

МЯСНИКОВ А.Л., РОДИОНОВ А.В.

ПАРАМОНОВ А.Д., ДЕМИЧЕВА О.Ю., СМИТИЕНКО И.О.

ПРОГРАММА ОЗДОРОВЛЕНИЯ НАЦИИ «ПОРА ЛЕЧИТЬСЯ ПРАВИЛЬНО»



ПОРА ЛЕЧИТЬСЯ ПРАВИЛЬНО

МЕДИЦИНСКАЯ
ЭНЦИКЛОПЕДИЯ



- СИМПТОМЫ И ДИАГНОСТИКА БОЛЕЕ **400 ЗАБОЛЕВАНИЙ** СЕРДЦА, СУСТАВОВ, ЖЕЛУДКА, КИШЕЧНИКА И ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ
- СПИСОК ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ПОМОГАЮЩИХ ЛЕКАРСТВ
- НОРМЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ АНАЛИЗАХ
- АВТОРЫ – ВРАЧИ, КОТОРЫМ ДОВЕРЯЮТ МИЛЛИОНЫ РОССИЯН

**ВСЕ,
ЧТО НУЖНО
ЗНАТЬ
О ЗДОРОВЬЕ**

**ПОД ОДНОЙ
ОБЛОЖКОЙ**

**Алексей Дмитриевич Парамонов
Антон Владимирович Родионов
Александр Леонидович Мясников
Ольга Юрьевна Демичева
Илья Олегович Смитиенко**

**Пора лечиться правильно.
Медицинская энциклопедия**

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=31512112

ISBN 978-5-04-091379-4

Аннотация

«Пора лечиться правильно» – это книга-путеводитель для тех, кто хочет быть здоровым, кто привык жить по принципу «доверяй, но проверяй», кто верит в возможности настоящей доказательной медицины и желает сам разобраться в том, что происходит с его организмом. Издание состоит из пяти ключевых для отечественного здравоохранения разделов. Первый посвящен различным сердечно-сосудистым заболеваниям, включая стенокардию, гипертонию, инфаркт и инсульт. Во втором разделе рассматриваются различные заболевания желудочно-кишечного тракта, такие как гастрит, язвы, синдром раздраженного кишечника, а также менее серьезные, но не менее проблемные состояния: изжога, тошнота,

запор, диарея и др. Третий раздел – исчерпывающая информация о суставных заболеваниях – остеопороз, артроз, ревматоидный артрит и многие другие. Четвертый раздел рассказывает о различных эндокринных заболеваниях, включая болезни щитовидной железы и, конечно, сахарный диабет. В последнем, пятом разделе представлена исчерпывающая информация о современных лекарственных препаратах – как настоящих, так и абсолютно бесполезных (вы действительно будете удивлены), а также о самых популярных анализах: когда и кому они показаны, а в каких случаях могут быть бесполезны и даже вредны. Эта книга поможет вам лучше разобраться в своем состоянии, научит говорить с врачом на одном языке, а также станет помощником и наставником в непростом деле борьбы за собственное здоровье.

Содержание

Сердце и сосуды	7
Предисловие от Александра Мясникова	7
Раздел I. Здоровое сердце и факторы риска сосудистых заболеваний	10
Глава 1. Здоровое сердце и сосуды: как они работают?	10
Глава 2. Факторы риска	16
Раздел II. Артериальная гипертония и гипертоническая болезнь	26
Глава 3. Арифметика артериальной гипертонии	26
Глава 4. Откуда эта напасть на нашу голову?!	31
Глава 5. Органы-«мишени»	37
Глава 6. Принципы немедикаментозного и медикаментозного лечения	47
Раздел III. Атеросклероз – ржавчина жизни	59
Глава 7. Боль в груди. Стенокардия?	59
Глава 8. Острый коронарный синдром и инфаркт	66
Глава 9. Жизнь после инфаркта	73
Глава 10. Хроническая ишемическая болезнь сердца	79

Раздел IV. Сердечная недостаточность	86
Конец ознакомительного фрагмента.	91

**А. Л. Мясников,
А. В. Родионов,
А. Д. Парамонов,
О. Ю. Демичева,
И. О. Смитиенко**

**Пора лечиться
правильно. Медицинская
ЭНЦИКЛОПЕДИЯ**

© Мясников А. Л., текст, 2015

© Родионов А. В., текст, 2015

© Парамонов А. Д., текст, 2017

© Демичева О. Ю., текст, 2016

© Смитиенко И. О., текст, 2016

© ООО «Издательство «Э», 2018

* * *

Сердце и сосуды

Предисловие от Александра Мясникова

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

Не то чтобы лавры деда не дают мне покоя, но спокойно созерцать, как сердечно-сосудистые болезни выкашивают самую активную и трудоспособную часть населения, я не хочу. И тут уж кто как может. Врачи-кардиологи спасают инфарктных больных, ставят стенты, борются с сердечной недостаточностью, аритмиями и стенокардией. Как практи-

кующий врач и руководитель скорпомощной больницы делаю это и я, только наших общих «медицинских» усилий совершенно недостаточно! Атеросклероз и гипертония – враги всего человечества, и бороться с ними мы должны все вместе, от мала до велика, невзирая на профессию, пол, социальное положение!

А ведь все в наших силах! Главное – в них поверить! Для этого надо хорошо узнать своего врага, изучить его привычки, понять, кто ему помогает и чего он боится! Вот в этом я и вижу свою роль! Мы все уже привыкли к дежурно-нудным врачебным причитаниям: не кури, не пей, не ешь на ночь, не нервничай... Мы давно пропускаем это мимо ушей и покорно умираем в 40 лет от инфаркта или лежим с памперсом, прикованные к постели инсультом... Я не открою никакой страшной тайны, более того – я даже не буду утверждать, что, если мы все завтра проснемся другими людьми и будем все соблюдать и делать правильно, мы изведем эту напасть – есть генетическое предрасположение, неполное понимание причин, Божья Воля, наконец! Но я покажу вам, что приводит к этим болезням, как снизить риски, когда достаточно одного здорового образа жизни, а когда надо уже профилактически принимать лекарства, когда можно заподозрить притаившуюся болезнь и алгоритм действий при ее проявлении. Главное помнить: атеросклероз и гипертонию победят не врачи – победите вы! Если возьмемся всем Миром, когда развернем лицом к нам (а не к куче долларов!) пищевую и фармаколо-

гическую промышленности, когда будем ответственно относиться к Стране, чье основное богатство – наше здоровье.

И к своим правнукам, которых мы сегодня совершенно несправедливо и неоправданно лишаем возможности видеть нас вживую, а не на истертых фотографиях! Ну что, начинаем?

Раздел I. Здоровое сердце и факторы риска сосудистых заболеваний

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

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

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

Начнем с главного: сердца. С медицинской точки зрения сердце – просто насос, перекачивающий кровь по огромной

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

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

Если вы приложите ухо к грудной клетке супруга или своего ребенка, вы услышите, как оно бьется:

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

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

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

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

Собственно первичное поражение сердца – мышцы, клапанов – встречается относительно редко: вирусные миокардиты, ревматизм, кардиомиопатии различного происхождения, инфекции... Когда мы говорим о нарастающей эпидемии сердечных болезней, мы подразумеваем поражение именно сосудов, в частности и тех сосудов, которые питают сердечную мышцу. Действительно, сосуды, те, по которым насыщенная кислородом кровь от сердца разносится по всем органам и тканям, называются артериями. Вот это наиболее уязвимое место! Это не просто трубочки, по которым течет кровь! (Так с очень большой натяжкой можно еще сказать про вены – сосуды, которые собирают отдавшую кислород и питательные вещества кровь от органов и тканей, и по которым она идет на «дозаправку» в легкие.) Артерии – это самостоятельный орган, внутренние стенки которых (эндоте-

лий) вырабатывают множество биологически активных веществ, влияющих на кровоток и тромбообразование. Множество километров (!!!) артерий, пронизывающих наш организм, обладают саморегуляцией и вместе с нашей нервной системой и гормонами обеспечивают бесперебойное кровоснабжение тканей в постоянно меняющихся условиях. Бесперебойное до тех пор, пока за дело не возьмемся мы... Вооруженные ложками и вилками, с артподготовкой десятками сигарет и вдохновленные идеологией: «Да чего там, ерунда все это! Один раз живем!», мы ведем позиционную (позиция – лежа на диване) войну против сложнейшего и совершеннейшего механизма! Для профессионала, который знает чудо происходящих в артериях процессов – это подобно тому, как наблюдать за вандалом, кромсающим ножом полотно Боттичелли!

Нервная система регулирует различные процессы нашего организма, в том числе и кровообращение, через определенные рецепторы (альфа, бета...). Это своего рода «замочные скважины», которые или открывают доступ к управлению, если ключ-импульс подходит, или нет – в случае несовпадения. Поэтому, когда в аннотации к лекарству, например от гипертонии, вы видите надпись «бета-блокатор» или «альфа-блокатор» – мы уже можем понимать принцип их действия.

Вообще регуляция кровоснабжения – сложнейшая и важнейшая вещь! Возьмем артериальное давление. Его ре-

гулируют барорецепторы шеи, гормоны почек, специальные структуры нашего мозга.

Для регуляторной системы в первую очередь важно обеспечить именно стабильность, постоянство уровня артериального давления. Ведь его внезапное падение (допустим, кровотечение!) может оставить без кислорода мозг, а это несколько минут и все! При этом, если артериальное давление устойчиво повышено, барорецепторы начинают воспринимать его как нормальное (ну да, лишь бы не колебалось!). Отсюда определенные трудности в начале лечения: начинаем снижать, а организм сопротивляется – ему постоянство прежде всего! Потом, когда давление все же удалось снизить и стабилизировать, перенастраиваются барорецепторы, и начинают охранять уже этот уровень. Ну а главная роль в формировании уровня артериального давления принадлежит почкам! Все знают, что почки – органы, которые формируют и выводит мочу, очищая организм от шлаков. Но ведь у них есть и другая важнейшая функция – регуляция артериального давления, и осуществляет это собственная гормональная фабрика почек! Именно поэтому проблемами артериальной гипертензии на Западе занимаются врачи-нефрологи, а не кардиологи, как у нас. (Кстати, почка еще вырабатывает вещество эритропоэтин, которое стимулирует выработку наших красных кровяных телец-эритроцитов, и обладает еще рядом важнейших функций: выработка витамина D и проч.!)

Глава 2. Факторы риска

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

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

Далее идут факторы риска, которые мы можем модифицировать. Я о них довольно подробно говорил в предыдущих книгах, но в книге по кардиологии не упомянуть их еще раз просто невозможно! (Тем более что избавляться от этих факторов многие так и не спешат, может, в итоге хоть кого-то «продолблю»!)

К – У – Р – Е – Н – И – Е!!! Что – в зубах навязло? Понимаю, уж мне – то как навязло! Но что делать: уже с математической точностью доказано, что хроническое курение сигарет провоцирует атеросклеротическое поражение артерий! Вот марихуана не провоцирует (там свои тяжкие про-

блемы), а сигаретный табак провоцирует. Трубка и сигары не провоцируют, эти только рак вызывают: полости рта, носоглотки, миндалин, легких. А вот сигареты – и рак легких в большом количестве, и инфаркты с инсультами... Вот как-то так. Кстати, там не только никотин, бензол и смолы: угарный газ, образующийся при курении, намертво связывается с гемоглобином и образует соединение, кислород переносить не способное (собственно, для чего гемоглобин и нужен). Как бы мы ни кричали, что нас ущемляют, запрещая курить там, где мы хотим, посмотрите на данные европейских стран: запретили и уже всего через год кривая инфарктов резко пошла вниз! И все эти: с фильтром, без фильтра, облегченные, без никотина, – все уловки табачных компаний, не работает это, ничего курить нельзя! Понятно, что, если раз в год выпил хорошего коньяка и под интересный разговор затянулся сигарой или трубкой, то ничего не будет, я не ханжа, но хроническое курение – один из наиболее опасных болезнетворных факторов практически во всех областях медицины!

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

Повышенный холестерин. То, что забивает наши сосуды, липнет к их стенкам, препятствует кровотоку. Без холестерина жить нельзя: из него, как кирпичи из глины, делаются основные гормоны нашего организма. Поэтому он вы-

рабатывается печенью и другими органами для обеспечения жизнедеятельности. Лишь 20 % холестерина поступает в организм извне. Но мы же упорные! Генетика, воспалительные процессы подстегивают выработку холестерина, а мы еще и сверху с горкой добавим! Так добавим, что перестроим весь энергетический баланс, добьемся устойчивости к инсулину, окунемся в этот атеросклероз – «ржавчиной жизни» его называют!

