

Анатолий
Бабушкин

Я И МОЕ СЕРДЦЕ

Оригинальная
методика
реабилитации
после
инфаркта



Библиотека здоровья (Весь)

Анатолий Бабушкин

**Я и мое сердце. Оригинальная
методика реабилитации
после инфаркта**

ИГ "Весь"

2008

Бабушкин А. И.

Я и мое сердце. Оригинальная методика реабилитации после инфаркта / А. И. Бабушкин — ИГ "Весь", 2008 — (Библиотека здоровья (Весь))

Автор этой книги – один из немногих людей, победивших инфаркт своими силами. В 59 лет он пережил несколько сердечных приступов и понял, что следующий может стоить ему жизни. Не надеясь ни на кого, он решил лечиться самостоятельно. Досконально изучив работы отечественных и зарубежных врачей-натуропатов, Анатолий Иванович разработал оригинальную методику реабилитации после инфаркта и проверил ее эффективность на себе. Спустя несколько лет врачи подтвердили: Анатолий Бабушкин – здоровый человек, инвалидность у него снята! В этой книге Анатолий Иванович делится своим уникальным опытом и рассказывает о созданной им системе оздоровления, с помощью которой любой желающий сможет не только вовремя распознать болезнь, но и излечить себя самостоятельно. Вы узнаете, как правильно выбирать физические нагрузки при болезнях сердца, как питаться, как грамотно очищать организм и какого образа жизни придерживаться.

© Бабушкин А. И., 2008

© ИГ "Весь", 2008

Содержание

От редакции	6
Часть I	7
Глава 1	7
Коротко о себе	7
Кто я и зачем: немного философии	8
Система кровообращения	10
Моя кровь – не водица	11
Мое сердце – не только насос	13
Самое слабое место – это сосуды	16
Вести от кардиологии	18
Нормативные показатели системы кровообращения и баланса состава крови	20
Глава 2	23
Глава 3	26
Конец ознакомительного фрагмента.	27

Анатолий Бабушкин

Я и мое сердце. Оригинальная методика реабилитации после инфаркта

Все права защищены. Никакая часть электронной версии этой книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, включая размещение в сети Интернет и в корпоративных сетях, для частного и публичного использования без письменного разрешения владельца авторских прав.

От редакции

Инфаркт миокарда не зря называют болезнью века. Стрессы, неуверенность в завтрашнем дне, искусственная пища, лишенная витаминов, курение, недостаток движения – все это приводит к тому, что все чаще на улицах можно видеть мчащуюся с сиреной машину кардиологической скорой помощи. Врачи делают все возможное, чтобы «вытащить» очередного инфарктника с того света. Часто им это удается, но за первым инфарктом следует второй, за ним третий, а там... Да и если все обходится благополучно, то пациента предупреждают: никакой нагрузки, никаких волнений, того берегись, этого опасайся. А может ли быть иначе? Оказывается, может. И подтверждает это книга, которую вы держите в руках.

Ее автор, Анатолий Иванович Бабушкин, пережив тяжелейший инфаркт миокарда, сумел вернуть утраченное здоровье. На основании многочисленных работ по нетрадиционной медицине он разработал систему оздоровления применительно к больным сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Систему А. И. Бабушкина можно по праву назвать образом жизни, так как она охватывает все стороны жизни человека. Здесь и достижение душевного равновесия, и рациональное питание, и очищение организма, и, конечно, физические упражнения.

Почему мы решили издать книгу Анатолия Ивановича? Нам показалось, что пример человека, сумевшего справиться со страшной болезнью, не опустившего перед ней руки, будет полезен многим и многим, оказавшимся в подобной ситуации.

Доброго вам здоровья!

Часть I

Принципы оздоровления

Глава 1

Я и мое сердце

Коротко о себе

Появился на свет в день Рождества Христова 25 декабря 1929 года. Никогда не думал и даже не мечтал дожить до такого возраста, тем более с такой роковой болезнью, как инфаркт миокарда да еще в тяжелой форме. Но несмотря на труднейшие испытания, я довольно-таки успешно перешагнул этот «предельный» возраст, этот знаковый рубеж, на котором большинство мужчин уходят в мир теней.

После школы в 1949 году поступил в военное авиационное училище.

За три года учебы возмужал, окреп, легко переносил физическую нагрузку, бегал 5–10 километров и более, не испытывая особых затруднений. Крепкое здоровье позволило мне затем в течение 20 лет работать военным летчиком морской авиации в трудных условиях Заполярья.

Первые признаки болезни сердца ощутил в возрасте 35 лет. Причиной тому стало переедание. Началось все с борьбы за безопасность полетов. И, как всегда, довели эту борьбу до абсурда. Под любым предлогом полеты отменялись. А питались мы по-прежнему обильно, в основном мясными и мучными продуктами. Можно было бы увеличить физические нагрузки, к примеру, заняться спортом. Куда там – нас посадили за парты, и мы почти безвылазно занимались учебой. И вот тогда многие летчики, в том числе и я, начали жаловаться на боли в области сердца. А что полковой врач? Его возможности ограничивались назначением постельного режима дома или в госпитале. Тогда к профилактике относились весьма прохладно. К этому времени стал приобщаться к курению и к алкоголю. И сразу же ощутил их вредное действие. Но отказаться от привычек уже не мог: не хотел быть «белой вороной». Решил ограничить себя до минимума. Выкуривал в среднем 5–8 сигарет в день, выпивал 600–800 граммов водки в месяц.

В 1966 году на Север прибыла представительная комиссия по отбору летчиков для полетов в космос в качестве командиров экипажей многоместных пилотируемых аппаратов. Отбрали несколько человек, в их число попал и я. Это была великая честь. Но я вынужден был отказаться: мне казалось, что я буду забракован по сердцу. В 1969 году мне исполнилось 40 лет, мой авиационный век заканчивался. Двадцать лет полетов позади.

Третье десятилетие работал в высшем учебном заведении старшим преподавателем. Чтобы стать педагогом, пришлось приложить немало усилий. Вынужденное сидение долгими вечерами, курение, переедание (это тоже стало привычкой), пристрастие к молочным и сладким продуктам – все это сильно повлияло на сердечно-сосудистую систему. При поражении сердечно-сосудистой системы в первую очередь страдают мелкие сосуды. Об этом свидетельствуют следующие признаки: выпадение волос, морщины на лице и шее, появление вздутых вен на ногах и руках, смена цвета кожи в отдельных местах на желто-молочный и т. д. Эти признаки именно в такой последовательности и появились в течение двадцати лет у меня. Только затем стали беспокоить откровенные боли в области сердца. Сначала это были острые, колющие, затем давящие и отдающие в левое плечо боли. Случались и перебои.

И вот наступила пора заканчивать службу, мне пятьдесят восемь лет. Сорок календарных лет, отданных военной авиации. Ну, а как здоровье? Вот диагноз комиссии госпиталя: «Язвенная болезнь желудка, геморрой вне обострения, мочекаменная болезнь в стадии ремиссии, гипертоническая болезнь первой степени, атеросклероз аорты, коронарных сосудов, атеросклеротический кардиосклероз без нарушения коронарного и общего кровообращения, катаракта правого глаза».

В беседе со мной ведущий врач на вопрос, опасно ли все это, ответил, что все эти болезни соответствуют моему возрасту и особой опасности нет. Я успокоился, и жизнь покатила в прежнем русле. Через без малого год, в возрасте пятидесяти девяти лет, сердце мое сдало – инфаркт миокарда. Сначала больница, затем санаторий по реабилитации, снова больница: «Повторный мелкоочаговый инфаркт миокарда переднебоковой стенки, атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз». Инвалид второй группы. Это означало, что я стою у роковой черты. Надо было принимать решение. И я принял его. К тому времени я был готов применить методы лечения врачей-новаторов. Что и сделал.

Как оказалось, это был единственно верный ход. Теперь я здоров. Инвалидность снята. По моей оценке, здоровье восстановлено до 70–80 процентов. Это хорошее достижение.

