



СЕРДЦЕ

Основано
на новейших
рекомендациях
Европейского
общества
кардиологов

как не дать ему остановиться раньше времени

снизить риск
инфаркта и инсульта

разобраться
в диагнозе

понять особенности
действия препаратов

АНТОН РОДИОНОВ

кардиолог, кандидат медицинских наук

Интеллектуальный научпоп. Медицина не для всех

АНТОН РОДИОНОВ

**Сердце. Как сохранить
его здоровым в условиях
новой реальности**

«ЭКСМО»

2020

УДК 616.1
ББК 54.101

Родионов А. В.

Сердце. Как сохранить его здоровым в условиях новой реальности
/ А. В. Родионов — «Эксмо», 2020 — (Интеллектуальный
научпоп. Медицина не для всех)

ISBN 978-5-04-163584-8

Как предупредить заболевания сердца? Как уберечься от инфаркта миокарда и инсульта? Как правильно лечить гипертонию? Как самому «расшифровать» кардиограмму? Как разобраться, какие лекарства действительно нужны, а какие — лишь пустая трата денег? В этой книге вы найдете подробные ответы на все волнующие вопросы о работе самого главного органа — вашего сердца. Книга кандидата медицинских наук Антона Родионова основана не только на большом клиническом опыте практикующего врача-кардиолога, но и на новейших рекомендациях Европейского общества кардиологов. В формате PDF А4 сохранен издательский макет книги.

УДК 616.1

ББК 54.101

ISBN 978-5-04-163584-8

© Родионов А. В., 2020

© Эксмо, 2020

Содержание

Предисловие	6
Введение	7
Часть 1	10
Хотите жить долго?	10
Как устроена сердечно-сосудистая система и что с ней происходит при разных болезнях	13
Как самостоятельно спрогнозировать продолжительность жизни?	18
Давай потушим, товарищ, по одной...	24
Конец ознакомительного фрагмента.	28

Антон Владимирович Родионов

Сердце: как сохранить его здоровым

в условиях новой реальности

© Родионов А. В., текст, 2020

© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2022

Дорогие читатели!

Обращаю ваше внимание, что в книге упоминается множество лекарств, многие из которых являются рецептурными. Пожалуйста, консультируйтесь с врачом. Эта книга – не пособие по самолечению.

Ваш доктор Родионов

Предисловие

Медицина появилась, по-видимому, тогда же, когда появилось и человечество. Но лишь несколько сотен лет назад медицина стала формироваться как наука. В 1948 году выполнено первое клиническое исследование с контрольной группой (так было открыто противотуберкулезное действие стрептомицина). В 1990-е годы сформировалась концепция «доказательной медицины», в основе которой лежит незамысловатая идея – все, что врач делает с пациентом, по возможности должно основываться не на гипотезах, а на доказательствах. За последние несколько десятков лет количество препаратов в арсенале врача увеличилось в сотню раз, сейчас на планете нет уже ни одного эрудита, который мог бы объять всю современную фармакологию из десятка тысяч препаратов.

Новые препараты, новые исследования, новые доказательства... Нередки случаи, когда концепция, годами считавшаяся верной, вдруг рассыпается вдребезги, плюс меняется на минус и врачу приходится менять свою практику.

Первую книгу для пациентов мы с коллегами написали в далеком 2003 году, спустя десять с небольшим лет усилиями издательства «ЭКМО» у меня вышла большая серия научно-популярных книг для пациентов... И вот снова пора садиться за компьютер – за последние пять лет многое поменялось, международные медицинские ассоциации пересмотрели некоторые подходы к лечению артериальной гипертензии, нарушениям липидного обмена, сахарного диабета, некоторых аритмий. Появились новые препараты, а некоторые «ветераны» ушли с рынка.

Сейчас вы держите в руках книгу, которая отражает представления о здоровье сердца и сосудов образца 2020 года. Все ключевые позиции, касающиеся диагностики и лечения, основаны на рекомендациях Европейского общества кардиологов последних лет, пропущенных через призму 20-летней клинической практики врача-кардиолога.

Введение

Как вы думаете, зачем кардиологи лечат своих пациентов? Странный вопрос, не правда ли? Чтобы не болело сердце, чтобы не кружилась голова, чтобы не было перебоев в сердце, чтобы давление не прыгало.

Вы будете удивлены, но это не совсем так. Конечно, облегчение симптомов болезни – очень благородное дело, которого от нас ждут пациенты, но на самом деле мы занимаемся совсем другим. В медицине XXI века уже недостаточно просто облегчить самочувствие больного, улучшить «качество жизни» (есть такой странный термин, который надежно прижился в нашем словаре). Каждый раз, когда я назначаю какое-то лечение, то обязан ответить себе и своему пациенту на простой вопрос: а как мое лечение повлияет на продолжительность жизни человека? Смогу ли я предотвратить инфаркт, инсульт, развитие сердечной и почечной недостаточности?

Мне как кардиологу это особенно важно объяснить вам, дорогой мой читатель, потому что в сердечно-сосудистой медицине многие состояния совершенно не влияют на самочувствие. Высокий холестерин «не болит», повышение давления зачастую не сопровождается симптомами, многие аритмии совершенно не нарушают привычное течение жизни. Да-да, не удивляйтесь!



Итак, ...кардиолог лечит пациента не столько для того, чтобы улучшить самочувствие, сколько затем, чтобы увеличить продолжительность жизни.

Победные реликвии Минздрава свидетельствуют, что за последние годы жители России стали жить дольше. Причем не в смысле «приказали долго жить», а в самом хорошем значении этого слова. Средняя продолжительность жизни женщин приблизилась к 76 годам. Это огромный прорыв. Это не так много для Европы, но очень много для России. За последние двадцать лет мы у смерти «отыграли» почти 10 лет. Когда стали разбираться, за счет чего достигнуты такие успехи, то оказалось, что мы научились хорошо лечить гипертонию. С курением гораздо хуже, с холестерином – ужасно, с алкоголем – катастрофически. А вот гипертонию мы худобно лечим!

Как сказал кто-то из древних, самое лучшее лекарство не будет работать, если больной не станет его принимать. Лечение сердечно-сосудистых болезней – не игра в одни ворота. Каким бы прекрасным специалистом я ни был, я буду бессилён перед болезнью, если пациент не станет мне помогать, не станет моим помощником и «коллегой».

Однажды мне позвонила давняя знакомая, поэтесса, которую я год назад консультировал после перенесенной транзиторной ишемической атаки (порусски это «прединсульт» или «микроинсульт»), с неожиданным вопросом.

– Антон, – спросила она, – а скажи, в какой дозе принимать... (далее шло название популярного препарата от холестерина)? Я потеряла твою запись с назначениями.

– Лена, – настало время удивиться мне, – а как ты принимала лекарства все это время? Ведь прошел уже почти год.

– Должна тебе признаться, что мы с мужем (а я его тоже консультировал и назначал лечение!) все это время не принимали лекарства, думали, что сойдет и так, но боялись тебе признаться. А вчера мужа забрали с обширным инфарктом... (Всхлип.) Честное слово, мы теперь будем принимать все, что ты скажешь!

Если бы мои горе-пациенты соблюдали простые рекомендации, одним инфарктом в тот день было бы меньше.

Впрочем, может быть, в том есть и моя вина? Не сумел подобрать нужные слова, недостаточно хорошо объяснил, не предупредил, что случится, если пустить все на самотек? Не перезвонил через месяц, не спросил, все ли в порядке, хорошо ли переносится лечение? Увы, каждый нормальный врач обязан задать себе эти вопросы, когда с его пациентом приключается какая-то неприятность.

Чего греха таить, в современном мире врач на амбулаторном приеме далеко не всегда располагает достаточным временем, чтобы «проговорить» с пациентом все нюансы профилактики и лечения, бумажная волокита съедает. Пациенты досадуют на докторов: мол, «пишут, пишут, даже не поговорят», а врачи сетуют на систему...