Холестерин можно разделить на «плохой» – его называют холестерином низкой плотности и «хороший» – этот высокой плотности. «Плохой» холестерин как раз тот, что откладывается в сосудах, «хороший», наоборот, транспортирует «плохой» в печень на уничтожение и тем самым очищает сосуды! Так что здоровый человек должен не только иметь низкий уровень «плохого» холестерина, но и высокий уровень «хорошего». Повышают уровень «хорошего» холестерина (высокой плотности, напоминая) лекарства-статины, физическая нагрузка и малые дозы алкоголя. Вот почему кардиологи не возражают против умеренного потребления вина! Умеренное – это один бокал в день для женщин и два – для мужчин. Когда вам выдают анализ на руки, вы в правом столбце можете видеть границы нормы, приведенные там для ориентации. Только вот для ориентации кого? Врач должен это знать назубок, а если в чем не уверен, то читать надо совсем другие тексты. А пациента эти референсные цифры в случае параметров холестерин-

вого обмена могут ввести (и вводят!) в заблуждение! Дело в том, что единой нормы показателей холестерина обмена для всех нет! Знали об этом? Например, значения «плохого» холестерина низкой плотности в 4 ммоль/л могут быть нормальными для человека 35 лет, без избыточного веса и никогда не курившего, а притом для другого – курильщика с повышенным давлением, а то и сахаром – это будет уже значениями, которые уже нужно корректировать лекарствами! Ну а если такие величины наблюдаются у пациента с уже установленной стенокардией или диабетом, тут они и вовсе рассматриваются как угрожающие и должны лечиться особенно агрессивно! То есть норма у каждого своя, она зависит от наличия и степени выраженности других факторов риска. Поэтому при одних и тех же показателях одному пациенту показано просто наблюдение, другому – диета, а третьему уже лекарственная терапия.

Если вы здоровый человек и пришли на очередную диспансеризацию, то вам должны определить уровень общего холестерина и «хороший» холестерин высокой плотности. Дело в том, что уровень «плохого» холестерина низкой плотности обычно не определяется и рассчитывается при наличии других факторов риска. Именно рассчитывается по формуле, а не определяется лабораторно: этого, как правило, достаточно. В формуле рассматривается и величины триглицеридов: совсем легкие жиры («пена»!), до последнего времени считалось, что решающего значения в развитии коронар-

ного атеросклероза они не имеют, хотя избыточное их количество тоже ничего хорошего не приносит: взять хотя бы панкреатиты! Сегодня на скамью обвиняемых в угрозе нашему сердцу посадили и их, однако пока не ясно: приводит ли их снижение к параллельному снижению рисков.

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

Повышенный сахар. Пусть даже весьма умеренно > 5.7 ммоль/литр, пусть еще далеко до диабетических 7 ммоль/литр – все равно риск атеросклеротического поражения сосудов возрастает значительно! Ну а если цифры перевалили за 7 ммоль/литр и у вас диабет, это автоматически переводит вас в разряд пациентов с больным сердцем! В 2002 году врачи договорились считать диабет эквивалентом ишемической болезни сердца и даже придумали соответствующее название: диабетическая болезнь сердца! Это сделано для того, чтобы предотвращать сосудистые осложнения у таких больных особенно агрессивно, так как мы это делаем при стенокардии. Это касается назначения лекарств, понижающих холестерин, аспирина, других мер.

Воспаления и инфекции. Много лет назад я был аспирантом Всесоюзного научного кардиологического центра, и

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

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

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

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

Недавно врачи специально сфокусировали внимание на том, что мы недооцениваем роль овощей, фруктов и клетчатки в предотвращении многих заболеваний, особенно сердечных. Теперь в перечень факторов риска вошло **низкое потребление овощей и фруктов.** Напомню: нормальное количество овощей и фруктов, которые каждый человек должен употреблять ежедневно – по 500 граммов в день и того,

и другого. Это не опечатка: по полкило фруктов и полкило овощей ежедневно. Если меньше – ваше сердце под угрозой!

Трудно в нашей стране говорить о возможной пользе алкоголя. Действительно, людские и экономические потери от злоупотребления алкоголем в нашей многострадальной стране огромны! Сегодня на обеспечение обязательного медицинского страхования в среднем по стране государство тратит по 7 тысяч рублей в год. Совокупные потери от алкоголизма составляют в среднем 10 тысяч в год на душу населения! То есть потери от алкоголизма превышают все наши расходы на медицину!

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

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

Перечень факторов риска можно продолжать. Тут и переизбыток железа, и «жировая печень», и повышенный уровень мочевой кислоты, и склонность к повышенной свертыв-

ваемости, и даже низкий вес при рождении. Биостатистика все высчитала, она сегодня – царица медицинских наук, не зря мой сын на первом курсе медфакультета Сорбонны не анатомию с физиологией штудировал (это позже!), а математику и биостатистику! На основе сочетания факторов риска можно с большой долей вероятности высчитать возможность развития инфаркта и инсульта. Для того и пишу эту книгу, чтобы мы с вами спутали все эти расчеты. Ведь «кто предупрежден, тот вооружен», как говаривал кардинал Ришелье! Немного не к месту вспомнил другую фразу его преемника кардинала Мазарини: «Рассматривайте всех людей как глубоко порядочных, но имейте с ними дело так, как если бы они были отъявленными мошенниками!» Как видите, министры в прошлом были люди неглупые и с большим юмором! Вот еще цитата, теперь уже английского премьер-министра: «Какая разница между несчастьем и катастрофой? Вот если Дизраэли, министр иностранных дел, упадет в Темзу – это несчастье! Но вот если его оттуда вытащат – это уже катастрофа!»

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

1. Не курить.
2. Быть физически активным.
3. Иметь нормальный холестерин.
4. Нормальный сахар.

5. Нормальное артериальное давление.

6. Нормальный вес.

7.

Соблюдать принципы здорового питания.

Правда же, все очень просто?

Раздел II. Артериальная гипертония и гипертоническая болезнь

Глава 3. Арифметика артериальной гипертонии

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

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

А вот и нет! По настоянию Американского общества по изучению артериальной гипертонии 120/80 сегодня рассматриваются уже как «предгипертония» и требует изменения образа жизни! И это не капризы медицинской тусов-

ки, не «умничаение», а отражение того установленного факта, что риск атеросклеротического поражения сосудов начинает возрастать уже при выходе АД за рамки 115/75! Пусть минимально, но начинается, и доктора сдвинули понятие нормы всего на 1 мм рт. ст. как раз для того, чтобы обратить на это внимание всех! Теперь:

Нормальное АД – 119/79 и ниже

«Предгипертония» – 120/80–139/89

Гипертония – 140/90 и выше

Гипертония 1 степени – 140/90–159/99

Гипертония 2 степени – 160/100–179/109

Гипертония 3 степени – 180/110 и выше.

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

119/79 – оптимальное АД

120/80–129/84 – нормальное АД

130/85–139/89 – «высоко нормальное» АД

140/90 и выше – гипертония.

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

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

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

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

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

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

В первом случае цифры АД будут: «верхнее» 140 и больше при «нижнем» менее 90 мм рт. ст. Такой вариант часто встречается в старости. Одно время это рассматривалось чуть ли не как «норма» для лиц пожилого возраста, дескать, если снижать – они начинают плохо себя чувствовать. Одна-

ко впоследствии медицинская статистика показала, что пожилые люди с неконтролируемой изолированной систолической гипертензией значительно чаще подвержены инфарктам и инсультам, поэтому ее надо лечить.

Другой вариант – изолированная диастолическая гипертония – часто встречается у молодых, до 40 лет, людей. «Вот у меня очень маленький разрыв между верхним и нижним давлением» – очень часто такое слышит каждый врач! Верхние («систолические») цифры АД будут ниже 140, а нижние («диастолические») – более 90 мм рт. ст. Прогностически такой вариант менее опасен как фактор риска для атеросклероза артерий, поэтому не всегда требует лечения. Некоторые врачи оспаривают достоверность этих данных клинических наблюдений, говоря, что мы недооцениваем изолированную диастолическую гипертонию, поскольку она типична для более молодых, у которых вообще меньше сочетаний различных факторов риска и больше «запас прочности»!

До 40 % людей с повышенным АД имеют СКРЫТУЮ гипертонию. Они ничего не чувствуют, при обычном измерении в поликлинике цифры АД совершенно нормальны и казалось бы: живи и радуйся! Однако оказалось, что если на таких людей надеть монитор, который записывает показатели АД в течение суток или двух днем и ночью – у 20–40 % этих пациентов показатели будут отличаться от нормальных! И это имеет клиническое значение: риск инфарктов у таких людей значительно выше среднего! Обратный

вариант: «гипертония при виде белого халата». («Дома меряю – все хорошо, прихожу в поликлинику – повышенное!») Поэтому сегодня всех лиц с подозрением на артериальную гипертонию посылают на суточное (холтеровское) мониторирование. Там своя арифметика, ведь АД подвержено так называемым «циркадным» ритмам и в норме колеблется в течение дня. Ночью ниже, днем выше... По результатам суточного мониторирования результаты интерпретируются:

Среднесуточное АД: меньше 135/85 – норма, больше – уже гипертония.

Среднедневное АД при суточном мониторировании: 140/90 – норма, выше – патология.

Средненочное АД: 125/75 – норма, выше – патология.

В ночном «поведении» артериального давления есть нюанс. В норме оно должно падать на 10–15 % по отношению к дневным величинам. Это относится как к здоровым, так и к гипертоникам. Но есть группа лиц, у которых давление ночью не падает. И это должно врача настораживать: такой пациент требует более тщательного наблюдения, ведь исследования показывают, что у них повышен риск сосудистых осложнений!

Заканчивая этот раздел, хочу спросить: «Вы по-прежнему с пренебрежением относитесь к медицинской статистике?» Теперь, когда урок занимательной арифметики окончен, давайте разберемся.

Глава 4. Откуда эта напасть на нашу голову?!

Не только на голову, но и на сердце, и на почки, и на глаза – у гипертонии много мишеней!

Советская школа врачей (и ее ярчайший представитель – мой дедушка!) прослеживала четкую связь между возникновением артериальной гипертонии и деятельностью центральной нервной системы. На бытовом уровне всем нам знакомы ситуации, когда стресс, как мы говорим, «нервы», аукаются повышением АД. Мой дед называл гипертонию «болезнью неотреагированных эмоций»! На протяжении тысячелетий стрессовая ситуация обозначала для человека немедленную необходимость действовать! Разделяешь, к примеру, мамонта, а тут саблезубый тигр выскакивает! И организм готов! Краешек глаза только заметил шевеление в кустах, а выброс гормонов уже пошел, сосуды сузились, сердце забилося, нагнетая кровь, давление подскочило – система готова обеспечить взрывную нагрузку – иди, дерись! Раскроил тигру череп дубиной, отдышался, и давление опять в норме... А сейчас?

Начальство, не разобравшись, орет и унижает, кулаки сжимаются, выброс гормонов пошел, сосуды сузились, сердце забилося... и ничего! Сглотнул, повернулся и ушел... Вот дал бы с правой, давление, глядишь, и опустилось, а так оно

и остается повышенным. Все ждет: может, еще передумаешь, может, вернешься в кабинет... А тут жена позвонила («так сумочка понравилась, ну и не удержалась!»), и этот... из второго ряда нагло поворачивает! **Сосудам просто некогда расслабиться, эмоции в нашем обществе сегодня не выплеснуть, вот гипертония и закрепляется, теперь барорецепторы воспринимают этот стабильно повышенный уровень АД как нормальный (помните?) и пошло-поехало!**

У нас такой тип артериальной гипертонии называется «гипертоническая болезнь». На Западе ее называли «эссенциальной гипертонией», то есть «невьясненной причины». Подчеркивали отличие от симптоматической гипертонии, (это когда повышение АД имеет причину и является симптомом какой-либо болезни – почек, надпочечников, эндокринных желез), и некоторую «описательность» и «неконкретность» неврогенной теории. Сегодня на западе тот термин сменился на «первичную гипертонию», что можно считать синонимом «гипертонической болезни».