Кто я и зачем: немного философии

Каждый человек, имея элементарные сведения о себе и о своем сердце, может и должен предотвратить многие сердечно-сосудистые заболевания, особенно такие опасные, как атеросклероз, инфаркт миокарда, инсульт, гангрена ног и др.

Если бы я знал хоть четверть того, что знаю теперь, то никогда бы не допустил первого, тем более второго инфаркта миокарда. Только мое невежество чуть не погубило меня. Теперь даже с тем сердцем, а вернее – с тем остатком от сердца, не допущу третьего инфаркта, так как знаю, что надо делать при появлении тех или иных отклонений от нормы.

Конечно, это не означает, что я нашел эликсир бессмертия. Да и наука пока не обнаружила среди открытых генов гены старения и смерти.

Однако за десять тысячелетий человечество накопило огромную сумму знаний о себе как на системном, так и на элементарном уровнях. На базе этих знаний медицина достигла феноменальных успехов и продолжает развиваться быстрыми темпами.

Астрофизики обещают вскоре раскрыть тайны сотворения и жизни Вселенной, а генетики – в два-три десятилетия создать «сверхчеловека». Похоже на нас надвигается генная революция, целью которой будет человек, его здоровье, его способность к выживанию.

Все это ожидается в будущем – в близком или отдаленном, но в будущем. А нас интересует настоящее время, а именно, чем мы располагаем здесь и сейчас. Какие знания, подходы и способы мы должны использовать, чтобы предупредить и лечить сердечно-сосудистые болезни человека?

Наконец-то повсеместно возобладал подход к человеку как к целостной системе, способной к самообновлению, самовосстановлению, саморегуляции. Человеческий организм как саморазвивающаяся физическая система очень устойчив, то есть вывести его из равновесного состояния очень трудно, хотя при желании возможно.

Способность к устойчивости в данных условиях обитания обеспечивается через триединные формы: тела, души и духа. Каждый человек обладает своим, ему только присущим, телосложением. По телосложению можно определить характер человека, его психофизическую доминанту, его склонности и состояние здоровья на данный момент времени.

Душа человека проявляется через его психику, через эмоции, мысли, замыслы и порывы.

Материальной основой души являются мозг и сердце. Физическое и душевное состояния зависят друг от друга и влияют друг на друга. Беспокойная душа заставляет тело действовать с

большими физическими и эмоциональными перегрузками, что выводит организм из состояния равновесия и приводит к нарушению обменных процессов. И наоборот, умиротворенная душа ведет к покою, к безразличию, к застою, что тоже выводит организм из состояния равновесия, но уже в другую сторону, в сторону тучности и лени.

Дух человека – это его энергоинформационные поля. Эти поля представляют собой объемные фигуры, повторяющие в общем объеме и контуры тела человека и имеющие определенные параметры: частоту, напряжение, амплитуду, интенсивность, границы, дыры и выпуклости и т. д. Энергоинформационные поля создаются физическим телом человека и, предположительно, Высшим Разумом. Если измерить эти параметры и при необходимости подкорректировать их, то можно существенно поправить здоровье. Что и продемонстрировали ученые Москвы на своей установке «Биокристалл» в 1999 году.

Возникает вопрос: можем ли мы как-то воздействовать на эти три формы существования человека, если да, то как? Можем и должны! В этом я твердо уверен, опираясь на свой более чем десятилетний опыт борьбы со своими недугами. Менее доступен дух. Но я знаю человека, и поныне живущего в нашем селе, обладающего необыкновенно интенсивным тепловым полем, хотя температура его тела нормальная. Тепло излучается со всех точек его тела на расстояние, как он сам говорит, до метра. Он лечил мое сердце, пораженное инфарктом, всего один раз: одну руку приложил к области сердца спереди, вторую руку – со стороны спины. Через 1–2 минуты я почувствовал, как необыкновенное тепло полилось внутрь грудной клетки мощным потоком. В области сердца наступили покой и благодать. Организм в целом получил мощный заряд бодрости. С моим сердцем все будет в порядке в течение 6 лет. В то же время в эти годы я искал и испытывал на себе другие средства, о чем будет сказано дальше.

Всемирная организация здравоохранения так определила понятие «здоровье»: здоровье – это состояние полного душевного, физического и социального благополучия.

Прежде чем приступить к лечению болезней тела, необходимо позаботиться о своем душевном состоянии. Метод простой – надо успокоиться, перестать метаться и суетиться, снизить уровень требований к себе и к окружающим тебя людям, научиться многое прощать и окружать себя и близких любовью. Для достижения этого вначале надо избавиться от тревожных мыслей и тяжких раздумий, переводя внимание на ощущения или на дыхание. Подробнее об этом – в других главах.

Чтобы восстановить физическое состояние есть два пути: 1) прием лекарств и пищевых добавок; 2) мобилизация естественных защитных сил организма. Мудро поступит тот человек, который в разумной пропорции использует оба пути одновременно. В период развития болезни сердца я этого не знал, точнее, очень смутно все это представлял. Поэтому с моей стороны решительных шагов предпринято не было. А ведь достаточно было изменить свой «сумасшедший» образ жизни на здоровый, остановиться и успокоиться, как все пришло бы в норму. Правда, в отдельных случаях, когда болезнь органа далеко и глубоко зашла и приняла необратимую форму, наши усилия будут запоздалыми и только специалисты-медики в состоянии что-то сделать и то не всегда.

Подведем итоги к сказанному. Если коротко, то первый и главный итог лучше всех выразил директор центра репродукции человека Акопян.

«Безусловно, медицина может многое. Но нельзя забывать: программа жизни человека только на 15 процентов определяется уровнем здравоохранения, на 20 процентов – генами, а на оставшиеся 65 процентов – образом жизни. Ни в одном существе нет таких саморазрушающих тенденций, как в человеке. Курение, алкоголь, половые извращения (добавим от себя – наркотики и плохие условия обитания) привлекательны только для „венца творения“. Думаю, поменяв некоторые внутренние мотивации и подкорректировав образ жизни, можно вдвое растянуть прогулку по Земле. Кстати, для нас, по сравнению с жившими в XIX веке, она уже увеличилась именно вдвое».

Это очень верная мысль, теперь так думает большинство российских медиков. Вот, мои дорогие, мы и определили стратегическое направление лечения сердечно-сосудистых болезней – образ жизни и условия обитания. Вот где скрыты наши резервы здоровья и всей нашей жизни. В дальнейшем мы будем придерживаться этой стратегии, которая четко определяет и тактику лечения.

И, наконец, второй итог. Цель нашего бытия так определил великий поэт:

Не для житейского волненья,
Не для корысти, не для битв,
Мы рождены для вдохновенья,
Для сладких звуков и молитв.

Система кровообращения

Система кровообращения (или сердечно-сосудистая система) – это прежде всего кровь, сердце и сосуды, а также много других органов, которые обеспечивают ее деятельность (костный мозг, печень, селезенка, нервы и другие). В составе системы кровообращения имеется три нагнетающе-отсасывающих органа: это сердце и крупные сосуды, периферийная подсистема кровообращения и диафрагма.

Сердце и сосуды гонят кровь под давлением, периферийная система отсасывает кровь на себя под воздействием мышечных вибраций и ультразвуковых колебаний, диафрагма гонит венозную кровь под воздействием раздражений и поддавливаний. Печень, вибрируя, помогает общей циркуляции крови; точно так же действуют скелетные и другие мышцы. Но главная роль в этой системе насосов принадлежит все-таки сердцу.



Схема строения сердца

Сердце – это небольшой полый мышечный орган массой всего-то 250–300 граммов, состоящий из четырех слоев. Средний слой – миокард – отвечает за перекачивание крови.

Сердце разделено на две половины, не сообщающиеся между собой. В верхней части обеих половин расположены правое и левое предсердия, в нижней – правый и левый желудочки. В правую половину поступает венозная кровь, в левую – артериальная. Венозная кровь со всех частей тела через две полые вены поступает в правое предсердие. Из него венозная кровь перекачивается в правый желудочек, который нагнетает эту кровь в легочную артерию. Легочная артерия дает начало малому кругу кровообращения. По этому кругу венозная кровь поступает в систему легочных капилляров, где она отдает углекислый газ и насыщается кислородом, превращаясь из венозной в артериальную.

