

Семейный доктор 

Константин Крулев

СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

СПРАВОЧНИК
ПАЦИЕНТА

Советы кардиолога,
которые сохранят
вам жизнь



 ПИТЕР®

Константин Крулев

**Сердечно-сосудистые
заболевания: справочник пациента**

«Питер»

2010

Крулев К.

Сердечно-сосудистые заболевания: справочник пациента /
К. Крулев — «Питер», 2010

Автор книги – Константин Александрович Крулев – практикующий врач, кардиолог с большим опытом работы. Первое издание его книги было распродано за год тиражом более 50 000 экземпляров. Автор получил огромное количество писем и отзывов. В новом издании он учел все пожелания читателей и постарался ответить на их вопросы. Здесь нет лишних сведений – только информация, которая понятна абсолютно всем и жизненно необходима: – как сохранить сердце здоровым; – каких симптомов надо бояться; – каковы факторы риска; – какие анализы и обследования необходимы; – что нужно взять в больницу. Также Константин Крулев предложит вам традиционные и нетрадиционные способы лечения и профилактики заболеваний сердца.

Содержание

Предисловие	5
Глава 1. Строение и функции сердца	7
Глава 2. Атеросклероз	10
Глава 3. Стенокардия	14
Глава 4. Нестабильная стенокардия	18
Глава 5. Острый инфаркт миокарда	21
Глава 6. Необратимые факторы риска атеросклероза	26
Глава 7. Гипертоническая болезнь	28
Как измерить давление	29
Лекарственная терапия гипертонической болезни	33
Мочегонные препараты	34
Конец ознакомительного фрагмента.	35

Константин Крулев

Сердечно-сосудистые

заболевания: справочник пациента

Предисловие

Уважаемые читатели!

Эта книга попала к вам в руки не случайно. Вероятно, вы перенесли инфаркт или это случилось с кем-либо из ваших родственников. Появилась необходимость узнать больше об этом заболевании: какие факторы способствуют его возникновению, как надо лечиться, что делать, чтобы не заболеть вновь. Возможно, вы уже пытались задать эти вопросы врачу. К сожалению, как правило, врачи не располагают достаточным запасом времени для того, чтобы ответить больному на все интересующие его вопросы. На прием амбулаторного больного кардиологу отводится лишь 15 минут, а участковому врачу еще меньше. За это время надо выслушать больного, осмотреть его, измерить артериальное давление, оценить ЭКГ, прочитать медицинские документы, выписать рецепты и оставить запись в истории болезни. Как видите, на долгие разговоры времени не остается. К тому же многие сведения, которые должен получить больной, нельзя воспринять на слух. Как, например, перечислить в двух словах продукты питания, которых надо избегать после инфаркта, или рассказать об упражнениях, которые теперь надо выполнять? Эти сведения ежедневно должны быть перед глазами, пока вы их не запомните. Поэтому и существуют такие книги, как та, которую вы сейчас держите в руках.

За то время, пока писалась эта книга, я прочитал много подобной литературы. Каждая из книг была хороша по-своему. В некоторых были подробно описаны современные достижения медицинской науки. Другие были написаны с большим художественным талантом и юмором. В третьих содержались красивые картинки, позволяющие легче усвоить прочитанное. Однако когда мои больные спрашивали, какую книгу им лучше приобрести, я не мог отдать предпочтение ни одной из них. Поэтому я решил написать свою. Чем же она отличается от всех других книг, посвященных лечению и профилактике инфаркта?

Во-первых, после каждой главы дано краткое резюме, которое подытоживает полученную вами информацию. Дело в том, что, когда читатель, не знакомый с проблемой, начинает читать медицинскую литературу, он не всегда может отличить главное от второстепенного. Сколько раз приходилось видеть «продвинутых» больных, которые со знанием дела рассуждали о фракциях холестерина или о тонкостях функционирования проводящей системы сердца, но при этом не знали, что своевременный прием аспирина при затянувшемся болевом приступе может спасти им жизнь!

В этой книге вы не найдете лишних сведений. Подробное изучение медицинской науки – задача врачей. Здесь вы получите только ту информацию, которая жизненно необходима, а главные сведения будут четко обозначены и выделены шрифтом.

Во-вторых, в каждой главе я постарался привести примеры из практики, которые позволяют ярче проиллюстрировать полученные вами знания. «Ничто не проникает так незаметно и глубоко в душу человека, как пример», – писал английский философ Д. Локк. Человеку легче справиться с проблемой, навалившейся на него, если ему рассказать, что он далеко не первый, кому пришлось с ней столкнуться, а пути ее решения давно изучены. Возможно также, что некоторые примеры смогут уберечь читателя от ошибок, совершенных другими пациентами.