Ну, конечно, патогенез гипертонической болезни значительно сложнее, чем просто участие нервной системы, основная роль принадлежит многим гормонам, ферментам и биологически – активным веществам, которые вырабатываются в почках, в сосудистой стенке, надпочечниках и многих других местах.

Основной орган, регулирующий АД – почки. При некото-

рых ситуациях, часто генетически обусловленных, почки для того, чтобы нормально функционировать и выводить воду и соли, нуждаются в повышенном артериальном давлении. Тут как раз ситуация «хозяин-барин», почки начинают нагнетать давление, обеспечивая себе нормальный уровень фильтрации, при этом страдают другие органы-мишени. (Поэтому, как я уже упоминал, в других странах гипертонию лечат не кардиологи, а нефрологи!)

Академик А.Л. Мясников называл гипертонию «болезнью неотреагированных эмоций».

Говоря о механизмах развития артериальной гипертонии, нельзя обойти тему поваренной соли – натрия хлорида. Вот уж «белая смерть»! Большое потребление соли опасно не только развитием артериальной гипертензии, но и реальным шансом преждевременной смерти. Даже если у людей до этого было нормальное АД!

Мы, россияне, находимся в особенно неблагоприятных условиях. С детства привыкнув ко всему соленому, мы не представляем себе трапезы без солонки на столе! Что мы делаем, когда жена (муж, официант) ставит перед нами тарелку с супом? Правильно: не пробуя, протягиваем руку к солонке и солим, солим... Какой напиток заканчивается на борту Аэрофлота самым первым? Верно – томатный сок, содержащий огромное количество соли (а дома мы его еще и подсаливаем!) Кто помнит, как томатный сок раньше продавали на каждом углу, тот подтвердит, что рядом со стаканом

ми стояла солонка с ложкой и банка с мутно-розовой водой, чтобы в ней эту ложку споласкивать, при передаче другому. Мы потребляем соли больше, чем кто-то другой на планете – 12 граммов поваренной соли в день на душу населения. А приемлемой нормой является – сколько бы вы думали? – 6 граммов или одна чайная ложка в день. Это соответствует 2,3 граммам натрия, который составляет 40 % от общего количества поваренной соли. Это максимум для здорового человека, который хочет им оставаться и дальше!

А если у вас:

- Возраст 51 год и старше
- Повышенное АД
- Диабет
- Болезни почек
- Болезни сердца и сосудов,

то вам нельзя потреблять больше 1,5 граммов натрия в день.

В переводе на нашу поваренную соль – это МЕНЕЕ 4-Х ГРАММОВ! В ТРИ раза меньше, чем привыкли потреблять мы! Но ситуация еще хуже, чем эти «в три раза»! Дело в том, что 80 % соли мы получаем с продуктами, их надо покупать с разбором, читая этикетки о содержании в них натрия. Собственно, на соль из солонки по медицинским нормам должно приходиться не более ОДНОГО грамма (практически на кончике ножа!). Мы же едим наиболее насыщенные натрием продукты, а сверху сыплем еще пару чайных ложек за целый

день! Тут вообще страшно и считать!

Пищевая промышленность насыщает продукты натрием в такой степени, что если просто есть то, что нравится, уже и безо всякой добавки «солевая нагрузка» на наш организм будет запредельной! Наиболее насыщенные натрием продукты:

- Хлеб
- Все виды колбасных изделий, мясной кулинарии, сосиски, сардельки, бекон
- Супы и все виды консервированных продуктов
- Газированные напитки, из которых «для смягчения» удаляют кальций и насыщают натрием. Упомянутый томатный сок!
- Пицца и все виды выпечки. ВСЕ! ВИДЫ! ВЫПЕЧКИ!
- Чипсы
- Мороженные мясо, курица и рыба
- Многие разновидности сыров, творога.

Что же тогда есть? Вот тут ответить довольно трудно... Борьба индивидуума с машиной пищевой промышленности (уж точно во имя прибыли освобожденной от «химеры под названием совесть»!) мало перспективна...

Если вы нетерпеливы, вечно спешите и при этом пренебрегаете регулярными физическими нагрузками – у вас высокий риск развития гипертонической болезни.

Но что-то для себя сделать мы все-таки можем!

• Выбросить солонку и не покупать соль! Звучит жестко, не правда ли? Так на войне за свое здоровье как на войне! *A la guerre com a la guerre!*

• Упор на овощи и фрукты. Напоминаю: по полкило в день того и другого! Мало натрия, много клетчатки: сплошная польза!

• Избегать заведений «фаст-фуд».

• Импортные и ряд наших продуктов содержат на этикетке указания содержания натрия на единицу объема: ищите, читайте и берите те, где указано 140–200 мг (да, согласен, на заборе тоже много чего написано...).

• Главное! Не приучайте своих детей к пересоленной пище, наш вкус уже испорчен, какой сформируется у них – зависит от вас!

Другие факторы риска для развития гипертонической болезни – наследственность, избыточный вес, потребление алкоголя, принадлежность к вечно спешащему, нетерпеливому психотипу, что парадоксальным образом сочетается с сидячим образом жизни! И некоторые лекарства! Какие? Ну, например, так любимые нами обезболивающие! (подробно об этом было в книге «О самом главном с доктором Мясниковым»), некоторые антидепрессанты... Но это все относится именно к гипертонической болезни, то есть к ПЕРВИЧНОЙ ГИПЕРТОНИИ.

В 40 % случаев повышение АД гипертонической болезнью не является, а служит проявлением какой-то другой па-

тологии: нефритов и других болезней почек, волчанки, диабета, сужения почечных сосудов, всевозможных эндокринных патологий: щитовидная железа, надпочечники и др.

Вторичный или симптоматический характер гипертонии можно заподозрить при возникновении устойчивого повышения АД у молодых (до 30 лет), при наличии резистентной, устойчивой к лечению, гипертонии; при внезапном изменении курса течения болезни. Например, умеренная гипертония уже годами – 150–160/90–100 мм рт. ст. на лечении, и вдруг пошло – 199–200/110–115 и не падает, таблетки уже горстями! Значит, на фоне умеренной гипертонической болезни где-то в сосудах почек «села» атеросклеротическая бляшка – помните, что атеросклероз и гипертония ходят парой? Крови к почке стало притекать меньше через суженный сосуд, а у почки разговор короткий: снизилась перфузия? Срочно выброс гормонов и биологически активных веществ и повышаем давление, пока доставка крови не восстановится! И ничего тут ей не противопоставишь: у почки – «крупновские пушки», у врачей – «кремневые пистолеты», тут пока этот стеноз не выявишь и не уберешь – мало что можно сделать!

Глава 5. Органы-«мишени»

Само по себе умеренное повышение АД немедленной угрозы не представляет. С оговорками, конечно, – тут важ-

ны не только цифры АД, но и скорость его повышения, и исходное состояние сосудов головного мозга, например. Однако давайте вернемся к аналогии с системой центрального отопления. Резкий подъем давления может вызвать течь, но и без этого долго не чищенные трубы забьются и перестанут пропускать горячую воду или опять-таки потекут (вот ее нам и отключают регулярно для профилактических работ!). При всей живучести сосудов, при их фантастической способности к саморегуляции принцип «капля камень точит» применим и к ним! Наиболее ранимыми органами являются почки, головной мозг, глаза и сердце.

Проблема артериальной гипертонии в том, что она протекает бессимптомно. «Как бессимптомно?!» – спросите вы, – «А головная боль? А головокружение? А мушки перед глазами? А затылок ломит?»

Дело в том, что связь этих симптомов именно с артериальной гипертонией очень не четкая. Все эти же симптомы могут наблюдаться и при нормальном давлении. Как правило, гипертоническая болезнь развивается у пациентов с сочетанием факторов риска. Например, это люди в возрасте около 50 лет, с избыточным весом, малоподвижные, неправильно питающиеся... То есть вырисовывается портрет человека, который и при нормальном давлении, как правило, мучается головными болями, фибромиалгией, диспепсией, депрессиями. Болит голова – померили давление и оно повышено. «Вот!» – говорите вы, – «так и знал! Надо выпить таблет-

ку». Но ведь, согласитесь, бывает и так – голова раскалывается, померили давление, и странно – оно нормальное! «Значит, погода», – говорите вы. – «Наверное, АД было повышено, а сейчас упало!» Те, кто носил на себе сутки монитор для измерения АД: посмотрите дневник, который вы должны были вести, записывая свое самочувствие и активность. Насколько эпизоды головной боли коррелируют с цифрами АД? Вот то-то же! Давайте зайдем с другой стороны: взглянем не на гипертоническую болезнь, а на вторичную, симптоматическую гипертонию. Там в результате проблем с почками или эндокринными железами АД повышается до высоких цифр. И встречается это в основном у молодых людей без выраженных факторов риска. Не успели нарастить животик и испортить себе костно-мышечную и нервную системы! Любой врач скажет вам, что характерным для этого типа гипертонии является именно бессимптомность течения гипертонии. Более того, иногда именно сочетание отсутствия симптомов и наличия гипертонии заставляет врача искать причину, другую, чем гипертоническая болезнь! Но тот же врач на жалобы про головную боль, головокружение и тошноту скажет: «Ну что же вы хотите? У вас же повышено давление!» И не замечает, что логически здесь вывода может быть только два: или эти симптомы свойственны гипертонической болезни самой по себе, а не повышенному давлению (что тупик, ибо единственным проявлением гипертонической болезни является первичная артериальная гипертония),

или имеется наложение симптоматики других состояний на бессимптомную артериальную гипертонию! Вот именно второй вариант я и пытаюсь вам растолковать.

Именно эта бессимптомность артериальной гипертонии и представляет главную опасность. Мы живем, нормально себя чувствуем и не подозреваем о том, что у нас давление повышено. А оно тем временем «точит» наши сосуды! Поэтому врачи и настаивают на регулярном измерении АД при каждом посещении врача, приди вы просто с простудой или на диспансеризацию. Кстати, диспансеризацию проводят в массе своей каждые 3 года, а вот давление положено мерить (если у вас, к счастью, не было других причин посещения врача) раз в два года, если у вас АД меньше 120/80, и раз в год, если 120/80 и выше. Вы же помните, что это уже предгипертония, а значит, довольно большой шанс развиться в настоящую гипертонию, чего мы и не хотим пропустить!

Главная опасность артериальной гипертонии в том, что мы нормально себя чувствуем и не подозреваем о том, что давление повышено. Вот почему его необходимо регулярно измерять.

Принято считать, что органы – мишени вредоносного воздействия повышенного АД – это сердце, почки, глаза... Однако на самом деле страдает вся артериальная сосудистая сеть, но первыми действительно начинают «садиться» органы, требующие максимального кровоснабжения.

Артериальная гипертония – один из наиболее опасных факторов риска для развития стенокардии и инфарктов. Это относится и к гипертонии детей и подростков: с возрастом риски накапливаются. В развитых странах артериальная гипертония все больше и больше распространяется среди детей и подростков и на сегодняшний день встречается у каждого пятого. Что знаем мы о здоровье своих детей? Какое давление у вашего ребенка? Не знаете? Что, ему еще 3 годика и мерить рано? Да вот не рано! И педиатр должен проверять соответствие АД вашего ребенка полу, росту и возрасту. Помните, каждый пятый! У детей с величинами АД не все так линейно просто, как у нас, взрослых, существуют специальные таблицы, по которым педиатры должны сверяться. Такому ребенку особенно важно ограничить поваренную соль, заставлять есть фрукты и овощи, «отвадить» от газированных сладких напитков и стимулировать занятия физкультурой!

Про стенокардию и инфаркты мы еще поговорим, а сейчас про то, что вам хорошо известно – нарушение мозгового кровообращения как следствие неконтролируемой артериальной гипертонии.

Ишемические инсульты (когда тромб закупоривает одну из мозговых артерий), кровоизлияния в мозг (когда сосуд не выдерживает повышенного давления изнутри), разрывы аневризм: вот невеселый преискурант, который артериальная гипертония предлагает

тем, кто плохо контролирует свое АД...

Когда я смотрю на людей, не знающих свой холестерин, сахар, которые не следят за тем, что они едят, курят, не хотят лечить повышенное АД, я всегда думаю: ну хорошо если инфаркт, если сразу убьет, а если инсульт и потом годами лежать в памперсе, парализованным, загнивая от пролежней? Взять бы за руку и отвести в отделение неврологии городской больницы, показать, как заново учат говорить, как слезы текут от беспомощности – может, и задумались бы? Поняли, что есть истинные ценности?

