритмией, с повторяющимися тромбозами и тромбоэмболиями. Так вот, одновременный прием амоксициллина (амосин) и кларитромицина (кларид) могут усиливать действие варфарина и привести к кровотечению!

С кларитромицином (кларидом) надо с большой осторожностью применять сердечный препарат дигоксин. Его токсичность при совместном с кларидом применении резко возрастает! Кларид, как его брат сумамед (азитромицин) и предшественник эритромицин, и сам по себе может вызывать опасные аритмии!

У пожилых людей надо с большой осторожностью принимать кларид вместе с такими популярными гипотензивными препаратами как коринфар, кордафлекс, норваск, то, что врачи называют «блокаторами кальциевых каналов». В результате такой комбинации могут пострадать почки (к счастью редко!). И уж совсем не стоит сочетать кларид с препаратом для лечения подагры – колхицином – есть шанс получить смертельно опасное осложнение!

В моих предыдущих книгах мы уже обсуждали, к чему может привести избыток калия в организме (чревато угрожающими жизни аритмиями). «Переест» калия не так и просто, а вот заблокировать его выведение при помощи лекарств можно, и тогда он накапливается, быстро поднимаясь до опасных величин.

Обычно калийсберегающие препараты принимают люди, постоянно использующие мочегонные, это триампур (сочетание калийсберегающего препарата триамтерен и мочегонного гипотиазид), альдактон (верошпирон) и проч.

Повышают калий также и популярные для лечения гипертонии энап, моноприл, рестариум. Большинство врачей про это помнят, а вот то, что тоже весьма популярный бисептол (бактрим) может реально повышать калий, знают не все.

Дело в том, что входящий в состав бисептола препарат триметоприм структурно близок к калийсберегающему триамтерену (вот даже названия похожи!) Поэтому все названные выше препараты вместе принимать не стоит, риск гиперкалиемии возрастает, по данным одного исследования, в 20 раз!

Другой компонент бисептола (бактрима) – сульфадимезин структурно схож с сахароснижающими препаратами. Поэтому у диабетиков, которые ими лечатся, должен приниматься с осторожностью! Случаи резкого снижения сахара при параллельном применении антидиабетических лекарств и бисептола увеличиваются в 6 раз!

Антибиотики могут не только повышать, но и снижать калий! Это гентамицин, некоторые пенициллины, противомаларийный препарат хлорохин.

Популярный роцефин нельзя вводить вместе с растворами, содержащими кальций. Антибиотик может связываться с кальцием и оседать как песок в легких, почках и т. д. Так что никогда не растворяйте роцефин в растворе Рингера!

Заметки на полях

На Западе антибиотики внутримышечно не вводят, что для наших соотечественников очень непривычно! У наших-то все ягодички исколоты, в западных же госпиталях все ходят с катетерами в вене. В вену и действует лучше, и нет опасности заполучить инфильтрат!

Не стоит также принимать (или вводить) вместе такие антибиотики, как тетрациклин (его более современное производное доксициклин) и пенициллины – ампициллин, амоксициллин, аугментин и проч. Тетрациклины снижают лечебный эффект пенициллинов, и такое сочетание не рекомендуется.

Что такое эмпирическая антибиотикотерапия?

Когда человек заболевает, и ясно, что здесь бактериальная инфекция, а не вирус, встает вопрос: с какого антибиотика начинать? Если есть время сделать посев, дождаться результата, протестировать на выделенной колонии бактерий различные антибиотики, то выбор определяется просто. В большинстве случаев нет ни такой возможности, ни необходимости это делать, и антибиотики назначаются эмпирически. То есть исходя из предыдущего опыта поколений врачей, определивших, какие бактерии, как правило, вызывают то или иное заболевание в первую очередь. Вот и

выбирают антибиотик, покрывающий именно эту бактерию.

Такая рациональная антибиотикотерапия – вещь очень непростая, требует все время обновляющихся знаний. Например, мы знаем, что инфекционный цистит (ну да, тот самый, что был у всех женщин) вызывается, как правило, кишечной палочкой. Хорошо лечится так называемыми фторхинолонами («миллион» лет назад применялся с успехом их предшественник – нитрофуран): ципро, таваник...

Но вот появляется антибиотик нового поколения этой группы – монофлуксацин – авелокс, мощный, хороший, но в случае с инфекцией мочевыводящих путей не действующий! Почему? Все просто: он, в отличие от других собратьев по группе, не выводится почками, и концентрация его в моче очень низкая! А у беременных, как мы, возможно, помним, мочевиная инфекция вызывается чаще Листерией, и тут нужны не фторхинолоны (они на эту бактерию не действуют), а ампициллин.

Инфекции кожи – целлюлиты (не путать с доброкачественными и, увы, естественными изменениями кожи в виде апельсиновой корки!) хорошо лечатся препаратами пенициллинового ряда и цефалоспорины первого поколения (цефазол). А вот более поздние и дорогие поколения антибиотиков этой группы – роцефин, фортум и проч. тут как раз малоэффективны. Роцефин (цефтриаксон) проникает через барьер, охраняющий внутреннюю среду мозга от посторонних субстанций, и поэтому хорошо лечит менингиты, а вот на грозу реанимационных отделений – синегнойную палочку из всех мощных цефалоспоринов действует только один цефтазидим (фортум). В лечении пневмонии необходим антибиотик, покрывающий наиболее частых после пневмококка возбудителей: микоплазму, хламидию, легионеллу. Это макролиды – клацид, сумамед (азитромицин), большинство фторхинолонов – таваник, авелок. А вот «патриарх» этой группы – ципрофлоксацин – ципро не покрывает сам пневмококк, поэтому в эмпирической терапии пневмоний не рассматривается. (Но может быть неожиданно полезен в лечении резистентного туберкулеза!). Но сегодня большинство разновидностей пневмококка развили устойчивость к азитромицину – сумамеду, поэтому в схему вводится ампициллин.

Заметки на полях

Как-то меня попросили проконсультировать одного из высших иерархов нашей Церкви, который слег во время визита в Швейцарию с тяжелым инфекционным поражением кожи ноги. Распухла, покраснела, высокая температура, человек пожилой,

антибиотики не помогают... Швейцария, все делают правильно, по стандартам... Но, как оказалось, не до конца. Все-таки американцы эти стандарты и протоколы вбивают в голову лучше европейцев! Протокол предусматривает при неуспехе антибиотиков первой и второй линий присоединение такого мало популярного антибиотика, как клиндамицин. Я так и сделал, и уже на следующий день пациент стал выздоравливать!