Джеймс Тайлер Кент, выдающийся американский врач, практиковавший в конце XIX и начале XX века, писал: «Я считаю аморальным рекомендовать больному такие методы лечения,

которыми не воспользовался бы сам». В процессе создания книги я всегда руководствовался этим принципом.

После выхода первого издания книги я получил много писем, в которых читатели выражали благодарность за мой труд. Для многих из них книга стала настольной и принесла им актуальную и необходимую информацию. Я постарался учесть пожелания, которые были высказаны в письмах, и дополнил книгу тремя главами, посвященными нарушениям сердечного ритма.

Список сокращений

АГ – артериальная гипертензия
АД – артериальное давление
АКШ – аортокоронарное шунтирование
АЛТ – аланинаминотрансфераза
АПФ – ангиотензинпревращающий фермент
АСТ – аспартаминотрансфераза
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИМТ – индекс массы тела
КФК – креатинфосфокиназа
МА – мерцательная аритмия
ОИМ – острый инфаркт миокарда
ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция
ЭКГ – электрокардиограмма
ЭХО-КГ – эхокардиограмма

Глава 1. Строение и функции сердца

Для правильного понимания патологических процессов, происходящих в сердце, необходимо представлять его анатомическое строение и нормальную функцию.

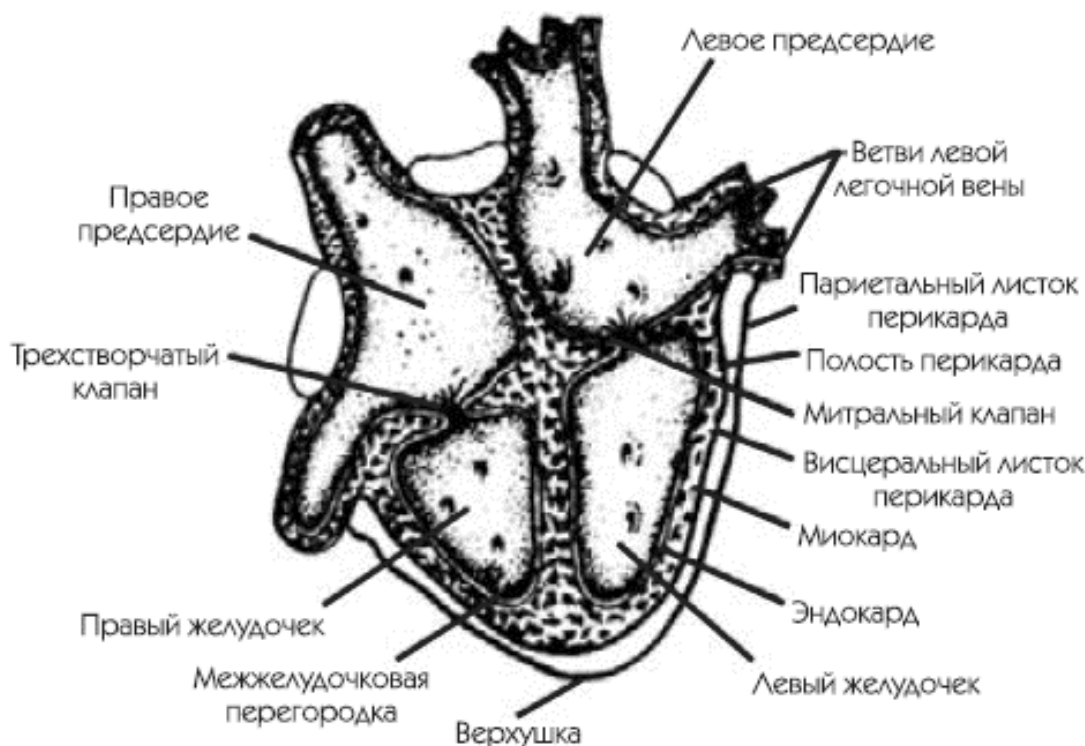
Сердце – это полый мышечный орган, расположенный в грудной клетке. Оно состоит из трех слоев – эндокарда, миокарда и перикарда. Эндокард – это внутренняя выстилка полостей сердца, формирующая клапаны. Миокард – собственно мышца сердца, осуществляющая насосную функцию и перемещающая кровь по сосудам. Перикард – наружная оболочка.

Сердце делится на четыре камеры – два предсердия и два желудочка. Левый желудочек – наиболее мощная часть сердца. Именно он несет основную нагрузку. Его функция – обеспечение кровью большого круга кровообращения. Обогащенная кислородом кровь, поступившая из легких в левый желудочек, выбрасывается в аорту и из нее – во все органы тела. Правый желудочек обеспечивает циркуляцию крови в малом круге кровообращения и доставку венозной крови к легким, где происходит насыщение ее кислородом.