Много лет назад ведущие специалисты в мире поняли, что пациентов с гипертонией, диабетом, бронхиальной астмой нужно не только лечить, но и обучать. Только в том случае, когда мы вместе с пациентом станем одной командой, можно надеяться, что болезнь отступит. Ведь 76 лет – это ж не предел!



Неужели 10–15 лет жизни – это для вас такой пустяк? Хотите, я помогу вам их сохранить? Поверьте, это совершенно реально.

Много лет назад мы с друзьями выпустили маленькую книжку под названием «Школа гипертоника». Она быстро стала бестселлером и разошлась практически мгновенно. По рассказам читателей, ее одалживали, «ксерили» и хранили под подушкой. А у нас уже не было ни сил, ни времени на ее переиздание. Пять лет назад издательство «ЭКМО» предложило мне написать серию научно-популярных книг, которая вышла под общим названием «Академия доктора Родионова». Я написал пять книг, а потом пригласил на помощь друзей-коллег – Ольгу Демичеву, Алексея Парамонова, Ксению Клименко, Кирилла Родионова, Евгения Илюхина, Илью Смитиенко, получилось внушительное собрание сочинений. Дебют этого проекта был вполне анекдотичным...

Несколько лет назад, февральским вечером, мне позвонил Александр Леонидович Мясников и между нами состоялся примерно такой диалог:

– Привет, Антон! Тут такое дело, у меня завтра в книжном магазине «Молодая гвардия» презентация новой книги...

– О, поздравляю! (думал, хочет пригласить...)

– Нет, ты дослушай. Дело в том, что мероприятие назначено, везде реклама дана, а мне нужно в это время быть на совещании в Минздраве. Ты сможешь за меня провести презентацию?

– Эээ... Я много чего могу в жизни, но презентацию твоей книги, которую я в глаза не видел, без тебя, завтра... Как ты себе это представляешь?

В итоге презентация состоялась (видеоотчет до сих пор можно найти в Интернете, если сделать запрос «Антон Родионов в «Молодой гвардии»). На следующий день мне позвонила Ольга Шестова, редактор отдела медицинской литературы издательства ЭКСМО, и состоявшийся между нами диалог был не менее забавным:

– Антон, а вы не хотите что-нибудь сами написать для пациентов?

– Не-а, не хочу. Не люблю писать. Рассказывать могу «в любую сторону твоей души», а писать – терпеть не могу.

– Но ведь можно же сначала наговаривать на диктофон, а потом расшифровывать.

– Хм, ну давайте попробуем, к тому же давным-давно мы делали брошюрку по гипертонии для пациентов, которая в свое время пользовалась большим спросом. Пожалуй, я смогу ее переработать.

– Вот и отлично. Только для того, чтобы «запустить нового автора», книг должно быть хотя бы пять.

– Эээ...

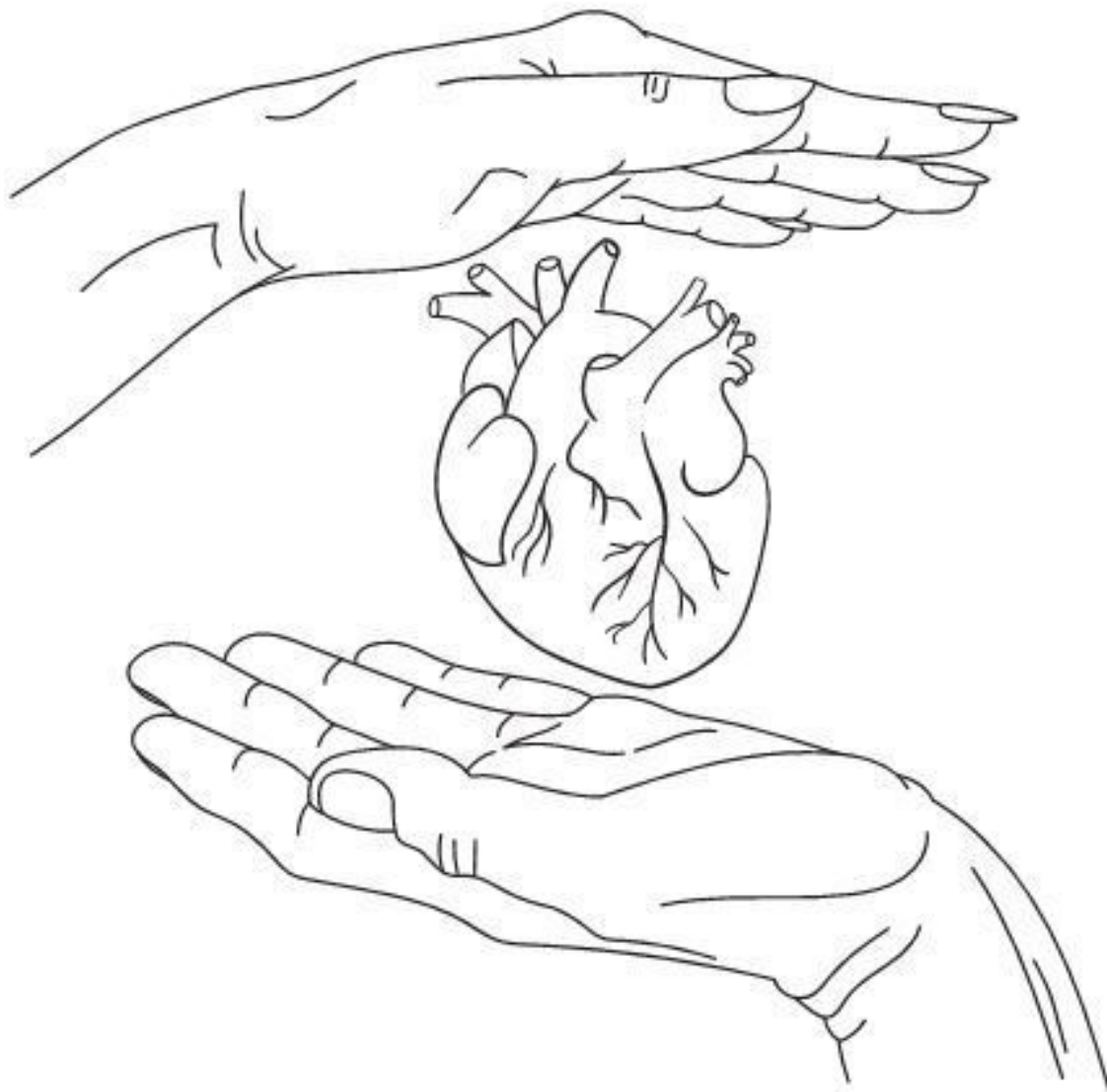
В итоге я согласился, полагая, как в классической притче, что в процессе работы либо ишак сдохнет, либо шах помрет.

Однако все течет, все изменяется, и научно-популярная литература требует своего обновления, за последние годы некоторые представления в медицине, особенно в кардиологии, существенно изменились, появились новые способы лечения. А значит, пора снова браться за перо. Очень надеюсь, что эта книга отчасти восполнит недостаток времени, существующий при живом общении врача и пациента, в ней я постараюсь подробно рассмотреть важные вопросы кардиологии – на что надо обращать внимание, чтобы уберечь организм от сердечно-сосудистых катастроф. Есть такая «расхожая» поговорка: «Сколько врачей – столько мнений». Нет ничего плохого (даже хорошо!), если пациент в непростой ситуации посетит двух-трех врачей и получит аргументированное «второе мнение», но если пять врачей дадут пять совершенно разных рекомендаций – это перебор. Опытный врач – это очень здорово, но если врач в своей клинической практике ориентируется только на собственный опыт – это недопустимо. За то время, как он вылечил 100 человек, в мире уже вылечили 100 тысяч человек, и не только вылечили, но и обработали эти данные, проанализировали, написали статьи и опубликовали рекомендации. Так вот, для того чтобы в XXI веке эффективно лечить пациента, хороший врач должен ориентироваться не только на свой, но на весь мировой опыт, изложенный в специальной литературе.