Какие серьёзные побочные явления могут вызывать антибиотики?

Самое серьёзное побочное действие применения антибиотиков – это развитие резистентности (нечувствительности) к ним, ведь это касается всех! Что же касается индивидуальных побочных действий, то список их весьма впечатляющ. Про понос-дисбактериоз, который всех волнует «не по-детски», мы уже говорили. У всех на слуху аллергия на антибиотики. Это действительно может быть серьёзной проблемой.

Классически аллергия может проявляться как сыпью, так и более серьёзными проблемами – от отека гортани до анафилактического шока! Например, свыше 20 % людей, жалующихся на аллергию вообще, имеют аллергию как раз на антибиотики и, в частности, на пенициллин. Причем если пациент после первой аллергической реакции больше виновный антибиотик не применял, хороший шанс, что лет через 10 она уже и не повторится. Но это возможно проверить лишь в случае, когда аллергия проявляется банальной сыпью, в более серьёзных случаях такие эксперименты ни к чему! (На практике применяют кожный тест на переносимость пенициллина).

Заметки на полях

Как-то, будучи студентом 3-го курса, я подрабатывал медбратом в городской больнице. Зима, сезон гриппа, больница завалена больными с пневмонией и другими осложнениями. И врачи всем поголовно назначали пенициллин. И я все дежурства только тем и занимался, что колол всему отделению пенициллин каждые 6 часов. Набегаешься, все уже на одно лицо, а ночью вообще видишь больных только с той стороны, куда уколы делаешь! «Обколовшись» в очередной заход, стал заполнять в истории болезни температурные листы. Только тут увидел, что на истории болезни последнего больного (я потому его и запомнил) красным фломастером написано: «аллергия на пенициллин»! А я автоматически вколл ему, как и всем, пенициллин, не обратив

внимания на назначения (как я сейчас понимаю, преступная халатность!). Я в шоке помедлил несколько секунд и на ватных ногах пошел в палату, представляя, как больной там задыхается! Зашел, а он крепко спит, благодушно посапывая! Видимо, это и был тот самый случай исчезновения аллергической реакции с годами!

При наличии аллергии на пенициллины применяют антибиотики другой группы, но сходного действия, например, макролиды сумамед, клацид или цефалоспорины – цефазол, зинацеф, роцефин. Однако в случае с цефалоспоридами возможна перекрестная аллергическая реакция в 10 % случаев, поэтому при наличии серьезной аллергии на пенициллин их лучше избегать.

Помимо аллергии, пенициллины и одноклассники, также цефалоспорины, могут вызывать серьезные неврологические осложнения. При использовании больших доз возможны сонливость, судороги и даже кома! При применении антибиотика пенициллинового ряда метициллина может встретиться классическое осложнение со стороны почек – аллергический интерстициальный нефрит.

Почки – вообще частая мишень для побочного действия антибиотиков, особенно таких, как гентамицин, там осложнения вообще могут закончиться плохо! Советую и врачам и заинтересованным пациентам перепроверять, дозы каких антибиотиков должны корректироваться при почечной недостаточности!

Популярный в наших больницах цефтриаксон – роцефин может способствовать образованию камней желчного пузыря и камней почек. Кстати, роцефин любят не только в наших госпиталях, в Америке врачи его даже прозвали «витамин Р», в то время витамины там еще широко применялись.

Вы помните, что люди, принимающие цефалоспорины, не переносят алкоголь? Так вот, именно та часть их молекулы, что обуславливает такую несовместимость, отвечает и за снижение количества тромбоцитов в крови и последующие кровотечения.

Другая группа популярных антибиотиков – макролиды (эритромицин, клацид, азитромицин-сумамед) может вызывать угрожающие жизни аритмии. Такое бывает не часто, но помнить об этом надо, особенно когда лечишь «сердечников»! Другая проблема применения макролидов – осложнения со стороны печени, вплоть до ее отказа!

Фторхинолоны – ципро, таваник, авелокс и другие часто вызывают

тошноту, рвоту и подобное. Их не рекомендуют детям младше 18 лет: возможно повреждение суставов. Со стороны нервной системы нежелательные симптомы – судороги, головная боль, бессонница встречаются редко. А вот периферическая нейропатия (онемение руки или ноги, ощущение мурашек и проч.), наоборот, встречается довольно часто. В 2013 г. американский комитет по контролю за лекарствами потребовал отмечать это побочное явление прямо на особой наклейке!

Также были созданы и введены в клиническую практику несколько новых препаратов этой группы (грепафлоксацин, спарфлоксацин), но очень быстро были отозваны из-за токсического действия на сердце и печень.

Побочное действие тетрациклинов (тетрациклин, доксициклин) уже упоминалось, тут и фоточувствительность, и изменение эмали зубов, и частая тошнота. Осложнения на почки и печень встречаются редко, вообще тетрациклины – довольно безопасные препараты. Однако новый тетрациклин – тигециклин – тигацил оказался ассоциированным со статистически значимым увеличением смертности в группе лиц, его принимающих. Американцы клеят на это лекарство предупреждающую об этом надпись и с 2013 резервируют применение этого антибиотика только для тех случаев, когда другие не помогают. Интересно, что об этом знают у нас в стране, он у нас вполне доступен...

Усилим воли я прекращаю описание возможных побочных эффектов антибиотикотерапии, иначе объем этой книги выйдет за разумные рамки! Итак, наверное, понятно, почему их применение возможно только под контролем ответственного врача!

Самое серьезное побочное действие применения антибиотиков – это развитие резистентности (нечувствительность) к ним.

Это касается всех!

Глава 11. Истории из практики

1. «Горячие» норвежские специалисты

В начале 90-х годов мне довелось работать медицинским офицером «международной организации по миграции», сокращенно МОМ. В Москве она занималась организацией отъезда эмигрантов в США. Все желающие получить эмигрантскую въездную американскую визу должны были пройти медицинскую комиссию: эмигранты со СПИДом, туберкулезом и проч. США не нужны! (Вот пример истинной демократии, ну ладно Россия, отсюда в те годы «беженцы» были липовые, такая «колбасная эмиграция», а если людей реально в некоторых странах изничтожают, что им ждать, пока туберкулез вылечат?!).

В мои обязанности входило медицинское сопровождение во время полета стремящихся в Америку. Формировался так называемый медицинский рейс, на который определялись все, кому во время долгого перелета могло стать плохо – люди уезжали семьями, со стариками и хроническими больными. Как правило, летел чартер, хотя бывали и регулярные рейсы. Летать приходилось часто, иногда раз в неделю, чему я тогда очень радовался, так как платили именно за рейс, и тогда это было единственным источником дохода! Хотя раз в неделю слетать куда-нибудь в Лос-Анджелес или Майями физически было ой как не легко!