Функция предсердий заключается в увеличении кровенаполнения желудочков перед их сокращением.

Клапаны сердца нужны для поддержания однонаправленного тока крови. В случае нарушения их целостности кровь может течь в обратном направлении, что ведет к развитию сердечной недостаточности.

Кровоснабжение сердца осуществляется через коронарные артерии. Они находятся в коронарной борозде между предсердиями и желудочками, огибая сердце наподобие короны, с чем и связано их название.



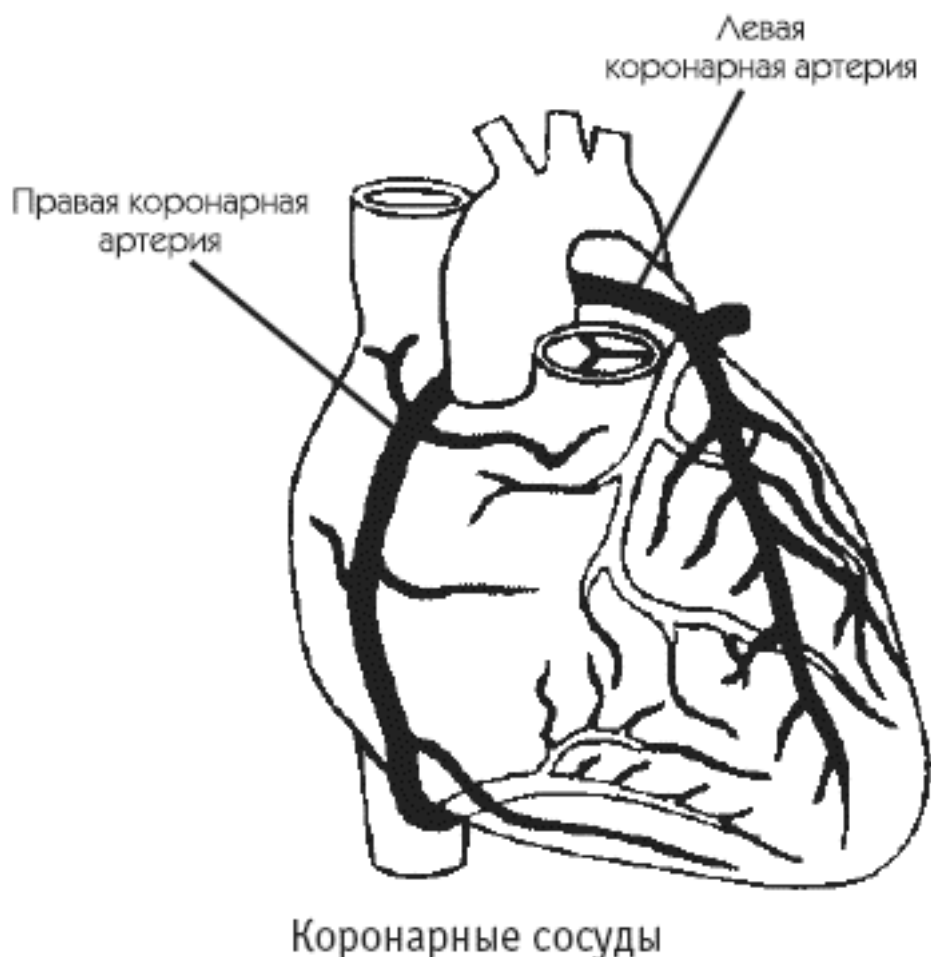
Строение сердца

Нагрузка, испытываемая сердцем, значительно превышает нагрузку всех остальных органов. Поэтому и кровоснабжение сердца в 10 раз более интенсивное, чем кровоснабжение других тканей. Через коронарные сосуды протекает около 5 % всей крови.

Описывая анатомическое строение сердца, нельзя не упомянуть и проводящую систему, которая необходима для его ритмичной работы и осуществления правильной последовательности сокращений предсердий и желудочков.

Проводящая система состоит из синусового узла, который создает ритмичные импульсы (в норме от 60 до 90 в минуту), синоатриальных волокон, проводящих импульсы по предсердиям, атриовентрикулярного узла, продолжением которого является пучок Гиса, делящийся на правую ветвь, проводящую импульсы на правый желудочек, и левую, которая в свою очередь делится на переднюю и заднюю ветви, проводя импульсы на левый желудочек.

Считается, что сердце по величине равно кулаку его обладателя. Большое влияние на величину сердца оказывает развитие мускулатуры. Этим объясняется тот факт, что у женщин при одинаковом росте и массе тела сердце меньше, чем у мужчин. Этим же объясняется зависимость величины сердца от профессии. У лиц, занятых физическим трудом, сердце больше, чем у представителей умственного труда. У спортсменов, испытывающих продолжительные нагрузки (велосипед, гребля, марафонский бег), наблюдается выраженное увеличение сердца. Самые большие размеры сердца имеют лыжники.