Из легких артериальная кровь откачивается левым предсердием по четырем легочным венам. Из левого предсердия кровь перекачивается в левый желудочек, а уж из него в аорту,

которая и есть начало большого круга кровообращения. По большому кругу кровообращения артериальная кровь доставляется во все органы и части тела.

Аорта разветвляется на большое число крупных и средних артерий, а они на тысячи мелких артерий, которые в свою очередь распадаются на бесчисленное множество капилляров. Стенки капилляров обладают высокой проницаемостью, благодаря чему питательные вещества и кислород переходят через стенку капилляров в межклеточную жидкость, а затем в клетки. Клетки отдают в ту же межклеточную жидкость углекислый газ и шлаки, которые поступают в капилляры и уносятся кровью.

В итоге кровь становится венозной, то есть загруженной углекислотой и шлаками. Эта венозная кровь по мельчайшим венам, а затем по более крупным попадает в правое предсердие. Этот круговорот повторяется снова и снова. Время обращения всей крови (5 литров) по всему кругу в покое равно одной минуте, при беге трусцой оно составляет 15–20 секунд.

Моя кровь – не водица

Кровь – главнейшая и важнейшая часть системы кровообращения. Она состоит из плазмы и форменных элементов. Плазма – это, по сути, на 80 процентов вода и растворенные в ней соли, белки, жиры и углеводы. Вода – основа крови. Она уравнивает физическую составляющую, то есть противодействует силам тяготения и атмосферного давления, создавая условия для функционирования клеток самой крови и всего организма. Кроме того вода в виде этой плазмы обладает памятью и информационной энергией, что дает возможность управлять живыми клетками крови. Поэтому каждая клетка крови знает, куда ей двигаться и что туда доставить.

Отметим также, что вода, соли, жиры, белки и углеводы обеспечивают высокую текучесть крови. Отклонениями от нормы являются густая или сверхтекучая кровь. Густая кровь образуется или при высокой концентрации солей, или при давлении в жаркую погоду, или при сухом голодании. Объективными показателями являются повышенное давление, опухлости ног и появление жажды.

Сверхтекучая кровь образуется при низком содержании солей. Воды много, а солей мало – кровь жидкая и очень подвижная. Растворяются зубы, слабеют кости, уменьшается давление. Достаточно восстановить солевой баланс, и все придет в норму.

В плазме крови живут и активно действуют такие белковые тела и клетки, как альбумины, глобулины, фибриногены, эритроциты, лейкоциты и тромбоциты.

Альбумины – это транспортные средства для питательных веществ. Эти белки везут пищу от пищеварительного тракта до мест назначения. В плазме крови расположены незримые колеи, маршруты, по которым точно к месту и точно по времени доставляется пища для клеток и производится уборка шлаков через выделительные системы. К примеру, ко всем 800 мышцам человека они везут гликоген и обратно отходы – молочную кислоту.

Глобулины – это очень активные представители иммунной системы, наши защитники и разведчики. Как только в кровь попадают болезнетворные бактерии или молекулы чуждых веществ, белки глобулины, не мешкая, присоединяются к этим «чужакам» и, оставаясь на их борту, дают сигнал лейкоцитам на его уничтожение. Ближайшие лейкоциты немедленно сближаются с врагом и уничтожают его.

В плазме крови есть еще и особые безъядерные живые клетки – тромбоциты, похожие на пластинки. Они организуют свертывание крови в тромб (пробку), которая используется для закрытия и заживления мелких разрывов, порезов кровеносных сосудов и ран на теле. В качестве строительного материала тромбоциты используют белок фибриноген. Их в крови очень много, примерно 250 000 на кубический миллилитр крови. Живут они всего 8–10 дней, но быстро воспроизводятся. Тромбоциты с переносимым на своей поверхности фибриногеном

в определенных условиях могут сыграть злую шутку – организовать тромб в узком склерозированном участке сосуда сердца, мозга, желудка, ног и т. д. Это ведет к инфарктам сердца, инсультам, язвам желудка, к гангрене ног и т. д. Очень положительна роль тромбоцитов с белком фибриногеном в борьбе с аневризмами сосудов. Аневризма сосуда – это место утончения стенки сосуда, где под давлением крови образуется вздутие, которое начинает кровоточить и в конце концов разрывается. Если это случается в мозгу, то возникает инсульт, если в сердце – микроинфаркт, если в заднем проходе – геморрой.

Аневризмы – это мины замедленного действия, они очень опасны, особенно для мозга. В голове человека к 50 годам таких «мин» может образоваться до десятка. Так вот, как только вздутие начинает кровоточить, фибриноген очень быстро тромбирует этот участок сосуда и опасность ликвидируется. Но бывают случаи, когда тромбоциты не успевают затромбировать фибриногеном аневризму до ее разрыва, тогда возникает инфаркт.

И, наконец, об эритроцитах. *Эритроциты* – это тоже живые безъядерные клетки, активные и, благодаря своему гемоглобину, основные участники газообмена. Они, как и белки-альбумины для питательных веществ, являются транспортными средствами, но для доставки кислорода до всех клеток организма и вывода углекислого газа на выдохе из легких, а также через кожу наружу. Если альбумины могут особенно не спешить (человек без пищи может прожить от 30 до 60 дней, а иногда и больше), то эритроциты должны бесперебойно снабжать организм, особенно сердце и мозг, кислородом (ведь человек без кислорода может прожить не более 5–8 минут).

Такое снабжение достигается огромным числом эритроцитов, выбрасываемых в кровь костной тканью – их в одном кубическом миллилитре крови от 4,5 до 6,5 миллионов, – и большой площадью легочной ткани. Итак, главная задача эритроцитов – кислород внутрь, углекислый газ наружу. Так думали все и очень долго. Но появились люди, которые не без основания считают, что вымывать из организма всю углекислоту очень плохо, что глубокое дыхание, особенно при болях в сердце, вредно и даже опасно. Ученые-медики проверили этот вывод и обнаружили, что действительно существует определенная связь между способом дыхания и психофизическим состоянием человека. Если делать приятную паузу после выдоха, то наступает расслабление и успокоение, расширяются сосуды, исчезают боли в сердце. И, напротив, при появлении болей в области сердца глубокое дыхание ведет к усилению болей, так как сосуды сужаются.

В свете этих важных наблюдений посмотрим на действия эритроцитов. Эритроциты – это приплюснутые с двух сторон пузырьки, окруженные липидно-белковой мембраной и наполненные цитоплазмой. Эти клетки не имеют ядра. В цитоплазме на месте ядра содержится много гемоглобина, состоящего из гем. Гем – это первичная молекула гемоглобина с атомом железа в центре, способная обратимо связывать кислород и углекислый газ. Когда эритроцит попадает в легкое или в кожу, где много кислорода, то он захватывает молекулы кислорода, а затем, двигаясь по руслу и попав в область, где много углекислого газа, отдает кислород и загружается молекулами углекислого газа. Такова упрощенная схема газообмена. На самом деле эти процессы более сложные, здесь еще много тайн и вопросов.

Эритроциты зарождаются в основном в костном мозге, масса которого где-то около 2 килограммов. Ежедневно костный мозг производит на свет 200 млрд эритроцитов. При рождении эритроциты имеют ядро, а затем при движении в сторону кровеносного русла их встречают гемы, которые проникают внутрь «пузырька» клетки и разрушают ядро. Лишенные ядра, эритроциты теряют способность делиться, и поэтому живут всего 100–120 дней. В связи с этим содержание гемоглобина в крови является важнейшим показателем. В норме его должно быть 130–160 граммов на литр.

Для здоровья опасно снижение гемоглобина ниже 100. Это уже болезнь – малокровие (анемия). Причиной малокровия могут быть, скорей всего, кровопотери, агрессивный кисло-

род (кровоизлияние) и реже – нехватка железа в пище, витамина В₁₂ и фолиевой кислоты. В старости костный мозг постепенно превращается в жировую ткань и организм погибает.