Во время медосмотра также определялось: какие медикаменты могут понадобиться пациенту на борту, потребность в кислороде, кому необходимо сразу 3 места, чтобы человек мог лечь, а кто полетит на носилках (носилки – это значит надо «закрыть» 9 мест – три ряда по три места). Между медосмотром и собственно рейсом могло пройти и 2 и 3 месяца, поэтому на посадке мы часто сталкивались с неожиданностями: то привозили бабушку с одышкой и отеками (её срочно госпитализировать надо, куда там лететь!), то кто-то за это время инсульт перенес, и в воздух ему еще рано... Представьте, люди продали квартиры, со всем скарбом, кошками и собаками приехали в чужую им Москву, добрались в аэропорт, а я им заявляю, вы не летите, обращайтесь в МОМ, где вам назначат новый медосмотр и новую дату вылета! Такое разыгрывалось! Бывали и другие обстоятельства.

Как-то в Шереметьево, уже после паспортного контроля, обратил внимание на громко спорящую семью. Что это «мои» – сомнений не было: в руках у каждого большой пакет с надписью МОМ (там запечатаны рентген и все медицинские документы). Мама, папа, их пожилые родители

и дочка 17–18 лет. Дочка плачет и кричит, что никуда не полетит! Она успела за этот месяц влюбиться и теперь уезжать не хочет, а родители, естественно, поступают, как все родители («ты что, у тебя это блажь, таких еще сотня будет, здесь тебе ничего не светит, а там жизнь вся для тебя открыта», ну и т. д.!).

Посочувствовал про себя я этой дочке и прошел мимо, как поется в песне «если на свете мужество – каждый решает сам!». Так что вы думаете, девчушка решила! Где-то через час подбегает ко мне та мамаша и кричит: «Пропала, нет ее нигде!». Стали искать – оказалось, сбежала! Пограничница на контроле подтвердила: «Да, выпустила я ее, формально задерживать не могла, она еще гражданин России». Семья в глубоком шоке, а весь персонал Шереметьево радостно шушукается – гордятся девочкой и переживают за нее. Я потом узнал, что там целая стихийная операция женского персонала была по воссоединению влюбленных – ее и на другой этаж по служебному входу провели, и пограничнице все объяснили, и даже в свою машину посадили – тогда частники у Шереметьева «мутные» были... А семья улетела, обещала получить документы и за ней вернуться. Не знаю, как дальше сложилось, очень верю, что хорошо!

Как-то на ночной рейс (чартер американской авиакомпании «Тауэр») большая семья принесла бабушку на носилках – сломала шейку бедра. Носилки, как я упоминал, блокируют сразу 9 мест, поэтому я заявил, что семья не летит. Под крики и стоны (и я их хорошо понимаю, хотя скажи они о случившемся хотя бы за 10 дней, эти бы места им организовали, а так рейс переполнен!) я ушел, но через 3 часа обнаружил все семью в самолете с носилками в проходе! Уж не знаю, кому и сколько они заплатили, хотя паспорта у них в порядке и теоретически пройти тогда можно было, а на чартер посадочных не было, только списки. Вариантов нет – их надо из самолета удалять, некуда мне эти носилки ставить!

Но тут на борту возник стихийный бунт: родственники «завели» всех отъезжающих своими воплями, все стали роптать, потом и вовсе раздали крики «хватит нашу кровь пить», «прекратите издевательства, «гебня проклятая», ну и прочее. Ситуация накалилась, и пошел я звонить руководству.

Директором МОМа тогда был флегматичный норвежец, очень впрочем достойный человек, уже немного научившийся говорить по-русски. Звоню, глухая ночь, трубку долго не берут, потом отвечает сонный голос. Я долго объясняю ему, какие у нас тут форс-мажорные обстоятельства, а он перебивает меня фразой на корявом русском: «Александр, никто не мочь будить норвежский гражданин в 3 часов ночи» и повесил трубку.

Как я вышел из ситуации? А просто – зашел в самолет и крикнул: «Тихо! Я их оставляю! Только вы должны решить сейчас, кто не летит – мне нужно 9 мест!» И сразу стало тихо... Я добавил – «буду ждать вашего решения, но: если мы не вылетим в течение часа, время нашего воздушного коридора истечет, МОМ попадет на огромный штраф, меня уволят, но и вы все не улетите!» Дальше... ну и так понятно, что было дальше. Через 40 минут мы были уже в воздухе!

2. Российско-американские отношения

Ко многому было трудно привыкать, работая в Америке. Особенно к «дедовщине» в госпитале. Там это считается необходимой частью лечебного процесса. Старший интерн гоняет своего младшего коллегу, как у нас когда-то в стройбате, доктор или завотделением – ну это значительно выше Господа Бога! Просьбу там не услышишь, только приказ, если замешкался – промолчу, если сделал не то – язвительные замечания, часто в оскорбительной форме! («Я не понимаю, как ты вообще врачом работал, это у вас в России так принято? Руки-то только драть – да-да, именно так! – приучены?» и т. д. и т. п.!).

Бывало и хуже. Как-то после моего тяжелого дежурства в реанимации на утренний обход пришел заведующий. Ночь и так была сумасшедший, а тут этот обход! Тут заведующий видит, что количество выделенной больному жидкости и той, что я ему влил, не совпадает с назначениями. (А назначается это так: «принятое-выделенное плюс – или минус – сколько то капель в минуту». Надо все время корректировать! Иногда не успеваешь). Доктор поворачивается к сестре и говорит: «Позовите родственников мистера Смита, я видел их там, в коридоре». Та выходит, а доктор уже мне: «Сейчас они подойдут, и я скажу им, что это именно вы хотели убить их родственника, и только мое вмешательство предотвратило печальный исход!»

Бывшим нашим согражданам доставалось особенно сильно. Иммигранты, с акцентом, одно слово – «русские»! Те терпели, выхода нет, ко всяким там правам человека не приучены! Но я-то настоящий русский, не иммигрант, по обменной визе, да еще с некоторой частью горячей турецкой крови в жилах! И когда один стопроцентный американский доктор стал уж очень активно меня принижать, я ему прилюдно сказал: «Попался бы ты, сука, мне, капитану Красной армии, в Анголе, я бы тебя шлепнул и даже не вспомнил». Это могло кончиться очень плохо, увольнение здесь было бы не самое страшное, только вздумай он пожаловаться или кто-то из свидетелей проговорился бы об этом начальству. Но доктор только молча развернулся на каблуках и ушел, остальные интерны втихаря показывали мне большие пальцы!