Коронарные сосуды

Стенки артерий сердца, как и всех остальных артерий большого круга кровообращения, состоят из трех слоев.

Внутренний слой состоит из эндотелиальных клеток, которые, словно обои, выстилают кровеносный сосуд изнутри. Средний слой образован мышечными волокнами и элементами соединительной ткани. Внешний слой – это просто соединительная ткань. В самых маленьких артериях средний слой ограничен тонким слоем мышечных волокон, а тончайшие сосуды, капилляры, состоят только из однослойного пласта эндотелиальных клеток, в котором проходит процесс обмена веществ между кровью и тканями.

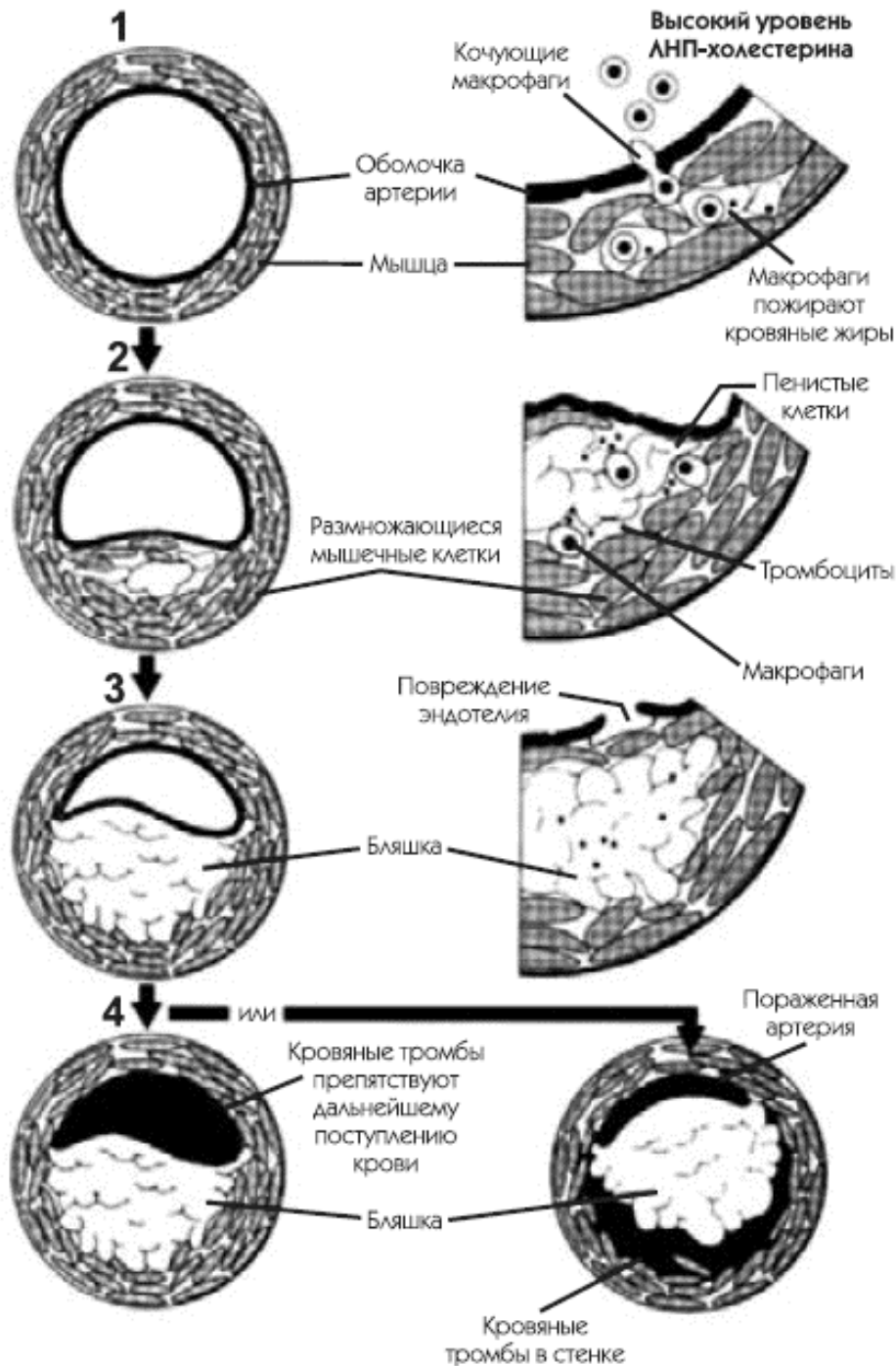
Глава 2. Атеросклероз

Атеросклероз – это заболевание, поражающее сосуды и являющееся главной причиной инфаркта миокарда. Название его происходит от греческих слов *athere* – каша и *sclerosis* – уплотнение.