То, о чем я расскажу в этой книге, – не только мой собственный опыт и не плоды моего воображения, но информация, основанная на клинических рекомендациях ведущих мировых профессиональных ассоциаций в области кардиологии и не только.

Часть 1

Здоровье сердца и сосудов



Хотите жить долго?

Наверное, еще очень долго мечты о бессмертии человека останутся мечтами. Но вместе с тем без пожеланий «здоровья и долгих лет жизни» не обходится ни один юбилей.

Еще пару сотен лет назад люди в основном умирали от инфекционных заболеваний и травм. Огромна была и младенческая смертность. Человек, доживший до 40 лет, уже считался долгожителем. Пушкинисты посчитали, что старушке няне Татьяны Лариной могло быть всего лишь 42 года.

Появление навыков гигиены, вакцин, антибиотиков существенно изменило эту ситуацию. В XXI веке население развитых стран умирает преимущественно от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а врачи всего мира занимаются тем, чтобы люди уходили из жизни как можно позже. То есть, выражаясь «шершавым» языком статистики, любое медицинское вмешательство в идеале должно быть направлено на снижение *общей смертности* или хотя бы сердечно-сосудистой смертности.

Сейчас в России очень популярным в околomedicalных кругах стало слово «диспансеризация». В закупку невообразимого оборудования вкладываются огромные деньги, толпы здоровых людей бегают по поликлиникам из кабинета в кабинет, заходя к врачу с одной-единственной фразой: «Мне сказали вас пройти». Ну что тут сказать? «Проходите!» Диспансеризация заканчивается выдачей «паспорта здоровья» и ощущением бессмысленно потраченного времени. Я уж не говорю про приписки и скандалы, связанные с этим, о которых вы наверняка слышали.

Что делают в мире, когда хотят увеличить продолжительность жизни? Начинают широкомасштабную национальную кампанию по борьбе с наиболее значимыми факторами риска. Давайте на нескольких примерах посмотрим, как это делается.

Американцы в 1980-х годах начали непримиримую борьбу с холестерином. Во всех средствах массовой информации рассказывали о холестерине, все клиники и амбулатории делали анализы на холестерин, везде пропагандировали схемы питания, направленные на снижение холестерина, врачи назначали антихолестериновые препараты. Итог: в период с 1980 по 2000 год отмечено достоверное снижение смертности от ишемической болезни сердца, и на 25 % этот успех связан именно со снижением холестерина в масштабах нации.

Другой пример. Все прекрасно знают, что сливочное масло и молоко содержат насыщенные животные жиры, вредные для здоровья, однако большинство считает, что употребляют их в таком количестве, которое никак не сможет навредить здоровью. Подумаешь, пара бутербродов с маслом, молочная каша, кусочек сыра... В 1970 году список стран с высокой смертностью возглавляла Финляндия, причем наиболее высокой смертностью была в регионе Северная Карелия, поэтому именно этот район был выбран как площадка для эксперимента. До начала проекта было установлено, что население Северной Карелии, как и в целом Финляндии, потребляло очень много насыщенных животных жиров, что приводило к повышению уровня холестерина и развитию атеросклеротических изменений в сосудах. Была проведена огромная работа по пропаганде здорового питания. Этому были посвящены лекции, теле- и радиопередачи. Об этом рассказывали учителя в школах и воспитатели в детских садах. Проводили пятиминутки здоровья на рабочих местах и в клубах. Более того, государство прекратило субсидировать молочную промышленность и стало поддерживать производство овощей и растительного масла. Итог проекта «Северная Карелия» – снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 80 % и повышение продолжительности жизни населения в целом.

Второй фактор риска, с которым довольно успешно борются финны, – это алкоголь. Все, кто бывал в Финляндии, знают, что алкоголь продается только в специальных магазинах-алко-маркетах, которые работают ограниченное время, да и стоит он весьма недешево.

Европейцы довольно успешно решают проблему курения среди населения. Активная просветительская работа в сочетании с довольно серьезными ограничительными мерами привели к тому, что на улицах многих европейских городов, особенно Германии, Австрии, стран Скандинавии, Прибалтики, вы почти не увидите курящих людей.

С большим сожалением приходится констатировать, что в России разговоры о том, как уменьшить воздействие факторов риска, почти никому не интересны. Только минувшим летом мне раз десять звонили журналисты разных телекомпаний с просьбой ответить на извечный вопрос, волнующий человечество: «Как пережить жаркое лето?» Я каждый раз терпеливо объяснял телевизионщикам, что проблема эта надуманная, она не стоит ни моего времени, ни времени телезрителей. Умирают люди не от погоды, а от болезней. Говорю: давайте лучше эфирное время потратим на обсуждение серьезных медицинских вопросов! Нет... это нам сейчас неинтересно.



Умирают не от погоды, не от тяжелой жизни и даже не от старости, а от конкретных заболеваний. Очень обидно умирать от тех болезней, которые можно предотвратить.

Много лет назад меня пригласили на роль ведущего новой телевизионной программы, рабочее название которой было «Хотите жить долго?». Это должен был быть аналог новозеландского реалити-шоу, посвященного здоровому образу жизни. Идея была такая: мы брали молодого человека или девушку, анализировали его или ее образ жизни, факторы риска, везли в клинику, проводили обследование, выявляли начинающиеся проблемы со здоровьем (искривление позвоночника, снижение зрения, избыточный вес и т. д.), а затем давали какие-то интересные и нестандартные рекомендации по изменению образа жизни. Вместо изнурительных «кругов по стадиону» наши герои тренировались на скалодроме, занимались экзотическими танцами... Когда мы наконец сделали пилотный выпуск программы, телеканал отказался выпускать эту передачу в эфир. «Не будет рейтинга», – был ответ. К слову сказать, через пять лет после нас эту программу все же выпустили на 2-м канале с гораздо бо`льшим бюджетом, чем у нас. Просуществовала она в эфире ровно два выпуска. Оказалось, что телезрители не очень-то хотели жить долго.

Как устроена сердечно-сосудистая система и что с ней происходит при разных болезнях

Прежде чем обсуждать, как сохранить здоровье сердца и сосудов, давайте вначале разберемся, как они устроены.

Сердце действительно похоже на мышечный мешочек размером с кулак или чуть больше (кулаки бывают разные), имеющий весьма сложное строение. Оно состоит из четырех камер – левого предсердия и левого желудочка, правого предсердия и правого желудочка. Правые и левые камеры сердца между собой не соединяются, если только нет врожденных пороков – дефекта межпредсердной или межжелудочковой перегородок.

Сердце состоит из трех оболочек: наружной (эпикард), средней мышечной (миокард) и внутренней (эндокард).

Самое большое значение имеет собственно мышечный слой – миокард («мио» – в переводе означает «мышца», «кард» – разумеется, «сердце»). Так что когда мы говорим «инфаркт миокарда», то имеем в виду как раз повреждение мышечной стенки сердца.

Главная камера сердца, на которую приходится основная нагрузка и которая работает больше всех, – это левый желудочек. Из него артериальная кровь выталкивается в аорту (самая крупная артерия в организме) и разносится по всем органам и тканям. Поскольку левый желудочек – это основной труженик, то и болезней на его долю достается больше всего. Инфаркт миокарда в 99 % поражает именно левый желудочек; при повышенном артериальном давлении развивается гипертрофия (утолщение) левого желудочка и т. д.