Может быть, потому что моя фамилия Мясников, и моего деда знал весь медицинский мир, в том числе и как личного врача Сталина, кое-что мне сходило с рук. После того случая интерны из Индии (а их в Америке

полно в каждом госпитале) прозвали меня «Шер» – тигренок!

3. Технологии каменного века

Мозамбик, я врач группы советских геологов, мы колесим по охваченной гражданской войной стране, что-то там ищем. Снабжение отвратительное, живем только на то, что с большими перебоями присылают нам из столицы, ну еще и охотой. С алкоголем совсем трудно. Раз в полгода присылали и водку, мы ее распределяли строго поровну. Брали и те, кто и не пил вовсе, это было самая твердая валюта! Мы занимали водку друг у друга, но всегда отдавали – это было святое!

Как-то мы с другом (познакомились – он был переводчик – и сильно подружились) заняли у одного из геологов бутылку и выпили, конечно! А того через несколько дней застрелили (такое происходило постоянно, гибли и от болезней, и от пуль...). Когда пришла очередная поставка, мы одну бутылку из своей доли раскупорили и вылили в раковину как символ того, что долг вернули...

Ну, конечно, варили самогон. Лучше всех его делал тот самый непьющий геолог с несчастливой судьбой, у которого мы тогда занимали бутылку. Но это на базе, а что делать на выездах, в поле? Но мы же русские люди (хоть и состояли и из украинцев, и грузин, и татар). Однажды мы нашли самогон даже там, где, возможно, никогда не ступала нога белого человека. В общем, желтая жаркая Африка, цивилизации никакой, однако геологи решили и здесь раздобыть выпивку.

Отловили аборигена, расспросили (жестами – там вообще другое наречие! Но щелчок по горлу оказался вполне интернационален!). Он покивал, мы посадили его в УАЗик и поехали. Я за рулем, трава два метра высотой, ничего не видно, только бампером наугад раздвигаешь заросли. Так и ждешь, что налетишь на валун, но абориген показывает – вперед! Наконец выезжаем на поляну и буквально натыкаемся на хижину. У ограды из кольев лежат черные тела, несколько! Первая мысль – убитые, присмотрелся – нет, мертвецки пьяные. Заходим внутрь ограды и видим первобытный самогонный аппарат в натуральную величину. На углях стоит глиняный чан литров на двести, из него выходит бамбуковая трубка, плотно закрыт глиняной же тарелкой, щели замазаны. Бамбуковый ствол пропущен через корытце из коры, наполненное водой, – это аппарат охлаждения и конденсации! На конце – соломинка, по которой в тыкву, напоминающую сосуд (называется «калибахская тыква», во многих африканских племен заменяет флягу), сливался заветный продукт. Поинтересовался, из чего

гонят? Оказалось, материал для браги – орех кешью, запах и вкус закваски отвратительные, крепость готового продукта – градусов двадцать пять. Я употребить этот напиток не отважился.

4. Родственные души

В Америке очень настороженно относятся к пациенту, если он честно говорит доктору, что употребляет алкоголь. Например, регулярное потребление 6 бутылок пива емкостью в 330 мл в день без вариантов рассматривается как алкоголизм. Нормы потребления алкоголя по-американски – это один бокал сухого вина или рюмка крепкого алкоголя или один бокал пива в день.

Заподозрив алкоголизм, врач общей практики должен задать пациенту 4 вопроса, для того чтобы понять, насколько тут далеко все зашло и не пора ли отправлять того в специальные службы. Вот эти вопросы:

1. Посещали ли вас мысли, что пора бросить пить?
2. Чувствовали ли вы хоть когда-то чувство вины, что употребляете алкоголь?
3. Похмелялись ли вы хоть раз с утра?
4. Критиковали ли вас посторонние хоть раз, за то, что вы употребляете алкоголь?

Если 4 раза ответили «да», то вы алкоголик! Однажды приходит в Нью-Йорке ко мне на прием бывший наш соотечественник с высоким давлением. Задаю стандартные вопросы. «Курите?» – «Курю». – «Выпиваете?» – «Выпиваю». – «А сколько?» – «Проблема в том, что граммов по 150–200 водки ежедневно...» Так это, говорю, ничего, это нормально. Он аж подпрыгнул от радости: «Доктор, я же специально к вам пришел, я специально искал на табло врача с русской фамилией, потому что американец после ответа о выпивке тут же отказывается лечить и направляет сначала в общество анонимных алкоголиков». У них так. А я его вылечил, и мы даже подружились.

5. Случай на охоте

Мозамбик, я – врач группы советских геологов. Гражданская война, голодно и опасно, но, как сказал много позже тогдашний президент Мозамбика Самора Мошел по поводу захвата бандитами нашей группы (да, закончилась наша работа именно так!): «При выполнении интернационального долга могут быть и жертвы!». Одно время мы работали на «теле» изумрудного рудника. До нас там работали немцы. Но когда местные бандиты, или повстанцы, называйте как хотите, пообещали им отрезать все, что возможно (подбросили листовки на немецком), они дисциплинированно собрались и отбыли, оголив рудник. Но мы же советские люди, нам партия приказала разведать, по просьбе наших мозамбикских друзей, места на руднике, где можно поставить фабрики! А кроме того, здесь же нашли еще какие-то редкоземельные ископаемые, и в приватной беседе нам сказали, что если мы наберем таких минералов мешков шесть, то долг Мозамбика перед СССР будет полностью погашен.

И вот прибыли. Первое, что вижу, – в поле, в высоченной траве, часовенка из бетонных плит с вкраплениями драгоценных камней, внутри – бетонный стол, а на столешнице изумрудами выложен огромный крест.

Картина впечатляющая! Миссионер-португалец в свое время, видимо, постарался, потом с белыми ушло и христианство (во всяком случае, из тех мест), ну а камни там были не ценность, это не соль! Уже потом в отвалах я намыл немало изумрудов. Ювелир в Москве их огранил, получилась небольшая баночка. Но с переездами она где-то затерялась. На память сохранился только кварц с изумрудными друзами, но большой ценности, к сожалению, он не имеет. Еще как-то нашел золотой самородок, выдернул травинку – блестит между корешков. Но моему приятелю повезло куда больше. На охоте он случайно перевернул ногой с виду булыжник, оказалось – аметист или что-то наподобие. Под впечатлением от такой находки я потом тоже немало камней попереворачивал, но все без толку.