Есть еще проблема, связанная с газообменом в целом. В крупных городах, в аэропортах, на станциях метрополитена, на железной дороге, в квартирах, где установлены телевизоры и компьютеры и т. д., наряду с нормальной природной формой кислорода (ПФК) скапливается агрессивная его форма (АФК). Кислород в агрессивную свою форму преобразуется от трения воздуха о металлические поверхности движущихся объектов (автомобилей, самолетов, поездов), а также при работе электронных приборов. В результате такого взаимодействия молекулы кислорода теряют некоторую часть электронов, что увеличивает их положительные заряды и усиливает их агрессивность, то есть способность связываться очень прочно с гемами крови. Поэтому часть эритроцитов не может избавиться от кислорода, выпадает из газообмена и гибнет. Это ведет к малокровию и к кислородной недостаточности.

Самым эффективным средством пополнения ПФК является грозовая деятельность в атмосфере. Это мощный природный производитель нормального кислорода и озона. При грозе дышится легко и приятно. Люди давно мечтали иметь у себя дома приборы для улучшения качества воздуха. Профессор Чижевский очень близко подошел к решению этой задачи, но ему помешали. Сейчас уже созданы бытовые озонаторы воздуха. Проблема заключалась в том, чтобы между обкладками создать огромное напряжение, чтобы вызвать появление свободных электронов в атмосфере, как при грозе.

Что еще можно предпринять? К примеру, принимать антиоксиданты или задерживать дыхание после выдоха. В углекислой среде есть небольшое число свободных электронов, которое частично нейтрализует агрессивность АФК.

Лейкоциты – это клетки, обладающие способностью уничтожать чужеродные существа и вещества в крови. Они действуют совместно с глобулинами. Глобулины ведут поиск врагов, а лейкоциты их уничтожают. Лейкоциты зарождаются в костном мозгу, живут недолго, всего одни сутки. В одном кубическом миллилитре крови в норме их должно быть около 7 000.

Итак, наша кровь – это живая жидкость, основа жизни человека, поэтому она должна быть хорошо сбалансированной, а, следовательно, здоровой.

Мое сердце – не только насос

Народная молва приписывает сердцу необыкновенные свойства. В песнях, стихах и в прозе сердце бывает любящим, добрым, злым, трусливым, чистым, горячим, холодным... Каких только эпитетов не услышишь на этот счет! И в этом есть большая доля правды – все-таки сердце и мозг составляют материальную основу души человека. Сердце чутко реагирует на все жизненные события и активно участвует в эмоциональном отклике на них. В то же время сердце – это насос, который поддерживает постоянную циркуляцию крови в организме. Здоровое сердце в среднем в покое сокращается 65–75 раз в минуту, то есть совершает около 100 тысяч сокращений в день, прокачивает через себя около 300 литров крови в час и около 10 тонн в сутки. При большой нагрузке это количество увеличивается в 5 раз.

Остановимся на некоторых характерных особенностях этого удивительного и полного тайн человеческого органа. Прежде всего, сердце – это самый надежный и долговечный орган, обладающий высокой степенью самостоятельности (автономией). Если сердце хорошо подпитывается питательными веществами и кислородом и не загоняет в бешеной скачке, то оно будет работать исправно долгие годы. Можно смело сказать, что 120–150 лет, о чем мечтают наши ученые, для сердца нашего не рубеж. Сердце способно работать и тогда, когда мозг гибнет. Медики иногда наблюдают такие случаи – человек в коме, а сердце еще бьется, мозг уже погиб, а сердце продолжает работать.

Иногда говорят, вот человек жил-поживал и никогда не жаловался на сердце, а оно внезапно остановилось и он умер. Это неправда, вернее, не вся правда. Да, действительно, бывали случаи внезапной смерти. На льду Лейк-Плэсида погиб 28-летний чемпион мира по фигурному катанию Сергей Гриньков. Также очень рано скончался в постели выдающийся хоккеист Александр Осадчий. Тому виною были ранний атеросклероз сосудов сердца и сбои в вегетативной нервной системе. Но в большинстве случаев сердце, когда ему хоть чуть-чуть плохо, подает в мозг сигналы тревоги, человек эти сигналы четко воспринимает в виде нечастых болей в области сердца при физических нагрузках. При уменьшении этих нагрузок или отдыхе эти боли быстро проходят. Как правило, этим болям человек не придает значения, тем более что диагностические средства (ЭКГ, анализ крови, УЗИ сердца и др.) не могут определить надвигающейся беды. Врачи на всякий случай пишут диагноз ИБС (ишемическая болезнь сердца), и они правы: лучше насторожить человека, чем промолчать. Затем сердце вызывает боли уже в покое с их отдачей то в шею, то в челюсть, то в левое плечо и в левую руку. Но человек и к этим болям привыкает и ничего не предпринимает, тем более что ЭКГ и УЗИ ничего плохого не регистрируют. В этом суть опасности. Мое сердце, спортивное и мощное, в возрасте 35 лет впервые подало сигнал бедствия, и я знаю отчего: я много ел жирной пищи, а физически трудился мало.

Особенно четко и быстро сердце реагирует на внутренние потребности и аварийные сигналы. Эту реакцию можно обнаружить через такие параметры, как частота сердечных сокращений (ЧСС), ударный объем и давление крови.

Ударный объем, то есть сила сердца в покое, у тренированного человека составляет 150–200 граммов (стакан крови) за одно сокращение, а у нетренированного – 40–60 граммов. Пульс (ЧСС) соответственно 40–60 и 75–95 ударов в минуту. У нетренированного человека низкий ударный объем компенсируется повышенным пульсом. Это и есть характеристика слабого сердца, которое при тяжелых инфарктах гибнет чаще, чем сильное сердце.

Как определить, какой у вас ударный объем сердца и каков коэффициент жизненного резерва? Для этого мы перейдем к более универсальному показателю – минутному ударному объему и обратимся к *табл. 1*, в которой даны показатели по результатам исследований Кеннета Купера в 1976 году.

Таблица 1

Степень тренированности организма по Куперу

Степень тренированности	Максимальное потребление кислорода O_2 (мл) на кг массы тела в минуту	Ударный объем при умеренной нагрузке (л/мин)	Коэффициент резерва (отношение масс выброса к выбросу покоя)
Отлично	Более 50–60	20–30	5–6
Хорошо	43–53	16–20	4–5
Удовлетворительно	35–42	13–16	3–4
Плохо	25–34	9–13	2–3
Очень плохо	Менее 25	Менее 9	Менее 2

Эта таблица составлена для 30-летних мужчин и женщин. Для людей старшего возраста Купер снижает требования на пять процентов на каждые 10 лет жизни. Как этой таблицей пользоваться? Рассмотрим пример.

Учитывая мой возраст, снизим требования. Получим поправку 0,8. Тогда эта таблица для меня будет выглядеть так.

Отлично	44	20,0	4,4
Хорошо	38	14,0	3,6
Удовлетворительно	31	11,6	2,8
Плохо	22	8,0	2,0
Очень плохо	16	7,5	1,6

Выполняю бег на месте. Я способен без болей в сердце (усталости) пробежать 5 минут, а должен был в этом возрасте свободно пробежать 7 минут (см. табл. 3), тогда ($5: 7 \approx 0,7$) сердечный выброс у меня оказался ниже на 30 процентов, по сравнению с человеком, у кого сердце здоровое. На «отлично» в этом возрасте ударный объем составляет 20 литров в минуту, тогда с учетом состояния моего сердца получим $20 \times 0,7 = 14$ л/мин, что соответствует оценке «хорошо». Действительно, я чувствую себя на данный момент времени хорошо. С таким сердцем можно прожить долго, умеренно трудясь.

С учетом того, что сердце любит, когда его тренируют, можно с помощью бега трусцой увеличить время с 5 мин. до 7 и даже до 10 мин., а такое у меня бывало не единожды. Поэтому я периодически перемещался в графу «отлично». Для начинающего «инфарктника» лучше начинать с ходьбы. А что такое коэффициент резерва? У меня коэффициент резерва составляет 3,6–4,4. Это означает, что я достаточно вынослив, то есть смело могу себя нагружать умеренной физической работой, а не лежать на диване и страдать.