Артериальная кровь должна поступить в каждый орган и донести кислород до каждой клетки организма. Для удобства мы называем кровоснабжение отдельных органов и систем сосудистыми бассейнами. Один из важнейших сосудистых бассейнов – это коронарный кровоток, то есть система из трех сосудов, питающих кровью само сердце. Как это ни странно, но сердце, казалось бы, самый «кровавый» орган, сплошь и рядом само страдает от нехватки артериальной крови в результате сужения коронарных сосудов атеросклеротическими бляшками. Эта ситуация называется *«ишемическая болезнь сердца»*.

Второй жизненно важный бассейн – это сосуды головного мозга. Головной мозг кровоснабжается четырьмя артериями – двумя сонными, точнее, внутренними сонными, и двумя позвоночными артериями. Чтобы максимально защитить головной мозг, эти артерии соединяются между собой, образуя нечто очень похожее на перекресток с круговым движением; таким образом, даже в том случае, если одна из артерий «закроется», остальные три будут обеспечивать почти полноценное кровоснабжение головного мозга. В той ситуации, когда сосуды головного мозга страдают очень сильно, развивается цереброваскулярная болезнь (в России ее по старинке называют дисциркуляторной энцефалопатией), а тяжелое нарушение мозгового кровообращения, сопровождающееся гибелью участка головного мозга, называют инсультом.

Самая лучшая болезнь на свете – склероз. Ничего не болит и каждый день новости (*народная мудрость*).

Как бы не так...

Система кровообращения человека

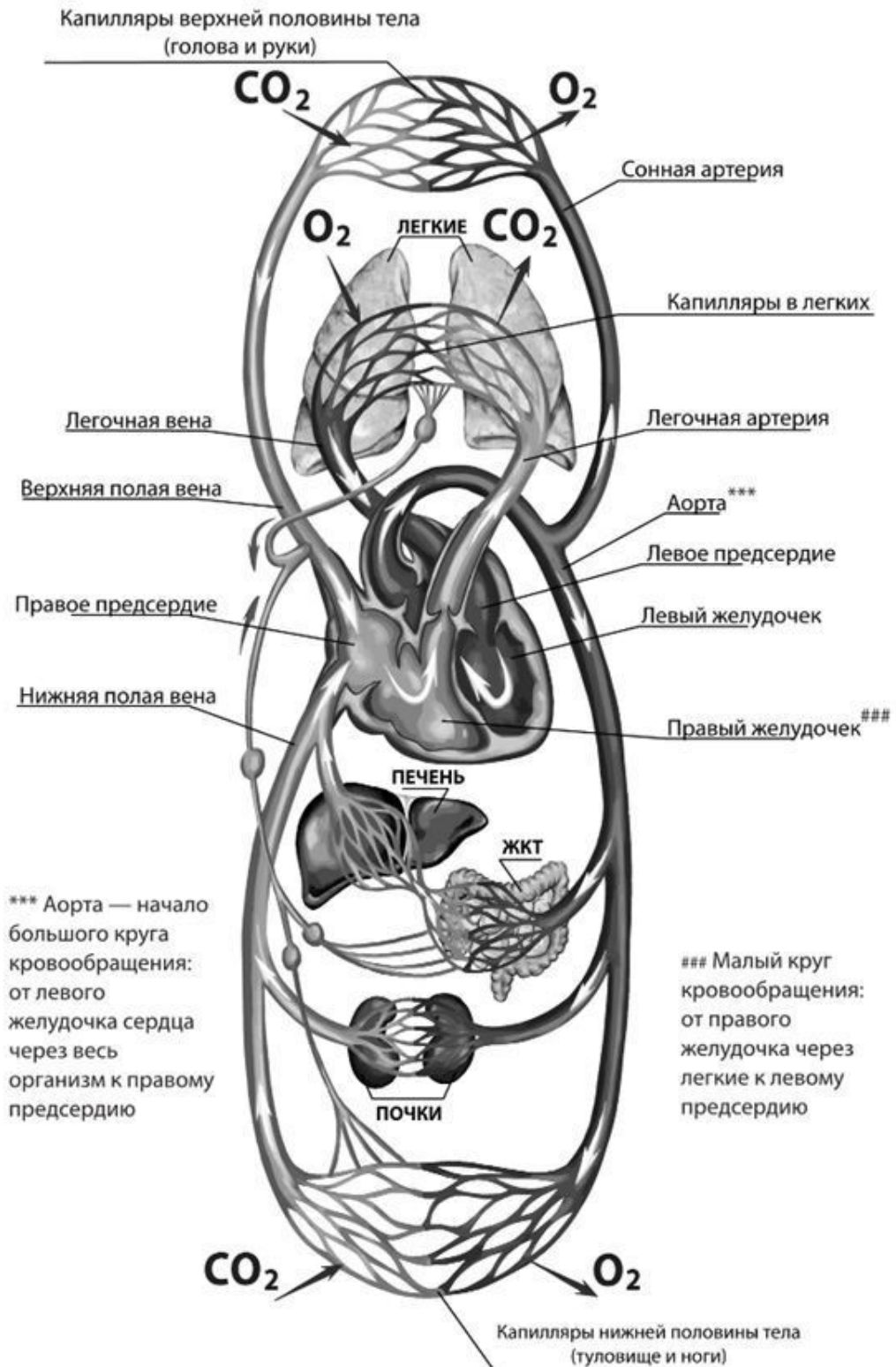
Для обеспечения жизнедеятельности человека очень важно, чтобы внутренние органы получали достаточное количество крови. Если серьезные нарушения кровоснабжения желудка, кишечника, к счастью, возникают довольно редко (хотя ишемия кишечника – ситуация очень тяжелая), то вот сужение одной или обеих почечных артерий – проблема очень неприятная.

Дело в том, что почки – не только орган выделительной системы, но и регулятор артериального давления. Поражение почек при атеросклерозе, сахарном диабете ухудшает прогноз и требует очень серьезного лечения.

Наконец, артериальная кровь должна обеспечить питанием конечности (так почему-то врачи называют руки и ноги). Сужение сосудов ног на фоне атеросклероза у пожилых курильщиков – очень распространенная проблема, которая не только ухудшает качество жизни, но и может быть причиной инвалидизации.

После того как в тканях происходит газообмен, т. е. кислород обменивается на углекислый газ, венозная кровь по системе вен возвращается к сердцу и впадает в правое предсердие. Мы не будем подробно останавливаться на заболеваниях вен, оставив эту тему сосудистым хирургам, но в соответствующем разделе поговорим о венозных тромбозах и их осложнениях, например когда оторвавшийся тромб по системе вен прилетает в легочную артерию и закупоривает ее.

Венозная кровь через правое предсердие и правый желудочек поступает в легочную артерию, а затем – в легкие, где углекислый газ снова обменивается на кислород. В той ситуации, когда человек страдает хроническим заболеванием легких (астма, хроническая обструктивная болезнь легких), может повышаться давление в легочных артериях. Это состояние называют легочной гипертензией, или легочным сердцем. В этом случае исходное заболевание легких может стать причиной тяжелой сердечной недостаточности.



Система кровообращения человека

Обогащенная кислородом кровь возвращается к сердцу и через легочные вены попадает в левое предсердие. Круг замкнулся.

Место перехода крови из предсердия в желудочек закрывается клапанами. Между левым предсердием и левым желудочком находится митральный клапан, между правым предсердием и правым желудочком – трехстворчатый клапан. Клапаны также располагаются между левым

желудочком и аортой и между правым желудочком и легочным стволом. Поражения этих клапанов принято называть пороками. Если клапан открывается не полностью и кровь не может в достаточном объеме пройти через соответствующее отверстие, то это называется «стеноз» (т. е. сужение). Если, наоборот, клапан закрывается не до конца и возникает обратный поток крови, то говорят о недостаточности клапана. В прежние годы большинство пороков сердца было обусловлено ревматизмом, однако сейчас ревматических пороков мало и большинство поражений клапанов обусловлено их возрастным кальцинозом. Чаще других встречаются недостаточность митрального клапана и стеноз устья аорты.