Быт тяжелый, палатки, отхожее место – нет, описывать не буду, не для слабых нервов. Я и там умудрялся заниматься гимнастикой. В качестве спортивного снаряда присмотрел небольшой валун из тех, что во множестве были разбросаны на берегу речки внизу. Жара, я попросил кого-то из местных принести ко мне наверх, к палатке, этот камень, и сам пошел под тент в тень. Через какое-то время подходит геолог и говорит: «Ты чего тут рабский труд развел?!». «В смысле?» – не понял я... «Пойди,

посмотри!». Я пошел и вижу: о Боже, ну что за идиоты!? Эти два аборигена – а то племя мелкое, от постоянного недоедания все тощие – видимо, решили, что белому доктору нужен для чего-то большой камень, ну и решили сделать приятное! Вместо того камня, что я им указал, выбрали огромный валун и потащили его вверх! Они его катят, валун выскальзывает и катится вниз, те хватают и тащат его опять! В общем, и грех, и смех!

Питание скудное, из запасов – только макароны и рыбные консервы, кормились в основном охотой. Охотились по-браконьерски: ночью с фарами едешь по саванне и светишь мощным фонарем вокруг. Где-то сверкнули глаза – и сразу выстрел! Добывали коз, антилоп...

Однажды после такого выстрела геолог, что стрелял, пошел по траве посмотреть, что он добыл. И вдруг с воплями бежит обратно! Прибежал взъерошенный, без винтовки, кричит: «Там леопард раненый!». Ситуация действительно очень опасная, охотник поймет! Мы все с оружием наперевес пошли, прикрывая друг друга и непрерывно озираясь. Леопард оказался там, где его настигла предназначенная козе пуля, рана в итоге была смертельной. Мы его забрали, сделали шкуру. Потом, после захвата и частичной гибели группы наших геологов, ее обнаружили мозамбикские чиновники в вещах, что привезли с места захвата убежавшие во время нападения «охранявшие» нас военные. (Именно так, сам видел: сбрасывали камуфляж, кидали оружие – и в траву, голыми от мирных местных не отличишь!). Чиновники стали нам выговаривать: «ах, шкура, ах, леопард! Ах, Красная книга, ах, вы за это ответите!» Заткнулись только, когда один из уцелевших геологов – плотный сибиряк с очень недобрим лицом – не прикрикнул на них: «А кто ответит за шкуры наших ребят, которых вы там бросили?!».

6. Обучение медицине по-французски

Мы часто жалуемся на низкий уровень нашего медицинского образования, на огромный процент медицинских студентов в столичных вузах, плохо говорящих по-русски, на необорудованность кафедр. Действительно, реформа здравоохранения начнется не тогда, когда минздрав решит предпринять те или иные, пусть самые правильные действия, а тогда, когда мы начнем учить будущих врачей по-другому. Как? Посмотрите, с чем столкнулся я, когда мы с сыном решили, что он идет на медицинский факультет Сорбонны в Париже.

Во французские медицинские школы принимают всех, кто успешно сдал школьные выпускные экзамены – аналог нашего ЕГЭ. Мечтал с детства стать врачом? Жить не можешь без медицины? Считаешь, что это основа дальнейшего финансового благополучия? Шанс дается всем! Но вот дальше приверженность профессии надо доказать очень тяжелым трудом. На второй курс медицинского факультета Сорбонны переходят только 340 человек. Первокурсников набирается обычно 3,5–4 тысячи человек.

И вот начинаются гонки навывлет! Периодические тесты определяют твое место среди сверстников, надо прийти к финишу, нет, не первым – у первокурсников такой шанс около 1%! Дело в том, что подавляющее большинство этих первых 340 мест составляют те, кто проходит это первый курс повторно. Тут главное – не попасть в конец, последние 1000–1500 студентов отчисляются. Остальные, за исключением нескольких очевидных гениев, остаются на второй круг.

Вот на втором круге и начинается настоящая борьба! Остроту ей придает следующее правило: не прошел со второго раза – вылетаешь окончательно, больше права поступить в медицинскую школу во Франции у тебя нет! Особо упорные уезжают в Бельгию или Швейцарию, пытаются получить диплом там, но уже не дома, закон суров, но это закон! Все это напоминает сюжеты кинобоевиков, типа «Голодные игры». На преподавателей для первого курса французские университеты не тратятся. Все построено на самообучении. За исключение пары невнятных лекций в неделю и промежуточных экзаменов, занятий на факультете нет. Учись сам, как когда-то в СССР заочно. Первый семестр, а отчасти и второй, построен не на попытках научить основам медицины (это уже со второго курса), а на принципах полосы препятствий. Математика, физика, биостатистика, химия – вот где разворачивается поле битвы у претендентов!

В Сорбонне это приняло и вовсе причудливые формы; как мне говорили сами преподаватели, химия и физика на первом курсе там, соответствует по сложности третьему курсу технических университетов! И неважно, что потом физика такого уровня никогда не пригодится, дело тут не собственно в физике! Все построено на отборе особо одаренных и упрямых, слабые духом отсеиваются! В противовес студенты организуются, сами устраивают тесты, объединяются в группы совместного обучения. Шанс есть только у тех, кто работает по 12 (ДВЕНАДЦАТЬ!) часов в день 7 дней в неделю. Каникулы – 1 неделя после самой главной зимней сессии (после нее эти 1,5 тысячи последних и вылетают!). Собственно, медицина начинается со второго курса, там уже и лекции, и клиники, и семинары. Более того, эта мясорубка первого курса обязательна для всех медицинских специальностей. Там вместе и будущие фармацевты, и стоматологи, и акушеры! Разделение происходит только на втором курсе для тех, кто выжил и доказал, чего он стоит. Вот из такого материала готовят врачей во Франции. Как вы думаете, будет такой врач рисковать лицензией, назначая сомнительные препараты или халатно относиться к своей работе?!

Послесловие

Согласитесь, глупо всю жизнь сидеть на диете, заниматься бегом, отказывать себе в удовольствиях ради здорового сердца, чтобы потом умереть от осложнения гриппа или вообще от кори! И только потому, что сограждане не выполняют элементарных превентивных мер, а родители не стали вам делать прививки! Не хочу драматизировать, но повторяю: своей беспечностью мы довели ситуацию с инфекциями до предела! Это как на корабле, получившим пробоину, вода хлынула внутрь, и от людей ее отгораживает только тоненькая перегородка затопленного отсека!