Эпидемиологические исследования показывают, что риски начинают возрастать уже при давлении выше, чем 115/75! Пусть это лишь минимальный, еще полугогий подъем кривой, отражающий уровень смертности от сердечнососудистых осложнений, но начинается он именно в этой точке, и с ростом уровня АД начинает взлетать круто вверх! Почему врачи и настаивают на соблюдении элементарных принципов здорового образа жизни. При предгипертонии лекарства несут больше вреда, чем пользы, а просто наблюдать, как инсульт подкрадывается к человеку – глупо! Мы же отмахиваемся: знаем, знаем, вот с понедельника курить бросим, а «тощая корова еще не газель», не думая, что речь идет о продлении жизни! Может, действительно, сделать программу на основе репортажей из реанимации и неврологического отделения?

Есть и еще одно соображение: гипертония сопровожда-

ется так называемыми «немыми» нарушениями мозгового кровообращения, когда страдают самые мелкие сосуды и очень маленькие участки мозга. Это как у боксеров: несколько пропущенных ударов не замечаешь, но повторные сотрясения с годами сказываются. Со временем у человека вполне может развиваться неврологическая симптоматика или слабоумие!

Из всех факторов риска инсультов на гипертонию приходится более 60 %. (Остальные 40 % – все наши недобрые знакомые: курение, повышенный сахар, холестерин, избыточный вес, физическая неактивность...). Отсюда понятно как важно держать АД под контролем.

Ведь что делает гипертоник при кризе? Да что там гипертоник? Врач «Скорой помощи»! Дает разжевать таблетку «Коринфара». Знакомо, не правда ли? Так вот, делать этого нельзя **КАТЕГОРИЧЕСКИ!** Давление может упасть очень быстро, и дело закончится инсультом или инфарктом. Именно поэтому сегодня нигде в мире нельзя купить «Коринфар» быстрого действия дозой 10 мг. Там используется «коринфар» пролонгированного, длительного действия дозой 20 мг и выше. А у нас есть! К сожалению, вот еще один пример «Русской рулетки». Помогло – «молодцы врачи, спасли, быстро купировали криз!» Больного парализовало или умер – «сделали, что могли, но случай был тяжелый и вызвали поздно...» Помните, **гипертонический криз – это угрожающее жизни состояние, которое тре-**

бует профессиональной медицинской помощи! У врачей в арсенале, в принципе, есть средства, позволяющие «на игле» контролировать уровень снижения АД, и пошаговые протоколы действия в подобных ситуациях. Осталось обучить, снабдить, проконтролировать... Не отдельных врачей и их бригады, а поголовно всех! Не поверите, у нас в методических рекомендациях для врачей «Скорой» до сих пор «коринфар» под язык! Ведь уже в конце 80-х годов тогда Всесоюзный еще кардиологический центр писал об опасности такого подхода! Кто у нас вообще следит за обновлением ветхих методических рекомендаций?

В общем, совет такой: не доводите ситуацию до развития криза, тем более, что обычно артериальную гипертонию контролировать не очень сложно. Конечно, бывают случаи неконтролируемой и злокачественной гипертонии. О злокачественной гипертонии врачи говорят, когда помимо высокого АД у больного наблюдаются изменения в почках и на глазном дне.

Вообще, исследование глазного дна является обязательным для любого гипертоника. Давность заболевания, склонность к прогрессированию и осложнениям, особенности течения – все это грамотный врач увидит на глазном дне! Причем не только офтальмолог! Присмотритесь как-нибудь к врачу из какого-либо американского фильма: там часто в бо-евиках показывают приемное отделение госпиталя. У него из кармана халата будет торчать головка офтальмоскопа – при-

борчика для исследования глазного дна. Там ЛЮБОЙ врач обязан иметь его с собой и уметь им пользоваться! Просто не поймут, если при заполнении истории болезни ты поставишь в графе «глазное дно» прочерк или напишешь: «отправил к офтальмологу». Старший врач не рассердится, не накричит – просто не поймет. Я до сих пор помню недоуменное лицо заведующего приемным покоем Нью-Йоркского госпиталя, когда он указал мне пальцем в пустую графу. Вначале он подумал, что я еще работаю первые дни и не обзавелся офтальмоскопом, и протянул мне свой. Я промолчал, что не умею им пользоваться, но когда он увидел, как я его кручу и трясу, пытаюсь включить лампочку, вот тут его лицо и вытянулось!

Наиглавнейшая часть системы, обеспечивающей восприятие световых частиц и трансформацию их в нервные импульсы (что, собственно, и есть зрение) – сетчатка глаза, которая является органом-чемпионом по кровоснабжению. Ей требуется кровотоков больше, чем даже сердечной мышце (с учетом удельного веса, конечно)! Поэтому болезни, при которых страдает в первую очередь сеть мелких сосудов, артериальная гипертония и диабет – особенно губительны для нашего зрения!

И, конечно же, для почек! Нелеченные гипертония и диабет – вот два основные «поставщика» больных в диализные центры! Причем гипертоников там даже больше... Либо годами не леченная артериальная гипертония иссушает поч-

ки, они сморщиваются и перестают работать (это не фигура речи, «сморщенная почка» – медицинский термин!), либо болезнь течет настолько агрессивно, злокачественно, что органы-мишени, и особенно почки, страдают с самого начала! Иногда бывает трудно определить в такой ситуации, что первично. Злокачественная гипертония, подавившая собой почки, или болезнь почек, приведшая к развитию резкого повышения давления? Часто это имеет уже лишь теоретический интерес, так как все, что остается – интенсивно снижать давление, чтобы предотвратить дальнейшее поражение органов-мишеней.

Я когда-то занимался исследованием высокой артериальной гипертонии, резистентной (устойчивой) к терапии. Со всего СССР к нам во Всесоюзный кардиологический научный центр съезжались гипертоники, которым врачи не могли контролировать АД. По определению гипертония считается резистентной, если для ее лечения применяется комбинация трех препаратов и применяется unsuccessfully. И мы столкнулись с ситуацией, что истинная резистентность встречается крайне редко! Как только начинаешь давать такому пациенту правильно подобранные препараты в продуманных комбинациях и дозах – казалось бы, резистентная до этого гипертония начинает уходить. Это приносило нам, аспирантам, немало трудностей: за пациентов мы, конечно, рады, но материалы для диссертации откуда-то брать надо! Но с тех пор опыт врача говорит одно: в подавляющем числе случаев

уровень АД можно держать в узде, если правильно соблюдать принципы лечения артериальной гипертонии.

Глава 6. Принципы немедикаментозного и медикаментозного лечения

Тут вообще все не так просто, как может показаться. Повышено давление: ну и снижай его до нормы!

Вопрос № 1: кого лечить?

Вопрос № 2: как сильно понижать АД?

Вопрос № 3: с чего начинать?

Многочисленные исследования и обширные клинические наблюдения выявили, что по степени угрозы развития сердечно-сосудистых осложнений давление давлению – рознь. Если повышено верхнее давление – его без вариантов надо снижать до цифр 140, а то и ниже, при условии, что такое снижение (ниже 140) не потребует избыточного количества лекарств, когда риск их побочных явлений станет неприемлем. При этом пациентам в возрасте 60 и выше верхнее («систолическое») возможно установить даже несколько выше: 150 мм рт. ст. (при условии, что у него здоровые почки и нет диабета, там цель та же – 140). Доказано, устойчивое снижение верхнего («систолического») АД до указанных цифр существенно снижает риск инфарктов и инсультов.

Крайне редко встречается гипертония, устойчивая к усилиям по ее лечению. Правильно

подобранная комбинация препаратов исправляет ситуацию.

Другая ситуация при повышении нижнего («диастолического») давления. Вначале, при снижении нижнего давления (до 85 мм рт. ст.; тем, кому за 60 лет – до 90 мм рт. ст.) риск сердечнососудистых катастроф также снижается. Но если здесь «палку перегнуть», то риск начнет опять возрастать: такое наблюдается при устойчивом снижении ниже 85 мм рт. ст. Проблема в том, что мы не котел центрального отопления, а врачи – не техники, которым достаточно просто прикрутить кран. Снижая верхнее давление, мы параллельно снижаем и нижнее, при этом не всегда можем удерживать правильное соотношение. Считается, что важнее снизить до желаемого уровня верхнее давление, и если при этом нижнее уходит за 85 мм рт. ст., то приходится с этим мириться. Однако при любом раскладе у больных с уже установленным заболеванием сердца нижнее («диастолическое») давление должно быть выше 65 мм рт. ст.

Степень снижения рисков сердечно-сосудистых катастроф при медикаментозном лечении прямо зависит от исходного уровня повышения артериального давления вообще и нижнего («диастолического») в частности. При тяжелой (нижнее АД более 115–129 мм рт. ст.) и выраженной (нижнее АД – 105–114 мм рт. ст.) гипертонии целесообразность медикаментозного ее лечения не представляет сомнения.

А вот при умеренной гипертензии (нижнее АД 90–104 мм

рт. ст.), как показывает медицинская статистика, лечение лекарствами снижает риски в значительно меньшей степени... В любом случае, при таком уровне АД медикаментозному лечению должен предшествовать довольно долгий период попыток изменить ситуацию нормализацией образа жизни: ограничение соли, алкоголя, диета, регулярные физические нагрузки и т. д.

Вообще, без этого никакое адекватное лечение артериальной гипертензии невозможно в принципе. Просто в запущенных ситуациях ждать три месяца, пока появится эффект немедикаментозного лечения, не представляется возможным, и лекарства начинают давать параллельно. **Однако весьма возможен вариант, когда после нормализации уровня АД поддерживать его будет возможно НЕ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ путем.**

Итак, подробнее: что же это за путь? Принципы его известны: диета, снижение веса, регулярные физические нагрузки и отказ от вредных привычек. «А, это?» – разочарованно протянете вы, – «Слышим постоянно, надоело, скажите что-нибудь конкретное!» Хорошо, будет вам конкретно, только и вы помните то, что было сказано в анекдоте человеку, который жалуется Господу, что никогда не выигрывает в лотерею! «Ты хоть лотерейный билет купи!»

Если готовы услышать, то начнем с диеты. Исследовались несколько моделей диет для определения, которая из них сопровождается наибольшим снижением АД. В результате вы-

работана диета, которая так и называется: DASH – в переводе: «диетические мероприятия, останавливающие гипертензию». Во многом она совпадает с принципами здорового питания вообще и со средиземноморской диетой в частности. А именно: ограничение общего числа калорий, упор на овощи и фрукты, обезжиренные молочные продукты, ограничение соли, алкоголя, мяса, исключение «фаст-фуда» и нездоровых жиров (подробнее в моей книге «О самом главном с доктором Мясниковым»). Но есть и детали.

Про соль мы уже говорили. Овощи и фрукты, повторяю, не менее полкило в день и того, и другого! Во-первых, это клетчатка. Клетчатка не только обладает противоопухолевым действием, но и, достоверно, снижает уровень АД. Во-вторых, это отличный источник калия. Доказано: калий также оказывает гипотензивный эффект! Вы удивитесь, но только менее 1 % (!) гипертоников употребляют калий в необходимых количествах (4,7 грамм)! При этом калий в этих количествах не только снижает АД, но и независимо от этого снижает риски развития инсультов! Но вот рутинное добавление калия в виде препаратов не рекомендуется. Многие гипертоники принимают лекарства, задерживающие калий (например, те же «Энап», «Капотен» или «Ренитек»), или уже имеют нарушение функции почек (круговорот калия в организме происходит именно там!). Калий, поступающий с диетой, регулируется физиологическими механизмами более тонко и безопасно. Но несанкционированный при-

ем его солей в виде таблеток может быть чреват осложнениями (вот о чем молчит реклама «Панангина» и прочего по телевизору!).

Фрукты и овощи – также отличный источник фолиевой кислоты и т. н. флавоноидов. И то, и другое снижает АД и предохраняет от сердечно-сосудистых болезней, а то и онкологии. Но, как и в случае с калием, когда фолиевая кислота поступает с пищей, она работает, когда мы принимаем в виде таблеток, по-разному. Поэтому от рутинного приема синтетических витаминов для профилактики болезней и отказались во всем мире, не считая нашей страны... Флавоноиды – биологически активные вещества, содержащиеся в чае, вине, черном шоколаде, доказанно снижают давление и предотвращают инфаркты и инсульты.