Пороки сердца закономерно приводят к сердечной недостаточности, так как перегрузка тех или иных отделов сердца рано или поздно вызывает нарушение функции камер сердца.

Отдельно надо сказать о таком диагнозе, как «пролапс митрального клапана». Это очень частая находка у стройных молодых людей и девушек. Пролапс – это прогиб створок клапана, связанный с их повышенной подвижностью, при котором создается обратный ток крови. В 99 % случаев пролапс митрального клапана – не болезнь и вообще не повод для беспокойства, а вариант нормы, так как этот прогиб довольно небольшой и обратный заброс крови не нарушает систему кровообращения. Хирургическое лечение пролапса нужно крайне редко, только тогда, когда перестройка створок клапана очень выраженная и формируется тяжелый порок сердца. Так что, если вам написали в заключении эхокардиографии «пролапс митрального клапана с регургитацией (это и есть обратный заброс крови) I–II степени», то спите спокойно. Лечить это не нужно.



Здравствуйтесь! У меня пролапс митрального клапана I-й степени, может ли это приводить к таким неприятным симптомам, как чувство неполного вдоха, неудовлетворенность вдохом, сильное сердцебиение, головокружение, как будто чувство выброса адреналина, неприятное ощущение в зоне солнечного сплетения при любых движениях туловища, слишком быстрое либо медленное дыхание? Спасибо.

ОТВЕТ: Добрый день. Не может. Пролапс митрального клапана I-й ст. – это НОРМА. Ваши симптомы носят психосоматический характер.

Большинство сердечно-сосудистых болезней можно объединить одним словом – «атеросклероз». Что это за зверь такой? И какое он имеет отношение к склерозу, который некоторые даже считают самой лучшей болезнью: ничего не болит и каждый день новости. Давайте разбираться.

Под воздействием традиционных факторов риска (курение, повышение холестерина, гипертония, диабет) начинает меняться внутренняя выстилка сосудов – эндотелий. Сосуды воспаляются, меняются их свойства: они становятся более подвержены спазму, к ним легче цепляются тромбы, они охотнее захватывают холестерин. Захват холестерина сосудистой стенкой ведет к формированию атеросклеротической бляшки, которая суживает просвет сосуда, препятствуя нормальному кровотоку. Под воздействием высокого давления сосуды становятся более плотными, они теряют способность расширяться – давление растет еще сильнее. Холестериновая бляшка на фоне сохраняющегося воспаления очень хрупкая, достаточно любого провоцирующего фактора (стресс, подъем давления), чтобы она разорвалась. В этот момент к месту повреждения приходят тромбоциты, образуется тромб, и кровоток полностью прекращается. Возникает сердечно-сосудистая катастрофа: инфаркт миокарда или инсульт.

Так почему же нарушение памяти называют склерозом? Все очень просто. Атеросклероз (сужение) сосудов головного мозга приводит к появлению огромного количества неврологических симптомов – головокружению, снижению слуха, расстройству сна и... снижению памяти. А потом первую часть слова – «атеро-» забыли. Остался просто «склероз».

Сердце, кстати, тоже не остается равнодушным к происходящему. На фоне повышенного давления стенки миокарда утолщаются, развивается гипертрофия левого желудочка (мы увидим это словосочетание в описании ЭКГ или эхокардиографии). Утолщенный миокард в какой-то момент перестает справляться со своими обязанностями и «устает». Сердце расширяется, «расползается», сократительная способность уменьшается. Развивается сердечная недостаточность, которая будет проявляться одышкой и отеками.

Процесс замещения нормальных клеток сердца на соединительную ткань, который неизбежно происходит на фоне гипертонии, атеросклероза и сердечной недостаточности, приводит к образованию посторонних очагов электрической активности. Это проявляется аритмиями – экстрасистолией, мерцательной аритмией, тахикардиями и т. д. Об этом мы подробно поговорим в разделе, посвященном нарушениям на ЭКГ.

Я себе представил сейчас мужчину средних лет, листающего эту книгу и уверенно думающего: «Нет, это все не про меня. Инфаркт, инсульт – все это будет не скоро, да и курю я не так уж и много». У меня, уважаемые мужчины, есть для вас неприятная новость. Давайте вспомним, а какая артерия в организме самая маленькая, а следовательно, самая уязвимая? Какая артерия будет страдать от атеросклероза раньше всех?

Артерии ног имеют диаметр 8–9 мм, сонные артерии – 6–7 мм, коронарные артерии – 3–4 мм. А вот артерия полового члена имеет диаметр всего лишь 1–2 мм. Поэтому первым признаком сердечно-сосудистого заболевания у мужчин становится не что иное, как эректильная дисфункция. Об этом неплохо задуматься тем смельчакам, которые любят бравировать фактом курения, «пивного животика», гипертонии и т. д.

Как самостоятельно спрогнозировать продолжительность жизни?

Десять лет назад мне довелось поработать в настоящей России. Не в той России, которая окружена асфальтовыми полосами Московской кольцевой автодороги и в которой я живу всю жизнь, а в той настоящей России, в которую нужно из Москвы лететь 3 часа самолетом до маленького городка с оригинальным названием Советский, а потом еще 2 часа вертолетом... Потому что автомобильных дорог там не было и не будет; лишь зимой через реки и болота грейдеры расчищают снежный тракт с непривычным столичному уху названием «зимник». Работа была незамысловата – обследовать трудящихся газодобывающей отрасли непосредственно «в среде их обитания».

Необычное открытие ждало нас в первый же день. Мужчины 30–35 лет, которые приходили на прием, выглядели на 10–15 лет старше своего паспортного возраста. Взгляды на титульный лист амбулаторной карты, затем на лица входивших не оставляли никакого сомнения – 35-летние работяги по внешнему виду вполне тянули на «полтинник». Состояние здоровья было соответствующим: повышенное давление, проблемы с печенью, хрипы в легких – полный джентльменский набор мужчины второй половины жизни.

В памяти возникла официальная статистика Минздрава: средняя продолжительность жизни россиянина в 2008 году составила 65,9 лет, причем у мужчин этот показатель чуть превышает 60 лет, у женщин – 70 лет.

В конце прошлого века дело обстояло еще хуже, среднестатистический мужчина умирал, едва дожив до 57 лет. В рейтинге стран-долгожителей, как ни печально, Россия занимает 161-е место.

Вспомним, какие факторы определяют вероятную продолжительность жизни. Они были рассчитаны еще в 80-х годах прошлого века экспертами Всемирной организации здравоохранения: по 20 % приходится на наследственность и факторы окружающей среды, лишь 10 % зависит от успехов медицины и, наконец, 50 % зависит от условий и образа жизни.

Говорить о генетических факторах безусловно интересно, но на сегодняшний день все успехи генной инженерии и биотехнологии не в силах на практике повлиять на доставшуюся от родителей наследственность. На окружающую среду жаловаться тоже не приходилось. Чистый снег и прозрачный воздух, изумительные хвойные леса и чистейшие реки, стекающие с Уральского хребта на восток, не позволяли заподозрить неладное. Можно было бы, как это принято, попенять на медицину, однако ежегодно к нашим труженикам тайги приезжали московские медики, дабы на ранних стадиях выявить и предупредить...

Итак, под серьезное подозрение попали оставшиеся 50 % образа жизни.

Всем знакомо изречение про то, что каждый человек в течение жизни должен посадить дерево, построить дом, вырастить ребенка. Знакомо, правда?

А вы знаете о том, что вместо настоящего дома, в котором будет тепло и уютно, мы зачастую строим совсем другой дом – дом, в котором поселится сердечно-сосудистая болезнь и будет отравлять нам десятки лет жизни?

Наша с вами задача, дорогой читатель, – не дать этому дому построиться, разрушить его на самых первых этапах строительства.