Мы с вами поговорили о разных инфекциях, что-то вы знали, что-то нет. Но вот посмотрите, столько еще заболеваний прямо или косвенно вызываются микробами или вирусами:

1. Онкология желудка (обвиняется гелиобактер пилори).
2. Цирроз и рак печени (вирус гепатитов В и С).
3. Язва желудка и эрозийный гастрит (гелиобактер пилори).
4. Лимфома – лимфогранулематоз (вирус Эпштейна-Барр).
5. Рак шейки матки (вирус папилломы человека).
6. Рак носоглотки (вирус Эпштейна-Барр).
7. Инфаркт и инсульт (хламидии).
8. Камни почек (клебсиела, протеус).
9. Пороки сердца (стрептококк).
10. Артриты (вирусы).
11. Астма (различные микроорганизмы).
12. Ожирение (аденовирус).
13. Заболевания почек – гломерулонефриты (стрептококк).

Далеко не полный список! Совсем недавно врачи обнаружили в бронхах некоторых людей вирус, который в норме встречается только у зеленых водорослей. Казалось бы, ну и что? Дело в том, что этот вирус использовался в экспериментах на крысах. Вирусы вообще могут встраиваться в генетическую систему носителя, меняя её. Вот у этих самых крыс они меняли ее так, что те становились менее сообразительными, что ли: хуже видели, медленнее реагировали, плохо ориентировались...

Заметки на полях

Общеизвестно, что крысы весьма сообразительны. Как-то со мной поделился наблюдением один кладовщик из армейского

продуктового склада. Там стали регулярно пропадать яйца, и он сел в засаду на вора. Оказалось, это крысы! А ведь унести они в лапах яйцо не могут! Катить – тоже нет, форма не совсем круглая... Что они делали: одна крыса ложилась на спинку, крепко обхватывала яйцо всеми четырьмя лапами, а другие тащили её за хвост!

А тут вирус! И теперь вот такая находка уже у людей! Авторы опубликовали результаты под названием «открыт вирус, делающий людей тупее!». Если это соответствует истине, то, как мы все видим, вирус этот распространился очень широко! Мы не так много можем противопоставить агрессивной среде, которая нас окружает. Стрессы, искушения, отсутствие необходимости двигаться, помноженные на усилия пищевой промышленности, табачных и фармакологических компаний...

Но вот с инфекциями бороться и их предупреждать вполне возможно! Нужно внимательное отношение к себе и окружающим людям, правильная оценка ситуации и жесткая организация профилактики (прививки!) и лечения (антибиотики!). Помните, в 20 % онкологических болезней они провоцируются именно инфекциями, воспаление губит наши сосуды, а банальные в недавнем прошлом инфекции выходят в разряд опасных! И «тут нет одной персональной судьбы – все судьбы в единую слиты!». Против инфекций можно выстоять только вместе, тут не запрешься в своей квартире и не отсидишься, если запыляется! Давайте постоянно об этом помнить, и тогда все у нас будет хорошо!

Полезные таблицы

Правила гигиены

МОЙТЕ РУКИ ПОСЛЕ ЛЮБОГО КОНТАКТА
ИСПОЛЬЗУЙТЕ СПЕЦИАЛЬНЫЕ СПИРТОВЫЕ САЛФЕТКИ ИЛИ РАСТВОРЫ ТИПА ЖИДКОГО МЫЛА
ЗАКЛЕИВАЙТЕ МЕЛКИЕ ПОРЕЗЫ И РАНКИ
НЕ КАСАЙТЕСЬ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ
ПРОТИРАЙТЕ СПОРТИВНЫЕ ТРЕНАЖЕРЫ СПИРТОВЫМИ САЛФЕТКАМИ ДО И ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ПРОТИРАЙТЕ ТЕЛЕФОНЫ, ДВЕРНЫЕ РУЧКИ, КЛАВИАТУРУ КОМПЬЮТЕРОВ, ПОВЕРХНОСТЬ СТОЛОВ

Профилактика пищевых отравлений

НИКАКОГО ПАРНОГО МОЛОКА! ТОЛЬКО ПАСТЕРИЗОВАННОЕ!
ОВОЩИ И ФРУКТЫ ПЕРЕД УПОТРЕБЛЕНИЕМ МЫТЬ!
ХОЛОДИЛЬНИК ДОЛЖЕН БЫТЬ ВКЛЮЧЕН ТАК, ЧТОБЫ ТЕМПЕРАТУРА БЫЛА НЕ ВЫШЕ 4,5 ГРАДУСА, МОРОЗИЛКА – НЕ ВЫШЕ МИНУС 18 ГРАДУСОВ
СЫРОЕ МЯСО, РЫБУ И ПТИЦУ ХРАНИТЕ ОТДЕЛЬНО ОТ ДРУГИХ ПРОДУКТОВ
ЯИЦА УПОТРЕБЛЯЙТЕ «ВКРУТУЮ»
НИКОГДА НЕ ОСТАВЛЯЙТЕ УЖЕ ПРИГОТОВЛЕННУЮ ПИЩУ ВНЕ ХОЛОДИЛЬНИКА БОЛЕЕ 2 ЧАСОВ
СЫРУЮ РЫБУ НЕОБХОДИМО ПОТРЕБЛЯТЬ ТОЛЬКО ПРЕДВАРИТЕЛЬНО ЗАМОРОЖЕННУЮ
ТЩАТЕЛЬНО МОЙТЕ РУКИ
ПРОВЕДИТЕ ВАКЦИНАЦИЮ ОТ ГЕПАТИТА А

Профилактика заражения листерией у беременных

ИЗБЕГАТЬ ПОТРЕБЛЯТЬ:
1. МЯГКИЕ СЫРЫ
2. ХОТ-ДОГИ
3. МЯСНУЮ КУЛИНАРИЮ
4. ПАШТЕТЫ
5. КОПЧЕННЫЕ МОРЕПРОДУКТЫ

Антибиотики при беременности

Можно:

все пенициллины, ампициллин, амоксициллин, клиндамицин, линкамицин, эритромицин, азитромицин (сумамед), кларитромицин (клацид), цефалоспорины: роцефин, цефазолин, зинацеф и др.

Нельзя:

аминогликозиды – гентамицин, тетрациклин, доксициклин, ципрофлоксацин – ципро, таваник, бисептол или бактрим, метронидазол – трихопол и другие.