Поэтому долька черного – не молочного! – шоколада (какао не менее 70 %) в день и много зеленого чая – это очень хорошо, как и бокал красного вина тем, кто не тяготеет к алкоголю и умеет останавливаться!

«Чай! Там же кофеин! Вы еще скажите, что и кофе можно!» И скажу! Кофе действительно может умеренно повысить АД у тех, кто его никогда или очень давно не пил. Если это для вас привычный напиток, то он совершенно безопасен всем, и гипертоникам в том числе. Более того – исследования показали его несомненную роль в предупреждении инфарктов и, как ни парадоксально, аритмий (ну, а при болезнях печени и говорить нечего, но об этом уже было ска-

зано в моих предыдущих книгах).

Далее, гипертонику необходима рыба! Тем, кто ее не любит, – рыбий жир. С рыбьим жиром проблема в том, что как гипотензивное средство он действует только в больших дозах. А это и «рыбный» привкус, и даже потенциальные проблемы со свертыванием крови у предрасположенных к этому людей. Так что лучше рыбу, как таковую, она полезна во всех смыслах!

Кальций также доказанно снижает АД. И здесь та же ситуация – в продуктах оказывает благоприятный эффект, в таблетках – как когда. Имеется в виду кальций, принимаемый с целью понизить давление, а для укрепления костей – там своя история (ознакомиться с которой вы можете в моей предыдущей книге). Отличный источник – обезжиренные молочные продукты. Только обязательно обезжиренные, иначе вредные молочные жиры сведут всю пользу на нет!

Кофе, безусловно, можно пить тем, у кого гипертония. Он приносит пользу в предупреждении инфарктов, защищает печень. Исключение – это те гипертоники, которые никогда его не пробовали. Тогда начинать не стоит.

Еще один гипотензивный компонент диеты – белок растительного происхождения. Это соя, бобы, фасоль. Те, кто понимает толк в еде, знает, насколько это может быть вкусно. Вон, библейский персонаж от наследства отказался из-за

миски чечевичной похлебки!

Теперь еще раз про то, чего нельзя (тот случай, когда повторение уместно): алкоголь – не более бокала вина, исключить соль на столе, нельзя мясо более трех раз в неделю, колбасы, фастфуд, выпечку, чипсы, сладкие газированные напитки, мороженое, 3 % и более молоко...

Однако только диета, даже и правильная, одна ничего не сделает, нужны союзники и самый главный – регулярная физическая нагрузка! Конечно, физическая нагрузка сама по себе может увеличивать АД, в основном, верхнее, «систолическое». Однако регулярные, так называемые, «аэробные» упражнения – плавание, ходьба с ускорением, велотренажеры, все они, в конечном итоге, приводят к снижению давления в результате расширения сосудов в ответ на физическую нагрузку. Упражнения с утяжелением менее эффективны в этом смысле, могут на пике нагрузки вызвать значительный подскок АД. Однако и они благотворно влияют на биохимию сосудистой стенки со снижением угрозы образования атеросклеротической бляшки. Вообще, исследования доказывают, если на вопрос «что наиболее эффективно увеличивает продолжительность жизни человека?», надо дать единственный самый близкий к истине ответ: это будет физическая нагрузка! Причем без ограничения по возрасту! Даже совсем пожилым, даже тем, кто почти не встает с кровати, посильные упражнения, пусть по чуть – чуть, по паре минут,

увеличивают и качество, и продолжительность жизни!

Хорошо тем, кто спохватился на стадии «предгипертензии» – очень большой шанс, что гипертония отступит. Когда болезнь уже развилась, только не медикаментозный подход может оказаться недостаточным. Скорее всего, понадобится помощь лекарств. И вот тут масса вопросов:

- С чего начинать?
- Когда принимать? Утром? Вечером?
- Какими курсами принимать?
- Если давление «скачет»?
- Когда подключать другое лекарство?
- Как они будут сочетаться друг с другом?
- Каких побочных действий ждать?
- А вдруг импотенция?

Основные группы препаратов для снижения АД обозначаются труднопроизносимыми для пациента и не всегда понятными даже для медика терминами: ингибиторы кальциевых каналов («Коринфар», «Норваск», «Кордафлекс», «Изоптин»), ингибиторы превращающего фермента («Энап», «Ренитек», «Капотен», «Моноприл», «Диротон», «Престариум»), бета-блокаторы («Обзидан», «Беталок», «Эгилок», «Атенолол»), блокаторы ангиотензиновых рецепторов («Диован», «Лориста») и проч., и проч. С одной очень важной группой, правда, мы хорошо знакомы – это мочегонные. Но и здесь мало кто знает о их часто решающей роли в лечении артериальной гипертонии. Более подробно об этих препара-

тах мы поговорим в главе «лекарства», сейчас рассмотрим основные принципы их применения.

С чего начинать, если диета и физические нагрузки не справляются? Раньше врачи условно делили пациентов на типы: полный, с нормальным или даже редким пульсом, или худощавый, нервный с учащенным сердцебиением. В первом случае начинали с мочегонных или препаратов-ингибиторов кальциевых каналов, во втором – с бета-блокаторов. Сегодня считается, что начинать можно с любого препарата из гипотензивной «обоймы», единственно, что – бета-блокаторы ушли с первой линии и даются теперь вспомогательным препаратом, особенно людям с сопутствующей ишемической болезнью сердца. Все они снижают АД примерно в равной степени у 30–50 % пациентов, конечно, тут очень широкий разброс индивидуальной чувствительности! (Поэтому некоторые клиницисты рекомендуют поменять препарат, если он «не пошел», и таким образом «нащупывают» нужное лекарство). Однако если помимо гипертонии у пациента еще и другие проблемы: диабет, стенокардия, перенесенный инфаркт, заболевание почек – в таких случаях та или иная группа становится предпочтительнее для начала лечения. Также имеет значение раса пациента и его возраст. Например, у пожилых и афроамериканцев обычно начинают либо с мочегонных, либо с препаратов типа «Коринфара» («Кордафлекса», «Адалата»), «Энап» и его компания там работают хуже.

Изменилась и тактика присоединения второго препарата при неуспехе монотерапии. Раньше врачи доводили дозу первого лекарства до максимальной и лишь потом включали в схему лечения второй препарат. Достигли опять максимальной дозы и потом давали третий. Сегодня второй препарат подключается на более раннем этапе. Обычно критерием является АД, которое, несмотря на монотерапию, превышает терапевтическую цель на 20/10 мм рт. ст. Считается, что так уменьшается риск побочных явлений, т. к. они проявляются именно на максимальных дозах. Надо сказать, что если у пациента исходно было повышение АД на 20/10 мм рт. ст., больше нормы, успех монотерапии одним лекарством маловероятен, как ни повышай его дозу! Не так давно проводилось исследование, где сравнивали применение гипотензивных препаратов в половинной дозе, полной дозе и двойной дозе. Результат – в половинной дозе АД снизилось на 7 мм рт. ст., в обычной дозе – на 9 мм рт. ст., удвоенная дозировка привела к снижению лишь на 10,5 мм рт. ст.!

Основой лечения гипертонии сегодня является именно комбинированная терапия. 2/3 гипертоников во всем мире принимают три препарата. Да и вы, которые принимаете лишь одну таблетку, спросите врача о составе. Высока доля вероятности, что это комбинированный препарат, когда в одной таблетке содержится два и более лекарств! Особенно, если в названии присутствует приставка «Ко» – или «плюс». Кроме усиления гипотензивно-

го эффекта, сочетание препаратов разных групп нивелирует побочные действия друг друга: почти все они задерживают жидкость, поэтому так популярна комбинация с мочегонными. Препараты, расширяющие сосуды, часто сопровождаются учащением пульса, что корректируется одновременным приемом бета-блокаторов и так далее.

Коррекция привычек в питании, физические нагрузки могут справиться с давлением. При этом раньше, если требовались лекарства, врач смотрел, худой вы или полный, и в зависимости от этого назначал лечение.

Когда принимать? Современные исследования привели врачей к выводу: по крайней мере, один гипотензивный препарат необходимо принимать на ночь. Помните, что именно отсутствие ночного снижения АД – плохой прогностический признак? (см. выше). При этом слишком выраженное снижение АД ночью может вызвать «качели»: подскок утром, в таких случаях ночной прием лучше сдвинуть на ранний вечер. Вообще такая модель поведения АД с его подскоком ранним утром характерна для режима приема лекарств один раз с утра и прогностически довольно неблагоприятна. Именно поэтому применяются в основном «долгоиграющие» препараты, хотя многих из них на сутки не хватает! Один из вариантов борьбы с этим – делить дозу такого препарата на две части и принимать каждые 12 часов. Почему изначально так не делают? Потому что давно посчитано: если препа-

рат надо принимать 3 раза в день, его регулярно принимает лишь 30 % пациентов, если 2 раза, то половина. Вот такие мы, пациенты! И тут важнее получить адекватную дозу, не до изысков!

Самое главное в лечении артериальной гипертонии – понять, ПОВЕРИТЬ, наконец, что лечение должно быть НЕПРЕРЫВНЫМ! В лечении гипертонии никакие «курсы» невозможны! Это как костыли безногому – он же не может неделю ими пользоваться, а неделю – нет! Гипертоники в абсолютно такой же ситуации! Не поможет «полежать в больнице, покапаться»! Гипертония вообще планово в стационарах не должна лечиться, туда поступают только с обострением болезни в результате небрежности в амбулаторном лечении!

Раздел III. Атеросклероз – ржавчина жизни

Глава 7. Боль в груди. Стенокардия?

Много чего расположено в нашей грудной клетке, много чего там может болеть помимо сердца. Это и собственно сама грудная клетка с ее мышцами, ребрами, межреберными нервами и связками, пищевод, бронхи, плевра, перикард, легкие, органы, прилегающие к диафрагме со стороны брюшной полости... Но только сердечную боль – стенокардию – когда-то охарактеризовали всего двумя словами: «боль-смерть»!

Любой приступ стенокардии потенциально опасен. Врач здесь не имеет права ошибиться. Поэтому он любую боль в области грудной клетки должен рассматривать как сердечную, пока не будет доказано обратное! Конечно, клиника стенокардии достаточно отличается от боли не сердечного происхождения (мы, врачи, называем ее «нетипичной», имея ввиду отличие ее от классической грудной жабы. Грудная жаба – сегодня этот термин, обозначающий стенокардию, уже не употребляется и встречается только в художественной литературе. И происходит не от «жабы», а от «жабо» – кружевной воротник на камзоле. Типичные боли ло-

кализованы как раз под ним! Интересно, кстати, проследить происхождение современного сленга «жаба давит!».

Типичные стенокардические боли – это чувство сдавливания, жжения за грудиной, отдающие в левое плечо, руку или челюсть, обычно возникающие при физической нагрузке (быстро пошел – грудь заложило, пару минут постоял – отпустило), сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, тошнотой и, возможно, холодным потом. Кратковременные – несколько минут. Если боль длится более получаса – это или уже инфаркт, или боль внесердечного происхождения. Прием нитроглицерина обычно оказывает быстрый (через 2–5 минут) эффект. Болей за грудиной может и не быть, может просто ломить левое плечо или вообще по причудам иннервации маскироваться под зубную боль! Иногда больных со стенокардией привозят с диагнозом «острый живот»: сильная боль в животе, тошнота, рвота... Кстати, первое описание клиники острого инфаркта миокарда, данные русскими докторами Образцовым и Стражеско, было именно таким!

Иногда обходится и вовсе без боли: кратковременное чувство нехватки воздуха («перехватило дыхание») может быть эквивалентом настоящей стенокардии. Однако ишемия сердца может и вообще никак не проявляться. Такая «немая» ишемия проявляется при непрерывном ЭКГ-мониторировании в течение суток либо во время нагрузочного теста (болей нет, а сегменты на ЭКГ поползли вниз!). Вы

думаете, стенокардия и ее эквиваленты – это наиболее частые проявления ишемической болезни сердца? Нет, наиболее частое проявление – именно «немая» ишемия! Больной вообще ничего не чувствует и считает себя либо вообще здоровым, либо уже излеченным человеком, но на самом деле ишемия сердце «грызет», но не преодолевает болевой порог, не включает защитную «тревожную кнопку» в виде стенокардической боли.