С чего начинается строительство любого дома? Правильно, с фундамента. И таким фундаментом у нас выступают факторы риска. Блоки фундамента – это гипертония, повышенный уровень холестерина, курение, ожирение, сахарный диабет, малоподвижный образ жизни, плохая наследственность. Построили фундамент?



Сверху ложится большая плита. Это пол нашего дома, который называется атеросклероз – сужение сосудов за счет образования в них холестериновых бляшек. Само здание дома – это сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярная болезнь, перемежающаяся хромота), то есть клинически выраженный атеросклероз. Бляшка растет, просвет сосуда сужается, и крови к органам поступает все меньше. Когда сужается коронарная артерия и сердце не получает достаточного количества крови, развивается стенокардия, если поражаются сосуды в ногах, что особенно часто происходит у курильщиков, тогда появляется перемежающаяся хромота.

Но самое страшное происходит тогда, когда атеросклеротическая бляшка разрывается. В этой зоне мгновенно возникает тромбоз, и приток крови внезапно прекращается. И это уже будет крыша нашего дома – инфаркт миокарда, инсульт и другие сосудистые катастрофы.

Давайте подробнее обсудим, из чего состоит фундамент дома и как можно оценить «темпы строительства».

Итак, факторы риска делят на немодифицируемые, то есть неизменяемые, и модифицируемые, на которые мы можем успешно влиять. Неизменяемых факторов риска три.

Во-первых, это возраст. Чем старше человек, тем больше у него вероятность заболеть сердечно-сосудистыми болезнями. Считается, что у женщин риск увеличивается после 65 лет, у мужчин – после 55.

Во-вторых, пол. Мужчины болеют сердечно-сосудистыми болезнями гораздо чаще женщин.

И третий, самый главный неизменяемый фактор, – это наследственность. Если родители страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями либо рано умерли от инфаркта или инсульта, то риск существенно повышается. На долю этих факторов приходится примерно 50 % «успеха» строительства дома. То есть нельзя сказать, что все болезни только из-за того, что мы много едим, курим, мало двигаемся и т. д. Все же наполовину в наших сердечно-сосудистых болезнях виновата генетика.

Но есть и вторая половина фундамента, это изменяемые факторы риска. Их гораздо больше – это артериальная гипертензия, повышение уровня холестерина, курение, сахарный диабет или преддиабет, ожирение, малоподвижный образ жизни, постоянные стрессы.

Чем больше факторов риска, тем сильнее возрастает суммарный риск, причем не в арифметической, а в геометрической прогрессии. Например, четыре фактора риска: курение, ожирение, гипертония и диабет – повышают риск не в четыре раза, а в 42. То есть один фактор риска умножается на другой. И самое главное, что большинством факторов мы можем успешно управлять. Но мы, как водится, ничего не делаем в силу своей слабости и лени.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

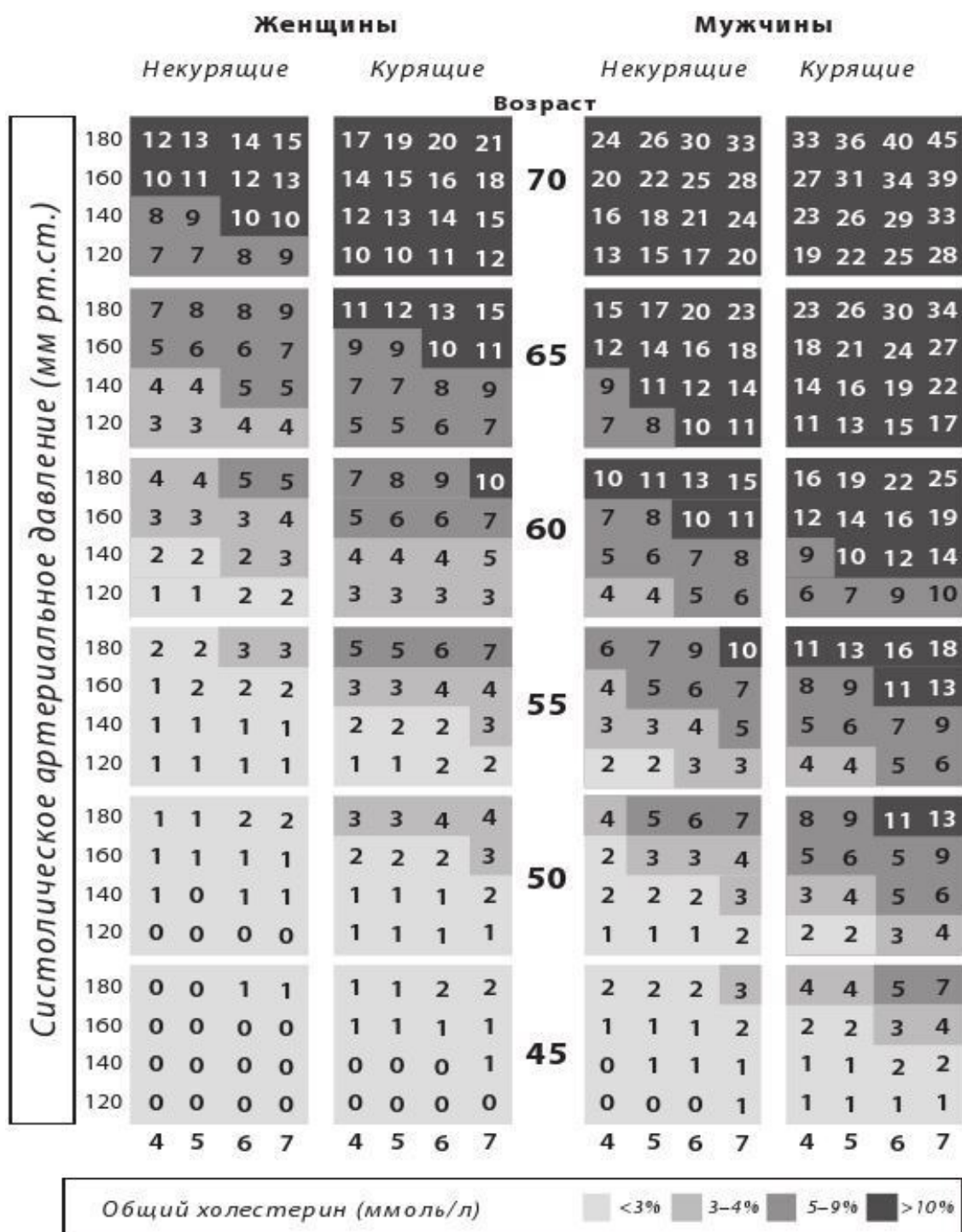
- **Неизменяемые:**
 - Мужской пол
 - Возраст — старше 65 лет для женщин и старше 55 лет для мужчин.

- Отягощенная наследственность (раннее начало сердечно-сосудистых заболеваний у родственников)
- **Изменяемые**
 - Артериальная гипертензия
 - Курение
 - Повышение уровня холестерина (общий холестерин >4,9 ммоль/л)
 - Сахарный диабет или преддиабет
 - Ожирение (индекс массы тела >30 кг/м²)*
 - Увеличение объема талии (мужчины >102 см, женщины > 88 см)
 - Малоподвижный образ жизни
 - Злоупотребление алкоголем

* Индекс массы тела = вес (кг) / рост (м)²

Прежде чем мы подробно поговорим о том, как повлиять на факторы, определяющие здоровье сердца и сосудов, давайте займемся серьезным научным прогнозированием и попытаемся приблизительно рассчитать вероятность сердечно-сосудистого осложнения. Итак, посмотрите на эту таблицу, она называется «шкала SCORE», в переводе – систематическая оценка коронарного риска. Она позволяет определить риск смерти в ближайшее десятилетие от сердечно-сосудистой патологии – ИБС, атеросклероза периферических и мозговых артерий, даже при отсутствии клинических проявлений болезни. Эта таблица была создана более 10 лет назад по результатам двенадцати эпидемиологических исследований, которые проводились как в Европе, так и в России. В ходе разработки таблицы было изучено состояние здоровья 200 тысяч человек, так что ей вполне можно доверять.