Этот показатель удачно связал ударный объем левого желудочка с пульсом. Отметим в связи с этим такую зависимость. Кровеносная система в целом стремится к пульсу в покое 65–75 уд./мин и выбросу крови из левого желудочка – примерно половину своего объема за одно сокращение (75–100 граммов). Эти цифры есть характеристика устойчивого (равновесного) состояния кровообращения. При увеличении нагрузки сначала увеличивается ударный объем, и как только он достигнет за одно сокращение своего максимума (200 граммов), начинает увеличиваться пульс (до 200 уд./мин). Поэтому при появлении болей в области сердца следует немедленно уменьшить физическую нагрузку и принять сидячее или лежащее положение. При этом пульс может еще держаться, а ударный объем крови быстро уменьшится и боли утихнут.

Второй важнейший параметр – это пульс. В положении сидя можно приблизительно оценить свое сердце. У мужчин в покое, если он реже 50 ударов в минуту – «отлично», реже 65 – «хорошо», 65–75 – «удовлетворительно», свыше 80 – «плохо». Я сейчас проверил свой пульс, он оказался равен 64 ударам в минуту. Это соответствует оценке «хорошо». Эта оценка совпала с оценкой ударного объема, что прибавило мне оптимизма. Для женщин и юношей этот показатель увеличивается на 5 ударов в минуту.

Более точно оценить работу сердца можно под нагрузкой (проба с приседаниями по Янкевичу). Встаньте в основную стойку, поставив ноги вместе, сосчитайте пульс. В медленном темпе сделайте 20 приседаний, поднимая руки вперед, сохраняя корпус прямым и широко разводя колени в стороны. Пожилым и слабым людям, приседая, можно держаться руками за спинку стула или край стола. Эту пробу надо делать между приемами пищи, не ранее чем за 1,5 часа после ее приема.

После выполнения приседаний снова сосчитайте пульс. Превышение числа ударов пульса после нагрузки на 25 процентов и менее – «отлично», от 25 до 50 процентов – «хорошо», 50–75 процентов – «удовлетворительно» и свыше 75 процентов – «плохо». Увеличение пульса вдвое и более указывает на чрезмерную детренированность сердца, или на очень высокую возбудимость, или на заболевание.

Есть еще один важный показатель – давление крови. Этот показатель универсальный и зависит от исправной работы нескольких органов: сердца, сосудов, почек, печени, легких, диафрагмы и др. Сердце только поддавливает кровь, обеспечивая движение по крупным и средним сосудам, далее кровь движется под воздействием периферийного кровообращения. Сердечное и периферийное кровообращения действуют согласованно. Показателем их согласованной работы является постоянное значение давления в покое в крупных артериях 115–140/60–80. При сильном возбуждении – до 200/120. Затем давление падает.

Как только периферийное кровообращение замедляется (густая кровь), повышается нижнее, а затем и верхнее значения давления. При убыстрении периферийного кровотока давление нормализуется в указанных границах. Это нормальная реакция сердца.

Некоторые органы навязывают сердцу режим повышенного давления. Такое часто случается при затруднениях в очищении и фильтрации крови не только в почках, но и в печени, селезенке и легких.

Самое слабое место – это сосуды

Общая протяженность кровеносных сосудов огромна и достигает до 100 тысяч километров. В сосудах и в сердце содержится в среднем 5 литров крови. Сосуды должны обеспечить постоянное движение крови с минимальным противодействием (сопротивлением). Скорость движения должна быть такой, чтобы полный оборот крови по большому кругу составлял не больше одной минуты в состоянии покоя, а при максимальных нагрузках – 5–6 оборотов в минуту. Замедление течения крови, застой, тем более остановки, недопустимы, так как они ведут к функциональным нарушениям работы органов и даже частей тела.

Кровь движется по артериям, венам и капиллярам. Артерии помогают сердцу проталкивать кровь в периферийное русло. В момент сердечного толчка артерии растягиваются и расширяются, принимая целый стакан крови, а в момент сердечной паузы они сжимаются волнообразно и толкают кровь в мелкие сосуды и капилляры.

Количество капилляров огромно, природа предусмотрела многократный резерв этих сосудов. В покое задействована меньшая часть капилляров, остальные закрыты и находятся в готовности. Резерв используется при увеличении физических нагрузок и в аварийных условиях. Мелкие сосуды и капилляры составляют периферийную систему кровообращения, движение по которой происходит под воздействием ультразвуковых колебаний и вибрационных толчков. В этой системе давление крови не является движущей силой, оно служит для поддержания формы сосудов и тела.

Если сердце и артерии – это нагнетающий насос, то «периферийное сердце» (капилляры) – это откачивающий насос. Периферийные сосуды тянут кровь на себя с огромной силой и с такой же силой проталкивают кровь дальше в венулы и вены. При движении по капиллярам происходит обмен: питательные вещества и кислород поступают в межклеточную жидкость, а оттуда в клетки, а шлаки и углекислый газ из клеток через ту же межклеточную жидкость в кровь, так артериальная кровь превращается в венозную.

Иногда под воздействием каких-то сил капилляры сильно расширяются, тогда часть плазмы с эритроцитами оказывается в межклеточной жидкости (опухают ноги, мешки под глазами). Объем межклеточной жидкости растет, а объем венозной крови падает. Возникает дисбаланс: в предсердия поступает меньше крови, чем уходит через желудочки. Сердце пустеет,

голодает миокард (сердечная мышца) и мозг. Появляются боли в сердце, увеличивается утомляемость организма, появляется головокружение.

Надо отметить, что капилляры очень быстро растут, заменяя погибшие при ранениях, и так же быстро гибнут и рассасываются при атеросклерозе. При уплотнении капилляров проницаемость стенок снижается, обмен ухудшается, клетки тканей голодают и быстро утомляются. Чаще всего это явление (атеросклероз) начинается в ногах. Ноги болят при ходьбе. Кожа в этих местах становится бело-желтой. Чтобы спасти ноги, надо подключить резервные капилляры и вырастить новые (диета, бег, ходьба, баня, грелки, ванны).

Венозная кровь по пути очищается сначала в почках, затем в печени, селезенке и легких. Кровь по венам движется под воздействием трех сил: под давлением, создаваемым самими венами, под ударными воздействиями мускулатуры тела и под воздействием отсасывающего усилия правого предсердия. В отличие от артерий, вены имеют внутренние клапаны, которые пропускают кровь только в одном направлении, в сторону сердца. Причем скорость движения крови в венах достаточная, чтобы не возник дисбаланс.

Вены тоже подвержены атеросклерозу, так же могут уплотняться и терять свою эластичность. В этом случае кровь замедляет ход, густеет, а сами сосуды растягиваются и набухают, выступая под кожей в виде синюшных трасс. Это явление ведет к тому же дисбалансу между объемами крови перед входом в сердце и выходом из него, а также к тромбозу. Многие кардиологи полагают, что именно отсюда, из ножных вен, идет «обстрел» тромбами прежде всего сердца, а также легких и мозга.

И, наконец, обратим особое внимание на коронарные (венечные) сосуды в самом сердце. Наше сердце обильно снабжается кровью, которая поступает вначале в огибающую верхнюю артерию (похожую на венец или корону), а от нее в три магистральных ответвления. Между магистральными ответвлениями существует коллатеральная сеть мелких сосудов и капилляров. Так что надежность кровоснабжения сердца природой обеспечена полностью. Но сами сосуды, к сожалению, являются наиболее слабым местом в организме человека и в том числе в сердце. Поскольку коронарные сосуды являются конечными, то туда и залетают различные отходы жизнедеятельности нашей крови (тромбы, сгустки, слизь и т. д.). Если коронарные сосуды здоровы, то эти отходы быстро рассасываются и выводятся из организма. Беда приходит при поражении коронарных сосудов атеросклерозом, когда сосуды уплотняются, теряют эластичность и сужаются, а сердечная мышца переходит в режим голодания. Так возникает ишемическая болезнь сердца (ИБС). Когда человек ест много жирной пищи, то в крови, наряду с твердым холестерином, очень полезным для сосудов липидом, появляется рыхлый холестерин, очень вредный для сосудов в большом количестве. Рыхлый холестерин, проникнув в венозную артерию, образует бляшки, которые еще больше препятствуют кровотоку. Шероховатая поверхность бляшки внутри коронарного сосуда создает условия, способствующие формированию пристеночного тромба. Опасность состоит в том, что он, оторвавшись от стенки сосуда, попадает в одно из магистральных ответвлений, отключая его частично или полностью от кровоснабжения, что ведет к острому сердечному приступу или к инфаркту миокарда.