Процесс развития этого заболевания растянут на многие годы. Первые проявления появляются уже в детском возрасте – холестерин из крови откладывается на внутренней выстилке сосудов в виде тонких желтых полосок. Со временем полоски превращаются в бляшки, состоящие из жидкого ядра и плотной капсулы.

Постепенно размер бляшек увеличивается, все больше сужая просвет сосуда. Происходит это медленно и незаметно для больного. Даже при закрытии просвета сосуда более чем на 50 % человек может ничего не замечать и чувствовать себя совершенно здоровым. При закрытии просвета на 75• %, как правило, появляются симптомы кислородного голодания. В этой книге они описаны в главе 3.

Конечно, атеросклероз поражает не только сосуды сердца, но и все остальные. Симптомами поражения сосудов нижних конечностей является хорошо знакомая заядлым курильщикам перемежающаяся хромота – боль в икроножных мышцах, возникающая при ходьбе и проходящая в покое. При атеросклерозе сосудов брюшной полости возникает боль в животе после обильной еды. Атеросклероз сосудов головного мозга может проявляться головокружением, ухудшением памяти.



Развитие атеросклероза: 1 – нормальная коронарная артерия; 2 – начальная стадия атеросклероза (симптомов может не быть); 3 – закрытие коронарного сосуда на 75 % (стенокардия); 4 – тромбоз сосуда (кровоток полностью прерван; инфаркт).

Что является общим при любых атеросклеротических изменениях? Это четкая зависимость ухудшения самочувствия от нагрузки на орган, снабжаемый кровью по атеросклеротически измененным сосудам.

Даже при очень значительном сужении сосудов организм человека приспосабливается к своему заболеванию: принимая лекарства и ограничивая свою физическую активность, человек может жить и работать. Но вот целостность бляшки нарушается. Твердая оболочка трескается, надрывается. При этом страдает внутренняя выстилка сосудов, эндотелий, что заставляет

организм включать те же механизмы, что и для остановки кровотечения, – происходит образование кровяных сгустков. Они присоединяются к месту надрыва бляшки, и образуется тромб, который полностью перекрывает просвет сосуда. Участок ткани, снабжаемый этим сосудом, перестает получать кровь, именно это и является причиной инфаркта.

При долгом существовании бляшки организм начинает формировать обходные пути – вокруг пораженного участка артерии растут новые сосуды, снабжающие кровью эту область. Именно поэтому инфаркт у больного, который длительно страдал стенокардией, может протекать легче, чем у исходно здорового человека.

Надо отметить, что незрелые, относительно недавно существующие бляшки наиболее опасны. Их капсула менее плотная, поэтому они легче подвергаются разрушению и чаще вызывают инфаркты и инсульты. Именно незрелые бляшки обычно являются причинами острых сосудистых катастроф у молодых людей.

Что же является непосредственной причиной нарушения целостности бляшек? Четкого ответа на этот вопрос медицина не дает. Известно, что спазм сосуда, например при гипертоническом кризе, может механически повредить капсулу бляшки. Капсула становится менее плотной и при инфекционных заболеваниях, например при гриппе. Это одна из причин всплеска заболеваемости инфарктом в зимний период. Тем не менее не каждый гипертонический криз и не каждая простуда приводят к сосудистой катастрофе. В то же время довольно часто тромбоз сосуда возникает без видимых причин.

Теперь мы должны рассмотреть причины развития атеросклероза. Их можно разделить на необратимые и обратимые.

К первой группе относят возраст, принадлежность к мужскому полу и наследственную предрасположенность.

Обратимыми факторами являются табакокурение, злоупотребление алкоголем, артериальная гипертензия, ожирение, сахарный диабет, гиперлипидемия (нарушение жирового обмена организма), низкая физическая активность и эмоциональный стресс.

Существуют так называемые стигмы атеросклероза – внешние признаки, которые позволяют врачу заподозрить наличие у пациента этого заболевания.

Характерными «внешними» проявлениями атеросклероза являются:

- признаки выраженного и нередко преждевременного старения, несоответствие внешнего вида и возраста человека;
- раннее поседение волос на голове и передней поверхности груди (у мужчин);
- множественные ксантомы и ксантелазмы (жировые пятна в области век, туловища, живота, ягодиц, разгибательной поверхности суставов, лба);
- вертикальная или диагональная складка на мочке уха, обильный рост волос на ушных раковинах;
- старческая дуга (матовое или серовато-дымчатое колечко по краю радужной оболочки глаза);
- червеобразные движения склерозированной лучевой артерии под кожей во время измерения артериального давления.