ШКАЛА SCORE ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РИСКА ИНФАРКТА И ИНСУЛЬТА



Пользоваться таблицей очень просто! Вспомните свой пол и возраст. Курильщик вы или не курильщик? Причем если вы бросили курить меньше, чем 5 лет назад, то вы, конечно, молодец, но с точки зрения расчета риска пока еще считаетесь курильщиком. Если больше 5 лет назад, тогда ваш риск приближается к некурящим. Если ваш возраст, например, 53 года, то округляйте в большую сторону, берите раздел «55 лет». Теперь мы должны узнать уровень давления и уровень общего холестерина. Если вы ни разу не измеряли холестерин, то надо обязательно пойти в лабораторию и сделать анализ крови на холестерин.

Число, полученное на пересечении заданных параметров, означает вероятность смерти от инфаркта, инсульта или другой сосудистой катастрофы в ближайшие 10 лет. Кстати, высо-

ким уже считается риск, равный 5 %. Думаете 5 из сотни – это немного? А если этим пятерым по 50 лет?

У 65-летнего мужчины, который ведет здоровый образ жизни, не курит, с нормальным давлением и низким холестерином, риск смерти от сердечно-сосудистого заболевания составляет всего 7 %. И такой же риск будет у 40-летнего мужчины, курильщика, с высоким холестерином. Таким образом, молодой 40-летний мужчина с высоким давлением и вредными привычками тут же себя состаривает на 25 лет, так как риск у него такой же, как у пожилого мужчины.

Однако, как можно заметить, эта шкала не учитывает семейную историю сердечно-сосудистых болезней. Если у вас в роду были родственники, перенесшие в раннем возрасте инфаркт или инсульт, риск можно умножать еще на полтора раза. Если вы ведете малоподвижный образ жизни, страдаете ожирением, если у вас частые стрессы или нет работы, либо у вас есть какое-то хроническое воспалительное заболевание, например ревматоидный артрит, то, к сожалению, каждый из этих факторов еще больше увеличивает суммарный риск.

Таблица SCORE хорошо демонстрирует, как снизится риск, если взяться за ум и бросить курить, полечить гипертонию, снизить холестерин. Кому из вас не хочется снизить вероятность инфаркта в 6 раз?

А как же быть тем, кто моложе 40 лет? Для них вроде бы в табличке места не предусмотрено. Действительно, молодой возраст и компенсаторные возможности организма до поры до времени защищают молодых людей от болезней сердца и сосудов. Тем не менее у курильщика с высоким холестерином и высоким давлением риск в любом случае будет примерно в 6 раз выше, чем у молодого здорового человека без этих факторов риска. Пройдет немного времени, и заложенная вами мина замедленного действия обязательно сработает.

Чуть не забыл сказать, что шкала SCORE годится только для тех людей, у которых нет ни ишемической болезни сердца, ни сахарного диабета, ни инфаркта миокарда, ни инсульта в прошлом. Если есть что-то из перечисленного, то увы, сердечно-сосудистый риск уже считается очень высоким.

Итак, оценили риск? Задумались? У меня есть для вас хорошие новости. Многое еще можно исправить.

Давай потушим, товарищ, по одной...

Сложно и неоригинально говорить о вреде курения; минздравы всех стран с разной степенью настойчивости прямо с сигаретных упаковок призывают людей не курить. Даже в России теперь один фасад сигаретной пачки почти полностью украшен фотографиями человеческих органов, которые поражены заболеваниями, вызванными курением.

Впрочем, вернемся в ту, настоящую Россию, которая лежит далеко за МКАД, куда меня занесло вертолетом в приполярную командировку. Практически все мои пациенты были курильщиками со стажем. Некоторые к своим 35 годам имели стаж курения около 40 пачка/лет. Как может стаж курения превышать возраст? Очень просто. Вред от курения до некоторой степени зависит от дозы, поэтому в мире индекс курильщика принято рассчитывать как число пачек сигарет в день, умноженное на количество лет курения. Таким образом, подросток, закуривший в 15 лет, быстро доведший свою дозу до 2 пачек в день и пришедший ко мне в 35 лет, вполне может иметь стаж курения 40 пачка/лет.

Что мы можем пообещать такому мужчине? Во-первых, то, что вскоре он может перестать быть мужчиной в полном смысле слова. Сужение сосудов в организме ведет не только к болезням сердца, но и довольно быстро вызывает *эректильную дисфункцию*.

Во-вторых, развитие заболеваний легких. Причем это далеко не только рак легких, про который теоретически знают почти все, полагая, что этим вред курения и ограничивается. Существует еще одна очень частая и тяжелая болезнь, распространением которой озабочены системы здравоохранения всего мира. Называется она «*хроническая обструктивная болезнь легких*» (ХОБЛ). Суть заболевания такова. На фоне хронического воздействия табачного дыма бронхи начинают медленно и необратимо суживаться. К 60 годам значения бронхиальной проходимости снижаются до критических (около 40 % от должного). Человек уже не может выполнять привычную нагрузку без одышки, к 70 годам становится инвалидом, зависимым от кислородного концентратора, ожидающим медленной гибели от дыхательной недостаточности. К сожалению, медицина не располагает радикальными средствами лечения ХОБЛ. Заметим, что даже отказ от курения в любом возрасте замедлит темпы снижения бронхиальной проходимости, но не приведет к обратному развитию болезни. Распространенность хронической обструктивной болезни легких у мужчин в США составляет более 5 %, в России точной статистики по этой болезни нет (это связано с несовершенством статистического учета), но можно полагать, что истинный показатель еще выше.

Однако далеко не всем удастся дожить до тяжелых легочных заболеваний. Основная масса курильщиков погибнет гораздо раньше (как раз к 60 годам!) от сердечно-сосудистых заболеваний. Ни один из факторов риска не может сравниться с курением по силе пагубного воздействия на сосуды. Примерно на 10 лет меньше живут заядлые курильщики. Это они – наши 40–45-летние пациенты кардиореанимаций, госпитализированные с первым инфарктом миокарда. Для некоторых это становится грозным знаком, который заставляет их бросить курить. Кого-то не останавливает даже инфаркт.



Бросать курить можно и нужно в любом возрасте и при любом стаже курения. Самое главное, что это не так сложно, как кажется.

Впрочем, я увлекся описаниями ужасов, ожидающих курильщиков. Ведь есть же люди, выкуривающие всего 3–5 сигарет в день, есть же легкие сигареты, наконец даже где-то в Интернете было написано, что у курильщиков реже возникает болезнь Альцгеймера!

Пагубный эффект курения действительно до некоторой степени зависит от количества выкуриваемых сигарет – чем больше, тем хуже. Но оказалось, что эта зависимость не совсем линейная: риск резко возрастает у тех, кто выкуривает больше пачки сигарет в день, а вот для курящих 3 или 15 сигарет он почти не различается. Более того, оказалось, что вред от одной сигареты всего лишь (!) в два раза меньше, чем от одной пачки сигарет. Это вполне объяснимо, продуктов сгорания одной сигареты вполне достаточно, чтобы вызвать внутрисосудистое воспаление, которое запускает механизмы развития атеросклероза.

Легкие сигареты – это не что иное, как эффектный рекламный шаг табачных промышленников. Снижение дозы никотина в сигарете требует, как правило, увеличения количества выкуриваемых сигарет в день для достижения прежнего удовольствия. А вот суммарная доза канцерогена окажется выше! Ведь рак вызывает не сам никотин, а смолы и дым, вдыхаемые при курении, которые и в «легких», и в «тяжелых» сигаретах содержатся практически в одинаковом количестве. Слабое утешение курильщика – не дожить до старческого слабоумия (болезни Альцгеймера), но можно ли всерьез использовать этот аргумент в защиту своей привычки – это личное дело каждого. Кстати, о деменции и курении – специально посмотрел сейчас всемирную базу данных по клиническим исследованиям (есть такая в Интернете), так вот, последние исследования уверенно опровергают этот миф. Увы, курильщики чаще болеют слабоумием... Последние надежды рухнули.