Следует заметить, что при медленном течении ИБС даже закупорка всех трех магистральных ответвлений может не привести к инфаркту миокарда, так как коллатеральное кровоснабжение успевает полностью заменить больные сосуды. Трагедия происходит при быстром течении ИБС, когда происходит внезапная закупорка даже одной из трех артерий. А чтобы коллатеральное кровообращение хорошо развить, надо тренировать сердце и добиваться коэффициента резерва 4–5. Тогда шансы на спасение увеличиваются в несколько раз.

В заключение укажем на пять самых сложных болезней сосудов.

Первая болезнь

Сужение сосудов в склерозированных участках, что ведет к замедлению движения крови, в конечном счете – к быстрой утомляемости; при закупорках в этих местах – к гибели отдельных частей (инфаркт, инсульт, язва желудка, гангрена и т. д.) или всего организма.

Вторая болезнь

Вздутия сосудов на отдельных утонченных участках (аневризмы), что ведет к кровопотерям при разрывах, если вздутия располагаются на мелких сосудах; к тяжелым поражениям (инсульт, инфаркт, язва и т. д.) или к смерти, если вздутия располагаются и разрываются на крупных сосудах.

Третья болезнь

Падение силы сократительных толчков крупных и средних сосудов из-за потери эластичности на больших участках, что ведет к уменьшению нижнего и к росту верхнего давления, в конечном счете учащается пульс и быстро изнашивается сердце. Попутно отметим, если сердце слабое, а сосуды довольно сильные, то нижнее давление приближается к верхнему, при малой разнице между ними сердце может внезапно остановиться. Поэтому опасно именно сближение этих значений давления, но не наоборот, их расхождение. В первом случае человек может прожить долго: сердце изнашивается медленно, если не поражено инфарктом, во втором случае очень быстро может наступить катастрофа.

Четвертая болезнь

Увеличенная проницаемость капилляров, что ведет к уменьшению объема крови и к опуханию отдельных частей тела, в конечном счете – к слабости и к головокружениям.

Пятая болезнь

С возрастом капилляров гибнет больше, чем растет новых. Первым признаком этого явления являются морщины на лице, шее; пустоватые «мешки» в некоторых частях тела. Затем появляются всеобщая дряблость и усыхание.

Как поддерживать свои кровеносные сосуды в рабочем состоянии, расскажем в следующих главах, а сейчас перейдем к новостям кардиологии.

Вести от кардиологии

Прежде всего отметим, что операции по замене склерозированных участков коронарных сосудов в сердце (операции по шунтированию) нашли широкое распространение в нашей стране. Правда, в настоящее время не каждый кардиологический больной имеет возможность сделать такую операцию. Но в скором будущем такую помощь может получить любой нуждающийся. Эта операция не есть панацея, так как не может приостановить гибель других участков коронарных сосудов. Кроме того, она сильно ослабляет организм человека в связи с вскрытием грудной клетки. В процессе выполнения операции по шунтированию может быть удалена аневризма сосуда.

Недавно нашу страну облетела весть о том, что в клинике Нижнекамска кардиохирург Ю. М. Ишенин делает на сердце уникальные операции под названием «туннелирование» (от слова «туннель»). Делается она так. Хирург тубусным скальпелем осторожно входит в верхушку левого желудочка сердца и в миокарде, в области рубца (после перенесенного инфаркта миокарда), прокалывает каналы веером от тубуса. В каналы устремляется кровь. Затем тубусный скальпель извлекается, а отверстие от него зашивается П-образным швом. Кровопотери невелики, в переливании крови нет надобности. Такие благотворные разрушения в миокарде ведут к быстрому росту капилляров и замедлению роста соединительной ткани. Результат очевиден – человек быстро идет на поправку и возвращается к труду. Операция осуществляется без вскрытия грудной клетки. Оказывается, что такие операции с неменьшим успехом выполняются на печени, в мышцах и даже в головном мозге.

Другая добрая весть пришла от американского ученого М. Иснера, который обнаружил в организме человека специфическую субстанцию, названную «фактором роста эндотелия сосудов». Это целая группа генов, расположенных на участке молекулы ДНК. По сигналу этих генов от пораженных атеросклерозом (и потому непроходимых для крови участков артерий) вырастают новые сосуды, и кровоток восстанавливается в обход заблокированного участка. А как мы видели выше, этого результата достигали с помощью операции по шунтированию, но по более дорогой цене. Через несколько недель наступает улучшение. Кровообращение восстанавливается почти полностью (до 82 процентов). Этот метод может оказаться очень перспективным и принести огромную пользу всему человечеству, если лабораторные опыты войдут в практику больниц.

Наши ученые, полагая это направление очень перспективным, тоже взялись за генную терапию, стараясь найти собственные, еще незапатентованные методики активации этих генов. Мы пока в начале пути.

В диагностике наши ученые сделали крупный шаг вперед. Они создали установку «Радий», где по характеристикам электромагнитных полевых структур человека в миллиметровом диапазоне определяют наличие патологических процессов и очагов заболеваний в организме как на данный период времени, так и за пять лет до их клинического проявления. И все это наше российское. Ничего подобного в мировой практике нет.

Лечащие врачи-кардиологи в своих больницах пришли более или менее к единой методике лечения ишемической болезни сердца (ИБС). Эту методику кратко можно выразить следующей формулой:

$$ИБС = A + B + C + D + OЖ$$

Раскроем значение символов:

A – аспирин. Да, тот самый старейший аспирин, многократно возрождаемый после запретов и проклятий. Аспирин обладает очень многими полезными свойствами, но двумя особенно нужными для страдающих ИБС: разжижает кровь, не дает образовываться в крови сгусткам и тромбам; улучшает проницаемость кровеносных сосудов и мембран клеток, а это в свою очередь приводит к норме обмен газов и веществ.

Есть у этого лекарства отрицательное свойство: при частых приемах неразрешенных доз могут возникнуть кровотечения в желудке (потемнение кала), в толстой кишке и геморроидальном узле заднего прохода (выход алой крови). Для больных с ИБС нужны малые дозы (50, но не более 100 мг, или четвертушка от стандартной таблетки) один-два раза в неделю.

Я, к примеру, принимаю аспирин под названием «Тромбо-АСС» всего один раз в неделю, перед баней, в дозе одна капсула 100 мг. Эта капсула проходит желудок и растворяется в кишечнике.

B – это «бета-блокаторы». К ним относятся: атенолол, обзидан, анаприлин, коргард и другие. Они блокируют симпатическую нервную систему, то есть снижают ее активность. Вслед-

ствие их действия сосуды реже и не сильно сужаются. Бета-блокатор подавляет импульсы от центральной нервной системы к сердцу и тем самым тормозит рост пульса и артериального давления при резких движениях.

С – это статины, снижающие уровень холестерина в крови. Известно, что 80 процентов холестерина синтезируется в печени, 20 процентов поступает с продуктами. В норме холестерина должно быть 5,2 ммоль/л (или 200 мг/дл). Если его больше, то надо скорректировать диету или принимать статины.

Д – это диета. Для кардиологических больных созданы специальные диеты, сбалансированные относительно холестерина, калия, натрия, кальция и других компонентов. Примеры составления диет приведены дальше.

ОЖ – образ жизни. Это положение раскрыто полно в дальнейших главах.