Если у вас есть эти признаки, не расстраивайтесь раньше времени. В мире достаточно много преждевременно поседевших людей, которые дожили до глубокой старости, не страдая сосудистыми заболеваниями. Наличие стигм просто стимулирует к более внимательному отношению к своему здоровью. Бросьте курить, займитесь регулярными физическими упражнениями, и ваши шансы на долгую полноценную жизнь резко возрастут.

Знаменитый комедийный актер Лесли Нильсен поседел в молодом возрасте. Сейчас ему 81 год, и он до сих пор продолжает сниматься в кино.

Резюме

- Причина инфаркта миокарда и стенокардии – атеросклероз коронарных артерий.
- Основное проявление атеросклероза – образование бляшек, неравномерно суживающих просвет сосудов.
- Главный компонент атеросклеротических бляшек – холестерин.
- Нарушение целостности бляшки ведет к полной закупорке сосуда тромбом. Это и есть инфаркт.
- Воздействуя на обратимые факторы риска, мы можем предотвратить или отдалить проявления атеросклероза.

Глава 3. Стенокардия

«Скажите, доктор, что показывает кардиограмма, у меня есть стенокардия?» – нередко спрашивают меня пациенты.

В самом этом вопросе кроется ошибка. Стенокардия не является заболеванием, которое можно диагностировать с помощью электрокардиографа или других инструментальных методов. Этот диагноз ставится только после беседы с вами.

Итак, что же такое стенокардия? В переводе с латинского языка это слово означает сдавление сердца. Действительно, наиболее часто встречающимся симптомом стенокардии является сжимающая боль за грудиной или в области сердца. Обычно, чтобы описать это ощущение, больные используют слова «чувство тяжести», «сжатие», «зажало, как в тиски».

Типичными условиями возникновения приступа стенокардии является быстрая ходьба, особенно при встречном холодном ветре, бег, подъем по лестнице. Прием пищи и курение тоже могут иногда вызывать приступы стенокардии.

Неблагоприятным временем для больных являются ранние утренние часы. Довольно часто приходится слышать: «Утром мне достаточно пройти несколько шагов, и тут же возникает приступ. Приму таблетку-другую нитроглицерина, боли проходят. Через несколько минут снова приступ, и так каждое утро. А к середине дня все проходит, хоть танцуй».

Эмоциональная нагрузка – второй не менее важный фактор, способствующий возникновению приступа.

Шотландский врач Д. Хантер, диагностировав у себя стенокардию, мрачно заметил: «Теперь моя жизнь в руках любого проходимца, которому вздумается меня разозлить». Впоследствии он умер во время сильного приступа гнева.

Поставить диагноз «стенокардия» врачу обычно не очень сложно. Для этого, как правило, достаточно задать лишь несколько вопросов:

1. Бывают ли у вас неприятные ощущения в грудной клетке?
2. Появляются ли эти ощущения при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице?
3. Проходят ли эти ощущения при прекращении нагрузки?
4. Проходят ли они менее чем за 10 минут?
5. Располагается ли источник этих ощущений за грудиной?

Положительные ответы на эти вопросы позволяют со значительной вероятностью диагностировать стенокардию.

Откуда же берутся эти ощущения? Почему возникает боль? Чтобы понять это, надо освежить в памяти ту информацию, которую вы получили из главы 2. При стенокардии один или несколько сосудов сужены атеросклеротическими бляшками. В покое кровоток по сосудам достаточный, чтобы обеспечить потребности мышцы. Как только нагрузка на сердце возрастает, участок сердца, снабжаемый пораженным сосудом, испытывает нехватку кислорода и сигнализирует: «Остановись! Отдохни! Мне больно!»

Действительно, кратковременный отдых обычно очень эффективно помогает снять приступ. Можно использовать также нитроглицерин (но не валидол!). Нитроглицерин расширяет вены, уменьшая приток крови к сердцу, что быстро снимает боль.

Присмотритесь повнимательнее к людям на улице. Наверняка вам приходилось видеть пожилых людей, которые во время прогулки внезапно останавливаются, отдыхают минуту-другую, а потом вновь продолжают путь. Весьма вероятно, что эти люди страдают стенокардией. Такой способ передвижения для них очень характерен.

Итак, стенокардия проявляется болью в грудной клетке. Но это далеко не единственная причина болей такой локализации. Болью в груди может проявляться и хорошо знакомый всем остеохондроз. И такое грозное заболевание, как инфаркт миокарда, тоже обычно проявляется

болью в груди. Пациенту не всегда легко разобраться, что является причиной боли. Облегчить эту задачу поможет таблица.