Исследования, начатые в 80-х годах, показывают, что среди больных ишемической болезнью сердца, которые вроде успешно лечатся и не испытывают более стенокардии, 25–45 % имеют эпизоды «немой» ишемии при Холтеровском мониторинговании или нагрузочном тесте! Вы, которые курите, с большим животом и высоким давлением и холестерином, вы уверены, что «чаша сия» вас миновала и вы еще здоровы? «Немая» ишемия так и называется, что до поры никак не проявляется. Каждый 10-й человек с набором факторов риска имеет на ЭКГ-мониторировании эпизоды «немой» ишемии, не подозревая, что он уже болен очень серьезной болезнью! Наличие немой ишемии – плохой прогностический признак, такие пациенты должны получать активную и адекватную терапию.

Но вернемся к болям в грудной клетке. Мы говорили о типичной стенокардии, но основная масса болей в области грудной клетки не такая. Это длительные (часами!) ноющие или колющие боли в левой половине грудной клетки (а серд-

це-то посередине!), никуда не отдают, без одышки, усиливаются при перемене положения тела, кашле, глубоком вдохе! Возникают в покое или, по крайней мере, без четкой связи с физической нагрузкой. Обычно больной может показать пальцем на место, где болит, и вообще – там боль – это боль («как иглой пронзила!»). При стенокардии – это, скорее, менее локализованное, постепенно нарастающее чувство сдавления, ломоты, дискомфорта, жжения. И пальцем «сердечник» никогда не укажет, где болит, в ответ прижмет всю ладонь к груди. У людей с изжогой необходимо спрашивать: есть ли связь возникновения изжоги с физической нагрузкой – стенокардия может маскироваться и так! Нитроглицерин при нетипичных болях не помогает или «помогает» через полчаса – час, то есть уже за пределами его потенциального действия, просто боль проходит сама, но пациент приписывает это действию нитроглицерина. Как правило, за такими нетипичными болями стоит абсолютно безопасная межреберная невралгия, грыжа диска или фибромиалгия. Следующее по частоте состояние – рефлюкс: заброс кислого содержимого желудка в пищевод. Собственно, такие боли и обуславливают материальное благополучие кардиологов, приводя к ним встревоженных пациентов! Но есть и грозные заболевания, которые по своим последствиям не уступят и ишемической болезни сердца! Это тромбоэмболия в легочную артерию, расслоение аневризмы грудного отдела аорты, миокардит, пневмоторакс – спонтанный разрыв легкого, воз-

дух прорывается в плевральную полость и поджигает, сдавливает легкие. Встречается чаще у молодых курильщиков.

Стенокардию раньше называли грудной жабой. Но не от слова «жаба», которая иной раз нас душит. А от слова «жабо», кружевного воротника, под которым и локализуется боль.

Вообще, нетипичность боли в грудной клетке не должна расхолаживать! Часто за такими болями может скрываться истинная стенокардия. Особенно, когда имеешь дело с женщинами. У них менее четкая связь между возникновением болей и физической нагрузкой, там чаще провоцирующими факторами являются стресс, перемены настроения, описания болей перемешиваются с параллельными проявлениями костно-мышечных проблем. Вообще, и сами женщины, и врачи недооценивают угрозу развития у них ишемической болезни сердца. Много лет назад в Институте кардиологии в Петроверигском переулке в Москве, там, где сегодня стоит памятник моему деду, в отделении ишемической болезни сердца вообще не было женских коек! Сегодня сердечно-сосудистые болезни являются ведущей причиной смерти и женщин тоже, однако опросы и исследования показывают, что и диагностика, и лечение часто запаздывают по сравнению с мужчинами. Последний съезд кардиологов в Париже в 2014 как раз акцентировал на этом внимание.

При обращении к врачу пациента с болями в грудной клетке надо обращать внимание не сколько на характер бо-

ли, сколько на личность самого пациента: пол, возраст (у пожилых боль менее типична, им больше свойственны одышка или сердцебиение), наличие и сочетание факторов риска. Действительно, молодой парень с колющими болями в груди – это одно, а пятидесятилетний курильщик со стажем, высоким давлением, сахаром и холестерином с такими же болями – это другое! Хотя вполне может быть, что первый принял кокаин и получил инфаркт (инфаркт или инсульт у молодого – ищи кокаин!), а второй просто защемили нерв!

Уже было сказано: **любая боль в сердце должна рассматриваться как сердечная, пока не будет доказано обратное!** Поэтому за рубежом существуют отделения «болей в грудной клетке». Заметьте, не «кардиологии», не «острого инфаркта», а именно «болей в грудной клетке». Это как медсанбат, куда везут всех с передовой. Потом будет сортировка и в кардиореанимацию, и в кардиологию, пока же надо разобраться, с чем имеем дело. Алгоритм действий там такой:

ПЕРВОЕ! Выявить тех, кто нуждается в немедленной специализированной помощи: очевидная нестабильная стенокардия, инфаркт, серьезные несердечные причины: тромбоэмболия в легкие или разрыв пищевода.

Женщины гораздо реже болеют стенокардией, и она протекает у них часто нетипично. Но нельзя недооценивать боли в груди; нужно обязательно консультироваться с врачом.

ВТОРОЕ! Выявить тех, у кого очевидна стабильная стенокардия — типичная клиническая картина и/или наличие множественных факторов риска для атеросклероза, при этом немедленной угрозы больному нет. Направить их на диагностическую пробу с физической нагрузкой, для тех, у кого она будет положительна — проведение коронароангиографии в плановом порядке.

ТРЕТЬЕ! Определить пациентов с внесердечными причинами болей в грудной клетке, в большинстве своем это мышечно-скелетные боли, повышенная кислотность желудка, психогенные факторы. Таким больным даются рекомендации и направляют к соответствующим специалистам.

На практике это выглядит так. После отсева нестабильных, тяжелых больных и небольшого количества очевидных внесердечных банальных случаев, пациента помещают на койку на сутки постоянного мониторингирования ЭКГ, АД, пульса и насыщения крови кислородом. ЭКГ часто бывает нормальным в покое не только при стенокардии, но даже и при остром инфаркте миокарда. Параллельно больному назначают анализы на специфичные ферменты, которые появляются в крови при повреждении сердечной мышцы. Поскольку они могут появляться не сразу после инфаркта, а в течение суток, сделать анализ только при поступлении может быть недостаточно. Чтобы уловить возможные изменения, исследования повторяют три раза каждые 8 часов.

Если анализ крови показывает наличие повреждения сер-

дечной мышцы, если на мониторе появляются изменения ЭКГ и аритмия – больной сразу направляется на коронароангиографию с последующей передачей в руки кардиохирургов.

Если у больного есть сочетание серьезных факторов риска, боль в течение суток продолжается, но при этом клинически не похожа на стенокардию и протекает без сопутствующих изменений на ЭКГ и в анализах крови – такой больной, скорее всего также будет направлен на коронароангиографию.

Если боли за время наблюдения прошли – его направят в поликлинику к кардиологу на стресс-тест, по результату которого будет решаться вопрос о коронароангиографии.

Если факторов риска не много, боли не типичны, а ЭКГ-мониторирование и анализы крови нормальны, но боль, тем не менее, не проходит – им будут заниматься другие врачи по алгоритмам диагностики мышечно-скелетной, желудочной или психогенной боли.

Глава 8. Острый коронарный синдром и инфаркт

Начну эту непростую тему словами Экклезиаста: «...и видел под солнцем, что не проворным достается успешный бег, не храбрым – победа, не мудрым – хлеб, и не у разумных – богатство, и не искусным – благорасположение, но время и

случай для всех их».

Время и случай... От инфаркта не застрахован никто. Уж больно сложно здесь все переплетено: гены отягощающие, гены защищающие, особенности питания, вредные привычки (свои и окружающих – вспомните про вторичное курение!), тип личности, стрессы и реакции на них, расположение звезд, наконец! «Ибо человек не знает своего времени. Как рыбы попадают в пагубную сеть, и как птицы запутываются в силках, так сыны человеческие уловляются в бедственное время, когда оно неожиданно находит на них». (конечно же, тот же Экклезиаст.)

Поймите правильно – сказанное не повод пуститься во все тяжкие! Те, кто ест «от пуза» и курит одну за другой сидя на диване перед телевизором, свой выбор уже сделали: они выпали из философской категории, и их риски уже можно просчитать математически! Просто и те, кто ведет разумный образ жизни и заботятся о своем здоровье, должны иметь определенную настороженность и знать, как себя вести, если не дай Бог что!

При развитии острого коронарного синдрома по характеру болей невозможно определить, инфаркт уже произошел или еще нет. Тут все зависит от степени ишемии и ее продолжительности. Даже отрезанный палец в течение какого-то времени можно пришить обратно, и он будет нормально функционировать! В обескровленной области сердечной мышцы ткань какое-то время еще будет жить; если кровоток

не восстановится, тогда она омертвеет, а это и есть инфаркт!

Острый коронарный синдром включает в себя следующие ситуации:

- Стенокардические боли, возникшие в покое, и длительностью более 20 мин. С этим все ясно, уже обсуждали...
- Впервые возникшие боли, которые резко ограничили физическую активность. То есть впервые появились боли, которые, может, и не длятся 20 мин, но не дают пройти по комнате: встал – зажгло, сел – отпустило, и так несколько раз!

• Те, у кого стенокардия уже диагностирована и вроде как стабилизировалась на лечении, или без одного, должны обращать внимание на изменения частоты возникновения и снижения порога физической нагрузки. Стали чаще, дольше или появляются теперь и в покое – надо бить тревогу!

Если произошло что-то из вышеописанного, тут надо срочно звонить в «Скорую помощь»!

Ведь, что мы обычно делаем? Сначала ждем – да, наверно, сейчас пройдет... Потом будим жену (а происходит обычно все, как правило, под утро, это объясняется изменениями тонуса сосудов и гормонального профиля, как раз в это время суток):

«Слушай, что-то мне как-то нехорошо...»

Та начинает встревожено хлопотать:

«Сейчас, сейчас, вот водички, капельки вот, ну как, легче? Может “Скорую”?»

«Да нет, пройдет сейчас, вот уже, вроде, отпускает...»

Через какое-то время муж уже весь в холодном поту, бледный, его сильно тошнит, и тут жена, наконец, принимает волевое решение: «Все! Звоню!» Так в бессмысленных хлопотах мы и тратим тот самый «золотой час»! А ведь он не просто «золотой», тут другие расценки: он часто определяет грань между жизнью и смертью! Особенно, если пациент:

- Старше 65 лет;
- У него сочетание трех и выше факторов риска (артериальная гипертония, курение, повышенный холестерин и сахар, семейная история ранних инфарктов);
- Не первый приступ за эти сутки;
- Принимал аспирин (это указывает на более серьезное поражение сердечных сосудов, раз болезнь все-таки преодолела защитное действие аспирина).

В этих случаях прогноз значительно более серьезный, эти критерии вместе с некоторыми сугубо медицинскими данными используются врачами для правильного определения тяжести ситуации.

Если появился острый коронарный синдром – срочно набирайте «03». Как его определить – внимательно прочитайте на с. 30.

Итак, раз уж случилось, нечего миндальничать, срочно снимайте трубку и звоните. Проведем аналогию с пожаром. Все, кто сталкивался с противопожарными инструкциями, помнят, что при пожаре первым делом надо не за огнету-

шитель хвататься, не за водой бежать, а надо звонить «01»! По существующим стандартам, время от звонка в «Скорую» до доставки больного в больницу должно быть 60 минут, а до поступления на стол для срочной коронароангиографии и установки стентов – 120! Такие жесткие временные параметры требуют невероятного напряжения и четкой координации всех служб! А мы часто теряем эти драгоценные минуты на бессмысленные действия!

Все, что надо сделать: это срочно позвонить, дать разжевать аспирин и возможно нитроглицерин. (Подробно об этом в главе «Лекарства».) Сейчас мы не будем обсуждать неготовность российской медицины к повсеместной современной организации срочной кардиологической помощи. Это как раз тот, не очень типичный для нас случай, когда и медицинские чиновники, и медицинское сообщества понимают остроту ситуации и целенаправленно и грамотно пытаются ее изменить. Например, в Москве больниц, оснащенных ангиографами и обученными бригадами уже больше, чем в Париже! Организованы специальные диспетчерские пункты, распределяющие «Скорые» по принципу «свободная касса» Макдональдса. Ведь что толку вовремя доставить больного в оснащенный по современным стандартам госпиталь, если операционная в этот момент занята другим больным! Более правильно проехать чуть дальше, к «свободной кассе», туда, где операционная свободна и не будет промедления! И это уже приносит свои плоды. Смертность от инфарктов

в Москве уже снизилась с позорных почти 30 % до 9–12 % и, надеемся, скоро приблизится в европейскому уровню в 4–6 %.