Что касается нитратов (нитроглицерин, нитросорбит, нитронг, сустак и др.), то это лишь вспомогательное средство. Но их надо всегда иметь под рукой на случай острого сердечного приступа. Нитраты – ваша скорая помощь самому себе. Я, к примеру, из всех нитратов предпочитаю простой нитроглицерин в таблетках.

В больницах эта формула в зависимости от состояния больного применяется частично или полностью. Что касается диеты (*Д*) и образа жизни (*ОЖ*), то эти элементы врачами прописываются в обязательном порядке всем и настолько строго, что нарушители могут даже лишиться своего койко-места. И это справедливо.

На этом закончим краткий обзор достижений кардиологии за прошедшие десять лет. А в заключение приведем количественные и качественные нормативные показатели, используя которые, любой из вас, прочитавший эту главу, будет способен объективно оценить свое состояние и помочь лечащему врачу быстро установить диагноз и тактику лечения.

Нормативные показатели системы кровообращения и баланса состава крови

Современная лабораторная диагностика позволяет в большинстве случаев найти причину кардиологического заболевания и наметить тактику лечения. В этом плане большие надежды возлагаются на телефонную кардиографию и компьютерную диагностику, которые ускоряют комплексное исследование по всем направлениям поиска причин и дают целостную картину общего и частного состояния здоровья. Но как бы ни улучшалась технология исследований, личное общение врача с больным является определяющим в установлении диагноза и тактики лечения.

Чтобы больной и врач могли друг друга понимать и друг другу помогать, больной должен иметь хотя бы элементарные знания и навыки в области нормативных показателей системы своего кровообращения и баланса состава крови (*табл. 2*), а также обладать способностью выявлять и оценивать опасные отклонения от нормы и свое состояние на данный момент путем сравнения.

Таблица 2

Нормативные показатели системы кровообращения и баланса состава крови

№	Показатели	Норма	Опасные отклонения
1	Ударный объем сердца за одну минуту, литры в покое	20–30	менее 15
2	Артериальное давление в покое	115–140/75–90	выше и ниже на 30 процентов
3	Скорость давления крови, обороты в минуту в покое	1–2	менее 0,5 об./мин
4	Отношение общего содержания холестерина к холестерину высокой плотности	4–5	более 6,0
5	Гемоглобин	110–180	менее 100
6	Число эритроцитов миллионов в 1 мм ³	4,0–6,2	менее 2,0
7	Число лейкоцитов тысяч в 1 мм ³	4,0–10,0	менее 3,0
8	Глюкоза, мг	110–120	менее 130
9	Процент жира	15–20	более 30
10	СОИ	8–16	более 30

Чтобы полнее судить о состоянии кровообращения и балансе состава крови и быть полностью готовым к беседе с врачом, необходимо оценить дополнительно субъективные показатели. Вот они.

Внешние признаки (показатели), которые характеризуют хороший баланс состава крови и отличное кровообращение.

- Румяные щеки и здоровый цвет лица.
- Острое зрение (смогли прочитать номер удаляющегося автомобиля с расстояния не менее 50 метров).
- Теплые пальцы ног и рук даже в прохладные дни.
- Проницательный и быстрый ум, хорошая память.
- Гибкий позвоночник, подвижная диафрагма, легкая спортивная походка, способность пробежать трусцой 10 минут и больше.
- Разумная осторожность в решении повседневных проблем.
- Нормальное артериальное давление.

Теперь для сравнения приведем некоторые показатели, которые вас должны насторожить и которые вы обязаны сообщить лечащему врачу.

- Излишняя утомляемость, особенно рук и ног.
- Изменение цвета кожи на лице, шее и в других частях тела на бледно-желтый цвет.
- Боли в области сердца при выполнении физических работ.
- Неспособность пробежать трусцой более 2–3 минут.
- Нарушения умственной деятельности, ослабление памяти, отсутствие озарений, нарастание ворчливости и недовольства.
- Быстрое нарастание признаков старения: выпадение волос, появление седины и морщин на лице и шее, выпучивание вен, особенно на ногах и руках.
- Высокое артериальное давление.

Итак, мы достигли поставленной цели: помогли своему врачу быстро поставить диагноз и наметить тактику лечения, а также освободили себя от мрачных раздумий по поводу пустяшных и надуманных страхов, которые возникают обычно у полных невежд.

Последующие главы будут посвящены вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и реабилитации после лечения этих болезней в больнице. Вся система профилактики и реабилитации построена применительно к домашним условиям на основе моего личного опыта и опыта моих близких.

Глава 2

Как меня лечили

С диагнозом, полученным мною в госпитале, я пришел к своему врачу. Терапевт старой закалки, он сам перенес инфаркт миокарда. «Ну что, болит сердце?» – «Болит». Измерил давление... 190/110. «Многовато. Будем лечить. Сначала сбросим давление». Попробовали одно лекарство, затем другое, кажется, помогло. А сердце продолжает болеть: мешает стенокардия. Я опять к нему: «Что делать? Где выход?» – «Есть выход! – Он достает из стола маленькую стеклянную пробирку с нитроглицерином, кладет мне в грудной карман. – Успеешь – хорошо, нет...» – «И это все?» – «Да!»

Не смог этот врач перешагнуть через глубокую веру в лекарство, хотя на слуху тогда были успехи профилактической медицины. И он не мог не знать этого. Когда задал вопрос о диете, о голодании, он замахал руками: «Какое там голодание: у вас язва желудка, да еще обостренная кровотечением. Выльется кровь в желудок – никто не спасет». Тогда он насмерть перепугал меня, и я перестал даже думать об оздоровительной диете, о голодании. То же самое говорили мне и другие врачи.

Случилось это в июне 1989 года, когда мне было пятьдесят девять лет. Вечером вдруг почувствовал какие-то странные боли за грудиной, непохожие на обычные. Эти боли, как змеи, расплзлись по груди и сердцу. Я сразу лег, позвал жену и попросил ее срочно вызвать неотложку. Меня увезли в больницу. В приемном отделении определили – приступ стенокардии. «А ведущая болезнь какая?» – «Язва желудка». – «Катите его в гастрологическое отделение!»

Как выяснилось потом, это была грубая ошибка. Еще был реальный шанс избежать инфаркта, если бы попал в инфарктное отделение. Тем более место было. Мне сделали укол, дали много таблеток, стало легче, и я заснул. Глубокой ночью на каталке в коридоре гастрологического отделения со мной случился второй и очень сильный приступ. Я почувствовал, что холодеют руки и ноги, смерть надвигалась неумолимо. Жена оказалась рядом, она подняла тревогу. Вызвали кардиологов, и меня с капельницей покатали в реанимационную инфарктного отделения, то есть туда, куда надо было сразу. Вскоре тошнота вывернула меня наизнанку, и желудок вернул все таблетки. Вдруг боли в желудке и сердце утихли, и мне объявили: «Инфаркт миокарда в тяжелой форме. Ваше сердце выдержало сильнейший удар, что редко бывает с другими. Будем сражаться».

Бригада молодых и способных врачей отвела от меня беду. Спасибо им! Четверо суток лежал неподвижно, четко выполнял указания врачей. Все это время хотелось посмотреть на монитор, где в виде импульсов отражалась работа моего сердца, но не мог: он висел за моей головой.

В палате для выздоравливающих ведущий врач-кардиолог вела наблюдение за мной. Основной метод лечения – прием лекарств, специальная диета, нарастающая интенсивность движений. Меня поражало обилие разнообразных таблеток на один прием, от четырех до шести. Врач куда-то торопилась, беседа не получалась. А я жаждал знать все о своей болезни, о методах лечения, о свойствах употребляемых таблеток, о последних достижениях врачей-новаторов... Случайно узнал, что мой врач была в США. Поинтересовался, как там лечат. Оказывается, голодом, диетой и психотерапией. Доверительно посоветовала поменьше есть. А как меньше? Ведь должна быть какая-то методика? Нет методики. Есть инструкция Минздрава. Ешьте, что дают. А сердобольные родственники и друзья несут целые сумки еды. Ешь, а то помрешь с голода. Какая-то фанатичная вера в обильное питание. Как раз наоборот! Был такой больной, который съедал все, что давала больница, плюс большой кусок хлеба с маслом и с черной икрой, плюс фрукты. К сожалению, он умер. Я насторожился, стал ограничивать себя

в еде. Позже узнал, что уже в древности знали о вреде переедания. Из истории известно, перекормление даже иногда использовалось как изощренный способ убийства.