Когда антибиотики не помогают

АНТИБИОТИКИ БЕСПОЛЕЗНЫ ПРИ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.
ОНИ БЕСПОЛЕЗНЫ ПРИ ПРОСТУДЕ, ОРЗ, ГРИППЕ

АНТИБИОТИКИ БЕСПОЛЕЗНЫ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ
БОЛЕЙ В ГОРЛЕ, ОБЫЧНО ОНИ ВЫЗВАНЫ ВИРУСОМ.
СТРЕПТОКОККОВАЯ АНГИНА – ИСКЛЮЧЕНИЕ!

АНТИБИОТИКИ БЕСПОЛЕЗНЫ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ
СИНУСИТОВ И ГАЙМОРИТОВ – ОБЫЧНО ОНИ ВЫЗЫВАЮТСЯ
ВИРУСАМИ

АНТИБИОТИКИ БЕСПОЛЕЗНЫ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ
ОСТРЫХ БРОНХИТОВ – ОБЫЧНО ОНИ ВЫЗЫВАЮТСЯ ВИРУСАМИ

Профилактика грибковых заболеваний кожи

НЕ ПОЛЬЗУЙТЕСЬ ЧУЖИМИ ПОЛОТЕНЦАМИ ИЛИ ОДЕЖДОЙ
СПОРТЗАЛ, БАССЕЙН, ДУШ – ОБЯЗАТЕЛЬНО ИМЕЙТЕ ШЛЕПАНЦЫ ИЛИ ДРУГУЮ ОБУВЬ
ЕСЛИ У ВАС «АТЛЕТИЧЕСКАЯ СТОПА» – ГРИБКОВОЕ ПОРАЖЕНИЕ НОГ – СНАЧАЛА НАДЕВАЙТЕ НОСКИ, А ПОТОМ НИЖНЕЕ БЕЛЬЕ – ТАК ПРЕДОТВРАЩАЕТСЯ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ИНФЕКЦИИ ПО ТЕЛУ ДАЛЬШЕ!
ИЗБЕГАЙТЕ ТЕСНОГО БЕЛЬЯ. МЕНЯЙТЕ ЕГО (И НОСКИ!) МИНИМУМ РАЗ В ДЕНЬ
ЕСЛИ У ВАШИХ ЛЮБИМЦЕВ – СОБАК, КОШЕК – ПОЯВИЛОСЬ ГНЕЗДОВОЕ ВЫПАДЕНИЕ ШЕРСТИ, НЕМЕДЛЕННО НАЧИНАЙТЕ ИХ ЛЕЧИТЬ

Когда иммунитет страдает

НИЗКОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ БЕЛКОВ – ОТСУТСТВИЕ МАТЕРИАЛА ДЛЯ АНТИТЕЛ
ПОСЛЕ ИНФЕКЦИЙ (ОСОБЕННО КОРЬ И ЛЕПРА) – ВРЕМЕННО ПАДАЕТ ОБЩИЙ УРОВЕНЬ ЛИМФОЦИТОВ
ЛИМФОМА – ПОВРЕЖДЕНИЕ ФУНКЦИИ Т-ЛИМФОЦИТОВ
МНОЖЕСТВЕННАЯ МИЕЛОМА – НАРУШЕННЫЙ СИНТЕЗ АНТИТЕЛ
ДАЛЕКО ЗАШЕДШАЯ ОНКОЛОГИЯ – ПОДАВЛЕНИЕ Т-ЛИМФОЦИТОВ
ДИАБЕТ И ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ – ТОЧНЫЙ МЕХАНИЗМ НЕИЗВЕСТЕН, НО ФАКТ НАЛИЦО!
ПОЧТЕННЫЙ ВОЗРАСТ – У НЕКОТОРЫХ СНИЖАЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО Т-ЛИМФОЦИТОВ
БЕРЕМЕННОСТЬ – ТО ЖЕ
ЛЕКАРСТВА: КОРТИКОСТЕРОИДНЫЕ ГОРМОНЫ, ПРОТИВОРАКОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ИММУНОСУПРЕССОРЫ. ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ ОРГАНОВ, РАДИАЦИЯ

Признаки хронического тонзиллита

УТОМЛЯЕМОСТЬ, СЛАБОСТЬ
ПОВЫШЕННАЯ ТЕМПЕРАТУРА
НЕПРИЯТНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ В ГОРЛЕ
ЗАПАХ ИЗО РТА
ГНОЙНЫЕ ПРОБКИ
ЧАСТЫЕ АНГИНЫ
АБСЦЕССЫ

Ангина – осложнения

АБСЦЕСС ЗАГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА
СИНУСИТ- ГАЙМОРИТ
ОТИТ
ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ШЕИ
ВОСПАЛЕНИЕ ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ
РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА
МЕНИНГИТ
СЕПСИС

Гепатит А – симптомы

ЛИХОРАДКА
БОЛЬ В ЖИВОТЕ
ПОТЕРЯ АППЕТИТА
ПОНОС
РВОТА
ПОТЕМНЕНИЕ МОЧИ
ПОЖЕЛТЕНИЕ КОЖИ И ГЛАЗНЫХ БЕЛКОВ

Прививки для взрослых

ПРИВИВКА ОТ СТОЛБНЯКА РАЗ В 10 ЛЕТ
ПРИВИВКА ОТ ПНЕВМОКОККА ЛИЦАМ СТАРШЕ 65 ЛЕТ ПРИ НАЛИЧИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ГИПЕРТОНИЯ, ОБСТРУКТИВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕГКИХ ИЛИ ДИАБЕТ. ТАКЖЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЛИЦАМ С УДАЛЕННОЙ СЕЛЕЗЕНКОЙ
ПРИВИВКА ПРОТИВ ГЕРПЕСА ЗОСТЕР – ЛИЦАМ СТАРШЕ 65 ЛЕТ
ТОМУ, КТО ЕЩЕ НЕ ПРИВИТ, – ПРИВИВКА ОТ ГЕПАТИТА В, МЕНИНГОКОККА
ВСЕМ СТАРШЕ 6 МЕСЯЦЕВ (!) – ЕЖЕГОДНАЯ ПРИВИВКА ОТ ГРИППА
ПРИВИВКА ПРОТИВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА: ДЕВОЧКАМ – С 9 ЛЕТ И ЖЕНЩИНАМ – ДО 26-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА
ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПУТЕШЕСТВИЙ В ДАЛЕКИЕ СТРАНЫ – ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ СОГЛАСНО СУЩЕСТВУЮЩИМ СХЕМАМ

Когда и кому ГРИПП опасен

Когда немедленно обращаться к врачу при ГРИППЕ

ЕСЛИ ПОЯВИЛОСЬ ЗАТРУДНЕНИЕ ДЫХАНИЯ
ЛЮБОЙ СТЕПЕНИ

ЕСЛИ ПОЯВИЛИСЬ СИМПТОМЫ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ:
ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ ПРИ ВСТАВАНИИ С КРОВАТИ, СТАЛИ
ВЫДЕЛЯТЬ МЕНЬШЕ МОЧИ, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ СУХОСТЬ ВО РТУ

ЕСЛИ ПОЯВИЛАСЬ ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ,
НЕПРАВИЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОКРУЖАЮЩЕГО

КОГДА ЕСТЬ НЕУКРОТИМАЯ РВОТА ИЛИ ВЫ НЕСПОСОБНЫ
ПИТЬ В ДОСТАТОЧНОМ КОЛИЧЕСТВЕ

Если дети, то дополнительно

ЕСЛИ ПОЯВИЛСЯ ЦИАНОЗ – СИНЮШНЫЙ ЦВЕТ КОЖИ

ЕСЛИ ПЛАЧЕТ, НО НЕТ СЛЕЗ!