Знакомьтесь с термином «реперфузия». Это означает восстановление кровотока через закупоренный бляшкой и тромбом (а иногда и спазмом) сосуд, питающий сердце. Выбор здесь не очень большой: либо ввести в пораженный сосуд зонд, расширить место сужения и поставить стент (пружинку, не дающую сосуду спастись вновь – этот метод называется «ангиопластика»), либо дать (ввести в вену) больному препарат, который растворит тромб (так называемый тромболизис). Первый метод надежнее, безопаснее и более управляем, второй не требует наличия поблизости оборудованного кардиологического центра и может быть введен просто врачом «Скорой» на месте. Но противопоказания и опасные осложнения иногда могут свести на нет все преимущества такой простоты!

В случаях, когда инфаркт еще не подтвердился или патологический процесс не поразил сердечную мышцу на всю ее толщину (врачи «Скорой» судят об этом по наличию или отсутствию на ЭКГ характерного подъема), тромболизис не проводят вовсе. Там вмешательством выбора является коронароангиография и ангиопластика.

Когда же обширный инфаркт пронзил всю толщину сердечной мышцы, реперфузию можно проводить и тем (ангиопластика), и другим (тромболизис) методами. И тут врач

должен сделать правильный выбор, проанализировав массу исходных данных.

Для восстановления кровотока у больного с обширным инфарктом миокарда решающим является фактор времени.

Первые 3 часа от развития приступа еще возможно спасти большую область «оглушенного» миокарда – это тот, что страдает от недостатка кислорода, но еще не умер! Если возможно доставить больного на операционный стол на ангиопластику в эти временные параметры, то это предпочтительный вариант. Если такой возможности нет, и у больного отсутствуют абсолютные противопоказания к тромболизису, тогда вводят препарат, растворяющий тромб.

До 12 часов от развития приступа реперфузия также снижает смертность и уменьшает размер инфаркта. Правило здесь то же. Можно успеть доставить на стол к обученной бригаде? – значит, сирену и вперед. Если нет, тогда вводят тромболитик на месте или в ближайшей больнице. Плюс это может дать выигрыш во времени и обеспечить кислородом сердечную мышцу во время дальнейшей транспортировки. Ведь, так или иначе, коронароангиографию таким больным надо все равно делать, обычно через 3–4 часа после введения тромболитика.

После 12 часов от развития обширного инфаркта тромболизис, путем введения препарата в вену, как правило, не производят – шансы уже не те, здесь вариант установка стен-

тов – ангиопластика. До 36 часов ангиопластика еще демонстрирует свои преимущества, позже установку стентов уже обычно откладывают, давая сформироваться рубцу на месте повреждения.

Глава 9. Жизнь после инфаркта

После инфаркта на Западе обычно выписывают на 3–5-й день. У нас это непредсказуемо, и может быть совершенно по-разному. Страховые компании в России требуют держать таких больных на койке 15 дней. Какими принципами они руководствовались при написании этих стандартов – не понятно!

Ну, так или иначе, вы дома. И все кругом то же: и квартира, и семья, и друзья, и работа, и машина – вы другой! Да, поставили стент, да – восстановили кровоток, да – рубца на сердце почти не видно. Но это ничего не значит, к прошлой жизни возврата нет! Убрали механическое препятствие кровотоку, но не саму болезнь, и только в ваших силах изменить факторы, которые к ней привели!

Итак, лекарства. Теперь можно забыть поест, но нельзя забыть принять лекарства. Каждый день, регулярно и пожизненно! Делали вам ангиопластику, не делали, удачно вам восстановили кровоток или не очень – не имеет значения: только правильно подобранные лекарства продлят вам жизнь и предотвратят новый инфаркт! Забываете принимать

по несколько раз в день? Попросите врача выписать пролонгированные, «долгоиграющие» формы. Дорого? Переходите на дженерики: фармофирмы, патенты, ценообразование, рынки сбыта – все это вам не должно быть интересно, вам важно то, что дженерики работают так же, как и их именитые собраты, а стоят иногда НА ПОРЯДОК меньше («вам шашечки или ехать?»). Даю общую схему, что обычно должен принимать пациент после инфаркта (более подробно – см. главу «Лекарства»). Все группы препаратов очень действенные, у всех свои побочные явления, любую схему вам назначает и согласовывает лечащий врач! И если что-то у вас с ним не совпадет, то вы спросите, а он вам объяснит, почему то или иное лекарство вам не подходит и что это за желтенькие таблетки, которые вы вместо этого принимаете... За каждым из перечисленных ниже препаратов стоят многочисленные, хорошо проведенные исследования, доказывающие их необходимость:

- Аспирин – пожизненно.
- Если вам делали ангиопластику и поставили стенты: «Плавикс» – в течение года после этого.

После инфаркта вы можете забыть поесть, но не должны пропустить прием назначенных врачом препаратов. Зато бокал вина, секс, кофе, да хоть яичницу по утрам – это все можно.

- Бета-блокаторы – («Метопролол», «Атенолол»).
- Статины («Липримар» или сходные).

• Если перенесли инфаркт – «Энап», «Ренитек» или сходное – до полугода. Если повышенное АД – то постоянный прием.

• Если сахар 5,7 ммоль/л и выше: «Метформин».

Этот набор должен принимать практически каждый больной ишемической болезнью сердца. Если сохраняются приступы стенокардии – добавляются нитраты, если есть тромбы – противосвертывающие препараты. Понимаю, что горсть получается немаленькая, но тут уже, как говорится, «без вариантов»!

Но одни таблетки могут и не справиться, если мы не уберем провоцирующие атеросклероз факторы. И важнейший из них – курение! Бросайте курить! Все, чего еще ждать, гром уже грянул! Меня всегда удивляло: уговариваешь бросить курить, пугаешь – кивают и продолжают делать то же самое! Потом инфаркт, от сердца половина осталась и тут, наконец, дошло: а доктор-то был прав! Обидно! Итак, бросайте! И уже через год риски пойдут вниз!

Меняйте режим питания. О диете мы уже говорили в главе про артериальную гипертонию, подробно было это и в моих предыдущих книгах. При этом я не говорю, что запреты должны быть абсолютные, отнюдь нет! Хочется вам иногда кусочек ветчины или пирожное, ну и съешьте, тут ведь ключевое слово – иногда! Иногда важнее отступить от принципов, чтобы не развилась депрессия, а ведь она и так присутствует у 20 % больных, перенесших инфаркт миокарда! Про

кофе и алкоголь уже тоже говорили. Любителям яичницы по утрам: можно! Казалось бы парадокс – ведь чистый холестерин! Исследования убедительно доказали, что потребление 2-х яиц в день практически не влияет на уровень холестерина (во всяком случае по сравнению с вредными насыщенными транс – жирами).

Про себя помните – вы уже не один, с вами ишемическая болезнь сердца! Когда-то был в моде роман «Альтист Данилов», там главный герой жил под тяжелой люстрой, которая могла в любой момент рухнуть ему на голову! Это требует изменения модели поведения. Раньше я приводил своим пациентам такую аллегорию: представьте, что за вами постоянно крадется мужик с топором! Вы только зазевались, расслабились, а он тут как тут! И теперь кто кого «перетерпит»? Поэтому надо стать разумным эгоистом. Раньше и поволноваться можно было, и покричать, и повозмущаться, а теперь вспомните, как неслись на «Скорой» в ночи, и подумайте: оно вам надо?! Опаздываете, все стоит, кто-то по обочине лезет: подумайте, как хорошо просто сидеть в этом удобном автомобильном кресле и дышать, пусть выхлопными газами, но дышать – ведь все могло сложиться и по-другому!

И покупайте или доставайте с антресолей кроссовки – теперь вам эта обувь понадобится ежедневно! Сначала к врачу на стресс-тест, где определите порог безопасной для вас физической нагрузки. Ходьба, легкий бег, плавание, велосипед, тредмил или велотренажер: все, что предпочтительнее

вам. Главное, регулярно, 5 раз в неделю, без фанатизма и с удовольствием! Заставьте себя находить удовольствие в ежедневном преодолении себя, в преодолении факторов этому препятствующих, ведь и времени нет, и погода плохая, и все тело что – то болит... Заведите собаку, наконец!

Важный вопрос – секс! Когда можно начинать после инфаркта, не опасно ли, а что-то теперь не очень и получается?.. Ну, то, что не очень получается – это как раз понятно. После ножевого ранения в область сердца тоже получаться будет не сразу! Вы думаете, ваша ситуация была намного лучше? Обычная рекомендация – начинать сексуальную активность можно через 6 недель после острого инфаркта. Секс – это та же физическая нагрузка, поэтому ей должен предшествовать стресс-тест (беговая дорожка), который определит, насколько ваше сердце к ней готово! Далее все как обычно, если боли все же беспокоят – таблетку нитроглицерина «перед». Только помните: «Виагра», «Сиалис» и подобное принимать нельзя! Вообще, нормальная сексуальная функция лучше всего поддерживается здоровым образом жизни, а это то, что человеку, перенесшему инфаркт, как раз и надо!

Давайте подытожим сказанное. Если вы перенесли инфаркт, то:

- Бросайте курить.
- Регулярный пожизненный (П – О – Ж – И – З – Н – Е – Н – Н – ЫЙ) прием правильных препаратов.

- Регулярное врачебное наблюдение.
- Здоровое питание (не забывайте про полкило фруктов и овощей в день, рыбу, черный шоколад и орехи!).
- Регулярная посильная физическая нагрузка.
- Активный контроль за весом, АД, холестерином и сахаром, (для вас больше нет понятия «нормальный холестерин», теперь для вас другое правило: «чем меньше, тем лучше!»).

• Алкоголь – возможен, но не более бокала красного вина в день. Водка? Можно рюмку, но лучше вино. Не можете удержаться одним бокалом? – тогда алкоголь не про вас.

- Кофе – пейте на здоровье!
- Вождение автомобиля – да, конечно, только теперь спокойнее ко всему, спокойнее! Защемило в груди, закружилась голова, перебои – к обочине, к обочине!

- Секс – да, конечно!
- Управляйте своими эмоциями, принцип разумного эгоизма: все равно ничего не изменишь, «дураки» всегда будут, им-то что, а у вас вполне инфаркт может повториться!

- Прислушивайтесь к своим ощущениям! Все, что ограничивает вашу физическую активность: одышка, усталость, сердцебиение, перебои, кашель, «изжога» – требует немедленного внимания врача!

- Если вы храпите – обследуйтесь на возможное наличие «апноэ сна», вашему сердцу кислорода и так может не хватать, не будем перекрывать его еще больше!

- Не роптать на судьбу, что так все получилось, благодарить Бога за исцеление и достойно жить дальше!

Глава 10. Хроническая ишемическая болезнь сердца

Рассмотрим еще один вариант событий. Мы говорили о «несердечных» болях, об остром коронарном синдроме и инфаркте, теперь речь пойдет о стабильной стенокардии. Когда-то появившись, боли в области сердца беспокоят достаточно регулярно и предсказуемо, при определенных физических нагрузках или стрессовых ситуациях. С болезнью как-то сжились, что-то принимают, носят с собой нитроглицерин и наблюдаются у кардиолога. Кто-то прошел через острый коронарный синдром или инфаркт, кто-то – нет, все равно теперь это одна группа больных ишемической болезнью сердца. Все те 14 пунктов поведения после инфаркта полностью применимы и ко всей этой группе больных.

Основные вопросы больные стабильной стенокардией задают о перспективах их хирургического лечения и о профилактике осложнений.

Здесь мы опять сталкиваемся с желанием людей избавиться от болезни, сделать операцию и опять быть здоровым! Желание правильное, только переложить его выполнение на плечи врачей-кардиохирургов опять не получится!

Можно сделать ангиографию, поставить современный

стент, расширив место стеноза, можно сделать операцию на открытом сердце и «навести мосты» в обход пораженных, суженных участков сердечных артерий, угрозу повторных инфарктов это снижает и продолжительность жизни увеличивает, но в небольшом количестве случаев, о чем я расскажу ниже.

Для большинства больных со стабильной стенокардией принципиальной роли кардиохирургия не играет!