Боли при остеохондрозе, стенокардии, инфаркте миокарда

Характеристика	Остеохондроз	Стенокардия	Инфаркт миокарда
Локализация боли	Спина, межлопаточное пространство, левая половина грудной клетки	За грудиной, в шее	За грудиной, в шее
Продолжительность	Как правило, длятся долго — сутки и более	Не более 15 минут, не менее минуты	Несколько часов, реже — до суток
Интенсивность	От слабых до очень интенсивных, обычно не очень сильные	Обычно не очень сильные	Как правило, сильные, иногда нестерпимые

Характеристика	Остеохондроз	Стенокардия	Инфаркт миокарда
Характер	Колющие, прокалывающие, ноющие, режущие	Давящие или жгучие	Давящие или жгучие
Условия возникновения	Длительная работа руками, вождение автомобиля, переноска тяжестей, неудобное положение тела	На высоте физической или эмоциональной нагрузки	На высоте физической или эмоциональной нагрузки. Могут возникать без видимых причин
Что помогает	Изменение положения тела (удобная поза), анальгин	Прекращение нагрузки, нитроглицерин	Средства помощи отсутствуют. Возможен кратковременный и неполный эффект от нитроглицерина
Реакция на нажатие	Есть	Нет	Нет
Зависимость от фаз дыхания	Есть	Нет	Нет
Глубина боли	Поверхностная	Глубокая	Глубокая

Перечислим теперь боли, которые с высокой вероятностью *не* являются проявлением стенокардии (из книги «Клиническая кардиология» под ред. Р. К. Шлант, Р. В. Александер):

- словно укол иголкой;
- колющие;
- вонзающие;
- как удар ножом;
- жалящие;
- стреляющие;
- пронизывающие;

- дергающие;
- зудящие;
- пощипывающие;
- прокалывающие;
- режущие;
- леденящие.

Стабильная стенокардия, описанная в этой главе, – заболевание, которое протекает более или менее ровно. Условия возникновения и частота приступов относительно постоянны. Летом может отмечаться некоторое улучшение самочувствия, а зимой, особенно в сильные морозы, частота приступов возрастает.

Больные обычно приспосабливаются к своему заболеванию и продолжают работать и вести относительно активный образ жизни, принимая небольшое количество лекарств. Частое обращение к врачу, как правило, не требуется, вызов врача необходим лишь при дестабилизации процесса, о чем пойдет речь в следующей главе.

В заключение остановимся на лечении приступа стенокардии.

1. При возникновении приступа загрудинных болей необходимо немедленно прекратить нагрузку. Сесть или принять полулежачее положение. Если приступ возник в положении лежа, надо сесть с опущенными ногами, что вызовет отток крови к ним и уменьшит нагрузку на сердце.

2. Обеспечить доступ свежего воздуха (открыть окно, расстегнуть воротник).

3. Принять одну таблетку нитроглицерина или любого нитроспрея (нитроминт и др.) под язык. Нитроспрей не вдыхать! Прием можно повторять через 1–5 минут (кратность и интервал индивидуальны).

4. Принять успокоительное, например 30–40 капель корвалола.

5. Измерить артериальное давление, если оно повышено, принять меры по его снижению.

6. Если боль не проходит, вызвать скорую помощь. До прибытия врача разжевать 1/2 таблетки аспирина (даже если в этот день вы его уже принимали).

Резюме

- Проявление стабильной стенокардии – сжимающие или жгучие боли за грудиной, возникающие на высоте физической или эмоциональной нагрузки и проходящие в покое и при приеме нитроглицерина.

- Причина стабильной стенокардии – неповрежденная атеросклеротическая бляшка, уменьшающая просвет одной или нескольких коронарных артерий.

- Условия возникновения приступов обычно стереотипные.

- Лечение приступа стенокардии – покой и подъязычные формы нитратов.

- Обращение к врачу показано при дестабилизации течения заболевания.

Глава 4. Нестабильная стенокардия

Долгие годы стенокардия может протекать стабильно. Вы привыкаете к нечасто возникающим приступам, легко с ними справляетесь и получаете плановое лечение, назначенное кардиологом. Но в какой-то момент ситуация может измениться. Возникают симптомы нестабильной стенокардии. Происходит это обычно из-за нарушения целостности атеросклеротической бляшки в одном из коронарных сосудов. К бляшке присоединяются кровяные сгустки, и просвет сосуда резко уменьшается.

Нестабильная стенокардия имеет четкие симптомы, которые важно помнить. К ним относятся:

- появление симптомов стенокардии у здорового до сих пор человека;
- возобновление приступов стенокардии после длительного перерыва;
- увеличение дозы нитратов, требующихся для снятия приступа;
- возникновение приступов при меньшей нагрузке, чем обычно;
- появление иррадиации (отражения боли в руку, спину и т. д.), если ее раньше не было;
- сопровождение приступов одышкой или обмороком.