ЕСЛИ ТЕМПЕРАТУРА СОПРОВОЖДАЕТСЯ СЫПЬЮ

ЕСЛИ РЕБЕНОК «ЗАГРУЖЕН» И ПРОСЫПАЕТСЯ НЕОХОТНО

Группа особого риска при гриппе

БЕРЕМЕННЫЕ

ДЕТИ МЛАДШЕ 5 И ОСОБЕННО 2 ЛЕТ

ЛЮДИ СТАРШЕ 65 ЛЕТ

ВЫРАЖЕННОЕ ОЖИРЕНИЕ

БОЛЬНЫЕ ДИАБЕТОМ, ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
СЕРДЦА И ЛЕГКИХ, С ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ,
ОНКОЛОГИЕЙ, СПИДОМ И НЕКОТОРЫМИ ДРУГИМИ

Мононуклеоз

Осложнения

ВОЗБУДИТЕЛЬ ВИРУС ЭПШТЕЙНА-БАРР
СПОСОБЫ ПЕРЕДАЧИ:
ПРИ КОНТАКТЕ ЧЕРЕЗ СЛЮНУ
ЧЕРЕЗ СЕКСУАЛЬНЫЙ КОНТАКТ
ПРИ КОРМЛЕНИИ ГРУДЬЮ

Симптомы

ЛИХОРАДКА
БОЛИ В ГОРЛЕ, БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ГЛОТАНИИ
УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФОУЗЛОВ
У 50–60% УВЕЛИЧЕНА СЕЛЕЗЕНКА
РИСК РАЗРЫВА СЕЛЕЗЕНКИ – ДО 21 ДНЯ ОТ НАЧАЛА БОЛЕЗНИ
ВОЗНИКНОВЕНИЕ СЫПИ ПРИ ПРИЕМЕ АМПИЦИЛЛИНА И ДРУГИХ АНТИБИОТИКОВ
ЛЕЧЕНИЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЕ

Факторы риска при хронических гепатитах

ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ К МУЖСКОМУ ПОЛУ
ВОЗРАСТ ЗАРАЖЕНИЯ 40–45 ЛЕТ
ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ К БЕЛОЙ РАСЕ
ТЕ, КТО ПОЛУЧИЛ ИНФЕКЦИЮ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ ИНФИЦИРОВАННОЙ КРОВИ
НАЛИЧИЕ ДИАБЕТА
НАЛИЧИЕ СОПУТСТВУЮЩЕГО ГЕПАТИТА А ИЛИ В
ОЖИРЕНИЕ
УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ ИЛИ МАРИХУАНЫ
КОФЕ, НАОБОРОТ, СНИЖАЕТ РИСК ПЕРЕХОДА БОЛЕЗНИ В ЦИРРОЗ ИЛИ РАК

Профилактика малярии

<p>ПЕРЕД ПОЕЗДКОЙ В ОБЛАСТИ, ГДЕ ЕСТЬ ВЫСОКИЙ РИСК МАЛЯРИИ, ЗАБЛАГОВРЕМЕННО НАЧАТЬ ПРИНИМАТЬ ПРОТИВОМАЛЯРИЙНЫЕ ПРЕПАРАТЫ</p>
<p>СТАРАТЬСЯ НЕ ВЫХОДИТЬ НА УЛИЦУ ПОСЛЕ НАСТУПЛЕНИЯ ТЕМНОТЫ – ЭТО ВРЕМЯ, КОГДА МАЛЯРИЙНЫЕ КОМАРЫ ВЫХОДЯТ «НА ОХОТУ»</p>
<p>ПОЛЬЗОВАТЬСЯ РЕПЕЛЛЕНТАМИ, ОБРАБАТЫВАТЬ НЕ ТОЛЬКО КОЖУ, НО И ОДЕЖДУ</p>
<p>СПАТЬ ПОД МАРЛЕВЫМ ПОЛОГОМ</p>
<p>ОДЕВАТЬСЯ ТАК, ЧТОБЫ ОСТАВАЛОСЬ КАК МОЖНО МЕНЬШЕ ОТКРЫТЫХ УЧАСТКОВ КОЖИ</p>
<p>ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ЗАРАЖЕНИЕ ПЛАЗМОДИЯМИ МАЛЯРИИ ОСОБЕННО ОПАСНО! ИМ ВООБЩЕ НЕ СЛЕДУЕТ ПОСЕЩАТЬ ОБЛАСТИ ВЫСОКОГО РИСКА!</p>
<p>ПРИ ЛЮБОМ НЕДОМОГАНИИ ОБРАЩАТЬСЯ К ВРАЧУ</p>

Лабораторные маркеры гепатита В (сокращенный вариант)

<p>1. Положителен только HbSAg (Австралийский антиген) и HBc IgM – ранняя, доклиническая фаза инфекции</p>
<p>2. Положителен только HBc IgM – маркер острого гепатита В (так называемая «фаза окна», когда другие маркеры все не определяются)</p>
<p>3. Положителен только Anti HBs и HBc IgG (обратите внимание – не IGM, а IgG!) – фаза выздоровления, перенесенный острый гепатит В</p>
<p>4. Положителен только Anti HBs – перенесенный гепатит в прошлом</p>
<p>5. Положителен только HBc IgG – признак перенесенной вакцинации («ложно-положительный» тест)</p>
<p>6. Положительный HbSAg более 6 мес. – хроническая форма гепатита В. Фазу уточнять определением HBc IgG и AntiHBc</p>
<p>Для подтверждения диагноза – ПЦР (полимеразно-цепная реакция) на ДНК вируса гепатита В</p>