Да-да, мы строим мощные центры высокотехнологичной помощи, соревнуемся с кардиохирургами Америки или Европы, тратим колоссальные средства из нашего скудного медицинского бюджета, чтобы было откуда вести репортажи об успехах нашей медицины. Стеклянные двери послеоперационной реанимации, за ними переливаются многочисленными лампочками почти космические приборы, усталый, еще молодой профессор снимает хирургическую маску и сдержанно рассказывает в камеру, какой сложности была операция и что теперь у больного все позади... Но на продолжительность жизни большинства больных «сердечников» это не влияет! Угрозу повторных инфарктов не снимает! Частоту госпитализаций не снижает! А что же тогда?

Я скажу вам ЧТО, только боюсь, что вам не понравится. **Снижает угрозу инфарктов и увеличивает продолжительность жизни борьба самого больного с факторами риска, приведшими к атеросклерозу!** Все, круг замкнулся, смотри 14 правил выше, особенно пункты с 1 по

7-й! Поэтому – то я и повторяю о необходимости острой и совершенно неотложной перестройки (а реально – постройке заново) ПЕРВИЧНОГО медицинского звена, создания таких медицинских профессий как первичный врач широкого профиля (за рубежом это *primary care physician*) и семейный врач, подчеркиваю – не переименовать в них участковых терапевтов, а создать! Здесь залог здоровья нас всех, а центры – они, конечно, тоже нужны, только давайте посчитаем деньги и расставим правильно акценты! Нельзя построить 5-й этаж, не возведя предварительно первые 4!

Итак, при остром коронарном синдроме кардиохирургия и быстрое восстановление кровотока жизненно важны (что требует создания широкой сети сосудистых центров и четко-го алгоритма действий, обязательного для всех служб), при хроническом течении болезни ситуация совершенно другая.

Желание избавиться от болезни и навсегда забыть об ишемии – правильное и понятное. Но его исполнение нельзя переложить на плечи врачей-кардиохирургов, хотя они иной раз и творят чудеса. Многое зависит от вас.

Выбор вариантов лечения для стабильного больного хронической ишемической болезнью сердца состоит из:

- Постоянного приема лекарств.
- Постоянного приема лекарств и коронароангиографии с последующей ангиопластикой (установкой стента в место стеноза).

- Постоянного приема лекарств и операции аортокоронарного шунтирования на открытом сердце.

Любое лечение должно быть направлено на предотвращение инфарктов и других осложнений, увеличение продолжительности жизни и улучшение «качества жизни» – снижения числа приступов стенокардии. Давайте рассмотрим, что тут и как. Многочисленные и подробные исследования привели врачей к выводу, что больные, которые могут иметь дополнительную выгоду для своего здоровья от проведения того или иного вида кардиохирургии, относятся к двум основным группам:

- Те, у кого ПРАВИЛЬНО НАЗНАЧЕННАЯ медикаментозная терапия в максимальных дозах не сводит боли к приемлемому минимуму.

- Те, кто по результатам стресс-теста отнесены к высокой степени риска (независимо от наличия и степени болей!).

В первом случае логика простая: боли мешают жить, таблетки не помогают, а стенты или операция, даже если от осложнений надежно и не уберегут, то хоть боль снимут и качество жизни повысят!

Во второй группе находятся как раз те пациенты, которым кардиохирургии могут помочь не только избавиться от болей, но и, возможно, предотвратить инфаркт и продлить жизнь.

Вообще стресс-тест – важнейшее исследование, которое проводится всем больным с ИБС, вначале для установки диагноза и определения прогноза течения заболевания, и в по-

следующем – при любом изменении течения болезни.

Больному предлагается побегать на тредмиле (беговой дорожке) или покрутить педаль велотренажера, постепенно повышая уровень нагрузки, пока не разовьется боль (или появятся другие неприемлемые симптомы) или пока упражнение не разгонит пульс до определенных величин. Тем, кто не способен бегать по каким-то причинам, вводят в вену специальное лекарство, стимулирующее работу сердца. Смысл любого стресс-теста один: спровоцировать приступ стенокардии и зафиксировать уровень физической нагрузки, на котором он произошел. Спровоцировали, значит, тест положительный, нет – значит, отрицательный.

Изменения, сопровождающие спровоцированный приступ, фиксируются несколькими способами: ЭКГ, ультразвук (стресс-эхо) и радиоизотопная сцинтиграфия. При последней в вену вводится радиоактивный таллий или технеций, который «метит» кровь. Появляется возможность следить за кровоснабжением сердечной мышцы и определять его дефекты на высоте физической нагрузки. Собственно, величина такого дефекта, появление нарушений сократимости на стресс-эхо и относят больного в ту или иную категорию риска.

Результаты стресс-теста могут довольно точно предсказать то, что мы можем увидеть при коронароангиографии внутри сердечных сосудов.

Очень частый вопрос: «Доктор, мне обязательно делать

коронароангиографию?» В большем числе случаев, да, обязательно, но все же не всегда! Врачи делают коронароангиографию не для своего удовольствия, а для того, чтобы определить стратегию дальнейших действий: ставить ли стенты, делать ли аортокоронарное шунтирование? Если приступы стенокардии вас беспокоят редко, вы ведете активную жизнь, а на стресс-тесте у вас дефект кровоснабжения очень маленький или вообще отсутствует, а при стресс-эхо нет участков нарушения сократимости сердечной мышцы, тогда у вас нет и показаний к кардиохирургии, а значит, и с коронарографией можно подождать.

Выраженные дефекты перфузии (кровенаполнения) и сократимости, да еще в разных областях миокарда, обычно соответствуют распространенному атеросклерозу в сосудах сердца и расцениваются как признаки высокого риска опасных осложнений. На коронароангиографии определяются обычно множественные стенозы, и в таких случаях установка стентов или операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) могут предотвратить грозные осложнения.

Операция на открытом сердце – АКШ – предпочтительнее при выраженном поражении всех трех сосудов сердца и снижении показателей сократимости сердечной мышцы, поражении главной сердечной артерии («ствола», хотя последнее время стентирование развивается и в этом направлении), сопутствующем сахарном диабете. Больным не всегда удается объяснить необходимость именно АКШ, а не стентиро-

вания. Пациентов пугает как раз эта перспектива операции на открытом сердце, хотя ее летальность совсем не намного выше, чем при, казалось бы, бескровной установке стентов. Стенты обычно устанавливаются в места выраженных стенозов при поражении одного-двух сосудов и, улучшая кровоснабжение сердца, хорошо снимают боли, мало влияя на прогноз.

Итак, подводим итог:

- установка стентов или операция АКШ улучшает прогноз по сравнению с лечением только таблетками в следующих случаях (и АКШ здесь предпочтительней):

1. Распространенный атеросклероз всех трех коронарных сосудов.
2. Атеросклеротическое поражение ствола коронарных артерий.
3. Сопутствующее снижение насосной функции сердца со снижением так называемой фракцией выброса $< 45 \%$.
4. Стенокардия и диабет.

В остальных случаях вмешательство кардиохирургов рассматривается как улучшающее качество жизни, а не увеличивающее ее продолжительность.

И еще: альтернативы таблеткам при лечении ИБС нет, их надо принимать при любом варианте лечения!

Раздел IV. Сердечная недостаточность

Как мы уже говорили, сердце – это насос, причем непревзойденной для своих габаритов мощности и долговечности. Только сегодня французы создали искусственное сердце, которое по размеру, наконец, перестало напоминать платяной шкаф и приблизилось к настоящему. Но если самый совершенный аппарат много лет целенаправленно и упорно разрушать, то он может и поддаться такому напору! Конечно, к сердечной недостаточности ведут и пороки сердца, и инфекции (миокардиты), и множество других патологических состояний, включая артериальную гипертонию, но более чем в половине случаев – это атеросклероз сердечных сосудов и его следствие – ишемическая болезнь сердца. А факторы риска для этого состояния мы уже подробно обсуждали – большинство из них вполне можно было исключить из своей жизни: немного больше силы воли и немного больше ответственности перед своими же детьми...

Механизм угнетения сократимости сердечной мышцы при атеросклерозе простой: забитые бляшками сосуды пропускают меньше крови к мышце, та буквально голодает и задыхается, какая уж тут нормальная работоспособность?

Среди плохо сокращающейся мышцы есть участки, ко-

которые уже не способны сокращаться вовсе – рубцы от инфарктов, явных или «немых», и «оглушенные» – те, которые при восстановлении кровоснабжения еще могут ожить и заработать, как прежде. Когда сердечная мышца ослабевает, она должна сильнее растянуться, чтобы включить внутренние резервы и продолжать перекачивать то же количество крови. Вспомните: чем сильнее растягиваешь эспандер (кто-то занимался физкультурой?), тем более упругим он становится! Но довольно скоро мышца изнашивается и растягивается все больше, в итоге сердце «расползается», его полости расширяются, оно уже не успевает прокачивать кровь, и та застаивается в сосудах, образуя своеобразный «затор». В итоге кровь застаивается в легких, как в губке, вызывая одышку и кашель, в печени, распирая ее так, что жидкая часть крови начинает выходить в брюшную полость (асцит), в венах ног, вызывая отеки. То количество крови, которое теперь прокачивает ослабленная сердечная мышца, совершенно недостаточно для нормального кровоснабжения органов, и они, в свою очередь, начинают испытывать голод и нехватку кислорода. А что значит нехватка кислорода, например, для почек или мозга? Начинается паника, подстегиваются нервная и гормональная системы, сердце резко учащает число сокращений, стараясь наверстать объемы (и изнашиваясь еще больше!), почки задерживают жидкость, чтобы обеспечить себя давлением – формируется порочный круг!

При длительно повышенном АД может быть и другой ме-

ханизм, приводящий к тем же последствиям. Тут сердце качает хорошо и параметры сократимости нормальные. Казалось бы, живи и радуйся... Но постоянная работа сердца против повышенного давления в сосудах приводит к увеличению, утолщению сердечной мышцы. Дальше все, как у «качков»: мышцы раздуты, постоянно напряжены, гибкость и быстрота сокращений потеряны, и любой боксер без труда одолеет раскачанного красавца!

Утолщенная и напряженная сердечная мышца не успевает толком расслабиться, как опять пора производить сокращение. Но ведь, чтобы выбросить в аорту адекватное количество крови, сердце должно сначала набрать это количество в свои полости! А вот тут и проблемы. Наполнение полостей сердца происходит именно в процессе расслабления сердечной мышцы (в «диастолу»). Недостаточное расслабление – недостаточное количество крови поступает в сердце, опять застой перед входом в его полости (как затор на дороге при переходе из четырехполосного движения к двухполосному). Далее – все те же прелести, как и при слабой сердечной мышце («систолической» сердечной недостаточности).

Немного больше ответственности перед своими детьми и немного больше силы воли – тогда большинство факторов для развития сердечной недостаточности можно исключить.

Я понимаю, что нагрузил вас и так сверх меры, потерпите, скоро прервемся на какую-нибудь историю, а сейчас необхо-

димознакоить с таким параметром как «фракция выброса». Многие из вас, кому делали эхокардиографию, обращали внимание на этот показатель. Не вдаваясь в подробности его расчета, запомните, что он отражает насосную функцию сердца, и его снижение говорит именно о слабости сердечной мышцы. Нормой является фракция выброса (ФВ) $> 50\%$. Почему важно это знать? Потому что при ФВ ниже 40% , ДАЖЕ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ КАКИХ-ЛИБО СИМПТОМОВ, необходимо уже назначать «ингибиторы превращающего фермента» (см главу «Лекарства») – препараты типа «Энапа» («Ренитек», «Моноприл») или бета-блокаторы. Это единственный путь предотвратить развитие болезненных симптомов. Поэтому, если вы их в такой ситуации не принимаете – это повод спросить вашего лечащего врача: почему?

Вернемся к скрытой сердечной недостаточности как результату ишемической болезни сердца, сегодня это называется «ишемическая кардиомиопатия».

Когда-то в 70–80-х годах в советской медицине бытовал термин: «атеросклеротический кардиосклероз». Он как раз и отражал это угнетенное состояние сердечной мышцы при ее ишемии. При этом за рубежом этот термин полностью отсутствовал. Там признавали только нарушение сократимости в результате формирования рубца на мышце после инфаркта – «постинфарктный кардиосклероз». И когда я послал в зарубежный журнал мою первую статью, посвящен-

ную как раз возможным вариантам нарушения сократимости при ИБС, мне ее оттуда вернули, ссылаясь, что термина «атеросклеротический кардиосклероз» нет! Меня тогда поразила эта ситуация!

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.