И вот наступила пора, и мы, относительно благополучные больные, поехали в санаторий для окончательного восстановления здоровья. Финский залив, песчаный пляж, чистый воздух, хорошая родниковая вода, смешанный лес – все это, конечно, помогало нам выздороветь. Ну, а какой метод лечения? Удивительно похож на больничный. Пять действующих лиц: кардиолог, психотерапевт, врач лечебной физкультуры, диетолог и начальник. Каждый действует по своей программе, связь между ними весьма слаба.

Врачи выступали перед нами с лекциями, но порознь. Много у них разнобоя. Кардиолог пичкает по-прежнему таблетками (до шести на один прием). Психотерапевт в группу берет не всех, а только тех, кого считает нужным. Только врач лечебной физкультуры заставлял всех нас активно двигаться. Он казался нам более прогрессивным: откровенно возмущался обильным питанием, советовал съесть половину того, что дают, да не так часто. А нас кормили, как на убой – пять раз на день. Реализовывался знаменитый принцип здравоохранения: поменьше, но почаще. Прямой путь к перееданию: поменьше – трудно выполнить, почаще – очень легко. К тому же давали мало овощей и фруктов, зато много мясных и мучных блюд. Борщи и супы на мясном бульоне ежедневно. Диетолог появлялся редко, в основном тогда, когда подавали фрукты.

Другой пример. На доске объявлений висит приказ начальника санатория – изгнан из санатория один больной за пьянство: он выпил вина и был разоблачен. Трудно возразить против этого. Пьянство – это серьезный, но далеко не единственный фактор риска. А курение? Ведь эта привычка еще страшней. Курящих вообще лечить бесполезно. А что я наблюдал? Курящих в большом числе можно было встретить повсюду, исключая разве кабинеты врачей. И к ним относились терпимо. А ведь они занимают места желающих лечиться. Попутно замечу: бросил курить, как только попал в больницу, и с тех пор не курю. Еще раз повторю: это обязательное условие для поправки здоровья.

И, наконец, последнее. В санатории примерно 30–40 процентов больных выбрасывали таблетки со своих балконов на землю. Если бы начальник санатория разок прошелся между кустами, он бы убедился, что надо что-то менять, перестраиваться. Но начальник на это решиться не мог и, как я понял, просто не хотел. А после такой реабилитации частота повторных инфарктов была высокой. Не минула сия чаша и меня.

Теперь о медицинской литературе. То, что медики пишут мало в популярной форме о своих достижениях, – знают все. Да и в беседах их скоро не разговоришь. Любопытный больной их раздражает.

В 1988 году (да и сейчас, наверное, так же) в санатории все стены были увешаны сведениями о нашей болезни: о питании, о лечении, о поведении, но не было в них таких, в которых конкретно сказано, как заниматься профилактическим лечением, как до всяких санаториев уберечь себя от этой страшной болезни. Ни слова о врачах-новаторах. Как будто они не существовали в прошлом и не существуют сейчас. В библиотеке санатория было несколько старых брошюр на эту тему, но в них все сводится к перечислению факторов риска. Наконец, в 1989 году в продаже появилась книжка – «Борьба за сердце» автора А. Поликарпова. К сожалению, в этой книге автор перечисляет те же факторы риска с призывом к их сокращению. Он ничего не написал о достижениях профилактической медицины, о ее славных представителях. Поликарпов, однако, собрал и обобщил много интересных и частью новых сведений об этой болезни.

К примеру, я узнал о существующей в науке убедительной гипотезе о «периферическом сердце» нашего организма. Определено, что сила нашего основного сердца недостаточна для продвижения крови во всей сотне тысяч километров микрососудов, которые находятся в теле. Роль «второго», вспомогательного сердца выполняют скелетные мышцы. Мышечные волокна работают как физиологический вибратор – они постоянно совершают колебательные движе-

ния, то есть они как бы присасывают к себе кровь, снабжая этой кровью себя, и с достаточным напором по капиллярам проталкивая ее дальше – в вену. А чтобы кровь двигалась по капиллярам с минимальным трением, мышечные волокна (возможно и сами клетки) имеют механические и звуковые колебания типа ультразвуковых. Под воздействием физических толчков и этих колебаний кровь быстро продвигается по капиллярам. Скорость движения крови может увеличиваться в три раза, при этом давление в сосудах вырастет незначительно.

Как-то заметил, что по палатам из рук в руки ходит какой-то журнал – просто нарасхват, занял очередь. Вот он в моих руках – журнал «Иностранная литература» за 1985 год. В нем помещен рассказ Нормана Казинса «Врачующее сердце». В этом рассказе ведется разговор о человеке, перенесшем инфаркт миокарда в тяжелой форме с потерей сознания. Он отказался от операции шунтирования, от лекарств, решил лечиться диетой и переменой образа жизни. За два года добился отличных результатов. Вернулся к труду, начал бегать и играть в теннис. Мне вдруг открылась перспектива, представился спасительный шанс. Как это просто и эффективно! Вот она, спасительная методика! Попросил своих добывать подобную литературу.

Жена и дочь нашли книгу Поля Брэгга «Чудо голодания». С упоением, многократно проштудировал эту книгу, сделал необходимые выписки. Стал моделировать новый образ жизни. Потом с не меньшим интересом изучил книгу Кеннета Купера «Аэробика для хорошего самочувствия», затем работы Герберта Шелтона, системы Галины Шаталовой, Порфирия Иванова, методики академика Амосова, авиаконструктора Мукулина, профессора Юрия Николаева – главного специалиста по голоданию в нашей стране.

Но вернемся к санаторию. Не прошло и месяца после выписки из санатория, как у меня случился второй инфаркт и я попал в больницу. Процент повторных инфарктов очень высок. От реабилитации в санатории я категорически отказался. Так стал инвалидом второй группы и вынужден был уволиться с работы. Это был удар. Не мог я смириться со своим положением.

Начал самостоятельно лечить себя. Был готов морально и физически принять на вооружение новую модель жизни.

Глава 3

Моя программа оздоровления

Реабилитационный Центр тогда еще Ленинграда. Я его пациент. Мне повезло с врачом. Попал к кардиологу-женщине, очень опытному специалисту и доброму человеку. Она стала моим умным собеседником и активным помощником. У нас установился полный контакт и взаимопонимание. Изложил ей свою программу лечения, она согласилась, внесла несколько полезных замечаний. Договорились на том, что я все делаю самостоятельно, подробно информируя ее о действиях и самочувствии, она ведет наблюдение за мной, по возможности оберегая меня от опасностей.

Итак, в чем же состояла моя программа? Центральная идея – это очищение сосудов и всего организма от накопившихся шлаков. От человека требуется только одно – создать условия для такой чистки. Иными словами, реализовать такой стиль поведения и образ жизни, который постоянно поддерживал бы эти условия.

Большинство медиков и больных считают это направление очень важным, можно прямо сказать, стратегическим: именно в совершенстве образа жизни и улучшении условий обитания таятся резервы здоровья и всей жизни.

Образ жизни зависит только от нас самих, смена беспорядочного, праздного образа жизни на здоровый не требует материальных затрат, достаточно сделать над собой небольшое усилие, проявить волю и терпение. А вот условия обитания в регионе зависят в основном от социальной политики наших руководителей. Мы же с вами займемся в основном образом жизни, то есть фактором, наиболее доступным каждому.

Изменение внутренней мотивации и корректировка (смена) образа жизни возможны только на основе знания и соблюдения природных принципов и законов поведения человека как материального и одухотворенного субъекта.

Назовем эти принципы – всего их четыре.

- Душевное благополучие и телесная чистота.
- Ограничение личных желаний и полное удовлетворение естественных потребностей.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.