Короче говоря, перспективы не очень радостные. Давайте думать, что сделать для того, чтобы отказаться от этой досадной привычки.

Во-первых, сразу ответчу на несколько вопросов и возражений, которые обычно возникают.

– Вред курения вообще-то не доказан. Борьба с курением – это все заговор мафии, производящей лекарства.

– В последний год после принятия в России сурового антитабачного законодательства эта карта очень активно разыгрывается лоббистами табачной промышленности, которые активно фальсифицируют данные медицинских исследований. Вред курения доказан, еще как доказан. Тысячи исследований опубликовано в ведущих журналах мира начиная с 1961 года, когда впервые британцы (ох уж эти британские ученые!) заговорили о вреде курения. А что до заговора «фарммафии», то, наверное, ей было бы выгодно, чтобы больных сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями было как можно больше. Вот рынок сбыта-то для лекарств!

– Я курю уже много-много лет, и один «опытный врач» (обязательно здесь появится этот образ прокуренного старикана в белом халате!) сказал мне, что мне уже нельзя бросать курить, иначе будет только хуже.

– Неправда. Точнее, неграмотная, вредная ложь. Считается, продолжать курение можно только больным с неизлечимым раком с ожидаемой продолжительностью жизни меньше 6 месяцев. Всем остальным стоит предпринять все усилия для того, чтобы увеличить продолжительность жизни. В моей практике бросали курить даже пациенты со стажем курения больше 60 лет. Все зависит от настроения и от настойчивости доктора.

Несколько лет назад ко мне пришел 75-летний мужчина, житель одной кавказской республики, с жалобами на тяжелую одышку. Он курил столько, что его индекс курящего человека превышал 100 пачка/лет. Я диагностировал у него хроническую обструктивную болезнь легких и сообщил, что единственный доказанный метод, который может остановить заболевание, – это отказ от курения. Честно говоря, я ожидал традиционных фраз типа: «Доктор, я уже столько курю, я не смогу бросить, сколько

проживу, столько проживу...» Но вместо этого этот мудрый пожилой человек произнес: «Хорошо, доктор. Если вы говорите, что надо бросить курить, я брошу. Это без воды, без хлеба нельзя прожить, а без сигарет можно...» Мы встретились с ним через три месяца, курить он бросил.



Уважаемый Антон Владимирович! Скажите, пожалуйста, может ли отказ от курения отрицательно повлиять на сердце и сосуды? Мне 58 лет, стаж курения 35 лет, хочу бросить курить, но боюсь за здоровье. Моя знакомая в таком же возрасте и с таким же стажем курительщика бросила курить, и сразу у нее произошел инсульт. Что делать, не знаю!

ОТВЕТ: Нужно обязательно бросить курить, в перспективе и сердце, и сосуды получают от этого колоссальную пользу. Если вас что-то исходно смущает – посоветуйтесь с кардиологом. Но считайте злейшим врагом человека, который вам скажет, что бросать курить не стоит. Инсульт происходит не оттого, что человек курить бросает, а от плохо леченной гипертонии и мерцательной аритмии. Удачи!

– Мы живем в такой неблагоприятной экологической обстановке, дышим выхлопными газами, что курение уже особенно ничего не добавляет к этому вреду.

– Странно, не правда ли? Любому первокласснику очевидно, что $1+1=2$, а никак не 1 и уж тем более не 0. Два фактора риска суммируются, но никак не растворяются друг в друге. Неблагоприятная экология не прибавляет здоровья, это правда, но пагубная роль курения уж точно никуда не девается.

– Мой дедушка всю жизнь курил и дожил до 100 лет.

– А если бы не курил, дожил бы до 150. Ничего в медицине не доказывают отдельные примеры. Большая статистика, к сожалению, свидетельствует об обратном. И, поверьте, от факта долгожительства вашего дедушки вам не будет легче на реанимационной койке инфарктного отделения.

И еще одна важная деталь. Очень важно понимать опасность пассивного курения. Всегда говорю своим студентам и друзьям: «Никогда не позволяйте курить в своем присутствии». Существуют очень убедительные данные, что сердечно-сосудистый риск у «интенсивных пассивных курильщиков» (официант ресторана до принятия нового закона, некурящий программист в непроветриваемой комнате с пятью курящими коллегами) такой же, как у человека, выкуривающего полпачки сигарет в день. Так что, дорогие некурящие, гоните курильщиков от себя прочь.

Хватит страшилок, давайте думать, как помочь курящим людям избавиться от вредной привычки. Начнем с того, что отказ от курения – это осознанный процесс. Я, как врач, не смогу заставить вас через силу бросить курить; даже самые современные лекарственные препараты будут бессильны при отсутствии осознанного желания пациента.

Прежде всего поймите, для чего вам это нужно. Возьмите лист бумаги, разделите его на две части, напишите плюсы и минусы отказа от курения.

Минусы, очевидно, будут. Это нелегкий период адаптации к новому состоянию. Это нарушение привычного образа жизни. Это потеря минут общения с «друзьями» (в кавычках!) и коллегами в курилке. Остальные минусы придумайте сами.

Теперь записываем плюсы. Проходит противный утренний кашель. Исчезает запах изо рта и от одежды, так раздражающий коллег и домочадцев. Улучшается состояние кожи. Улуч-

шается потенция и способность к зачатию. Появляется обоняние (удивительно, но иногда именно это больше всего восхищает людей, бросивших курить!). Появляются дополнительные сэкономленные деньги (кстати, иногда это немаленькая сумма)... А-а, чуть не забыл. На несколько лет увеличивается продолжительность жизни. Пустячок, а приятно.

Плюсы перевесили минусы? Тогда вперед.

Часто спрашивают, как лучше бросать курить, сразу или постепенно. Кому как. Если вы курите очень много, то, возможно, есть смысл в течение нескольких месяцев провести постепенное снижение дозы. Но потом последний рывок все равно придется сделать. Иначе вы рискуете надолго зависнуть в рядах людей, много лет твердящих одно и то же: «Ну, я уже бросаю...» Не бывает чуть-чуть курящих, иногда курящих. Либо «да», либо «нет».

Многим людям для отказа от курения нужна сильная мотивация, положительная или отрицательная. Положительной мотивацией может быть беременность, рождение ребенка или внука. Чаще бросают под воздействием отрицательной мотивации – тяжелой болезни, сердечного приступа, смерти кого-то из одноклассников или друзей. Нужно ли этого дожидаться?



Я планирую рожать. При этом я курю. Нужно ли бросать курить во время беременности или достаточно сократить количество сигарет? Нужно ли бросать курить мужу?

Маша, Москва.

ОТВЕТ: Уважаемая Маша! Сейчас от вашего решения зависит, будет ли ваш ребенок подвержен бронхолегочным, аллергическим, простудным заболеваниям. Бросить курить нужно и вам, и вашему мужу. Рождение ребенка – очень хороший стимул для того, чтобы на это решиться.

Итак, подготовительный период.

Выберите дату отказа от курения. Расскажите об этом всем: домочадцам, коллегам, друзьям-подругам. Чем больше людей будет вовлечено в этот процесс, тем сложнее потом будет «отвертеться». Сделайте эту дату «семейным праздником».

Проанализируйте те ситуации, в которых вы чаще всего закуриваете (ожидание автобуса на остановке, просмотр телевизионных программ, паузы на работе), подумайте, чем вы сможете заменить курение в этой ситуации.

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.