На первом варианте нестабильной стенокардии необходимо остановиться подробно. Анализ истории болезни пациентов, попавших в стационар с диагнозом «острый инфаркт миокарда», позволяет заметить, что в большинстве случаев инфаркту предшествовала нестабильная стенокардия. У некоторых больных она проявлялась в виде сильных болевых приступов, не заметить которые было невозможно. Другие больные отмечали легкие неприятные ощущения в груди, на которые они не обратили бы внимания, если бы не последовавшие за ними события.

Один из моих пациентов рассказывал мне: «Вскоре после появления у меня симптомов простуды я начал замечать какую-то заложенность в груди. Выйду на улицу, пройду 100 метров, и надо постоять. Ощущение было такое, что легкие простужены. А дома в покое ничего не беспокоило. Так прошло два дня. И вдруг ночью случился очень сильный приступ, после которого меня и отвезли в больницу».

Здесь мы видим типичную картину возникновения нестабильной стенокардии на фоне простудного заболевания. Помните, в главе 2 мы рассматривали причины дестабилизации бляшки? Простуда – один из таких факторов. Неприятные ощущения при нагрузке, проходящие в покое, – типичный признак стенокардии. Отсутствие очень сильных болей не противоречит такому диагнозу. Если бы больной своевременно (в те самые два дня, пока инфаркт еще не случился) обратился к врачу и был бы госпитализирован, инфаркт можно было бы предотвратить. Современная медицина располагает такими возможностями.

Еще один пример из жизни.

Одна из моих пациенток в течение нескольких лет страдала стенокардией напряжения. Приступы были нечастыми и не слишком сильно беспокоили больную. Но однажды ночью она проснулась от необычного приступа. Боль была чрезвычайно интенсивной, длилась дольше, чем обычно, прошла только после третьей дозы нитроминта, хотя раньше всегда помогала одна доза. Да и ночных болей пациентка раньше никогда не испытывала. Утром следующего дня больная вызвала скорую помощь. На ЭКГ патологии выявлено не было, но в связи с клиническими признаками нестабильной стенокардии она была госпитализирована. Проведенная экстренная коронарография выявила критический стеноз (сужение) одной из крупных коронарных артерий. Непосредственно после коронарографии было проведено стентирование

пораженного сосуда, в результате которого восстановлен кровоток. Симптомы стенокардии после этого полностью прошли. Инфаркта удалось избежать.

Конечно, не всегда нестабильная стенокардия требует таких радикальных мер. Нередко удается помочь больному, используя только терапевтические мероприятия, не прибегая к хирургическому воздействию.

А теперь внимание, *сейчас вы читаете самые главные строки этой книги!*

ВНИМАНИЕ!

Запомните раз и навсегда, расскажите всем родственникам и друзьям: нестабильная стенокардия – это показание для экстренной госпитализации. При появлении симптомов нестабильной стенокардии надо незамедлительно вызвать на дом «скорую помощь» или участкового врача (а не идти самому в поликлинику!). Правильная тактика при нестабильной стенокардии может спасти жизнь. Примеры вам приведет любой врач.

Вот недавний случай.

Поздно вечером, дежуря на «скорой помощи», я попал на вызов к 55-летнему мужчине. Он встретил нашу бригаду словами: «Да все уже нормально, зря только вас побеспокоили. Просто случился какой-то странный приступ – в груди вдруг зажало и весь вспотел. Минут через десять все само прошло. Никогда такого раньше не было. Наверное, съел что-нибудь не то. А сейчас уже все нормально, здоров, как бык!» Мы с трудом уговорили больного, чтобы он позволил нам снять ЭКГ, которая оказалась нормальной. Тем не менее я предложил госпитализацию, что вызвало неподдельное удивление больного. Больной все же был госпитализирован, хоть для этого и пришлось проявить максимум красноречия. Около 23 часов я привез пациента в стационар. На этом бы история и закончилась, если бы через несколько дней я не встретил реаниматолога, дежурившего в ту ночь. Он рассказал мне, что в 2 часа ночи больной вновь пожаловался на болевой приступ, похожий на тот, что случился дома. Через несколько минут развилась фибрилляция желудочков, наступило состояние клинической смерти. С помощью электрического разряда удалось восстановить сердечный ритм. Если бы больной остался дома, фибрилляция желудочков неизбежно привела бы к смерти.

Я надеюсь, что вы еще не устали от примеров, и хочу привести воспоминания о последнем дне жизни поэта Серебряного века Иннокентия Анненского (цитируется по книге «От Распутина до Путина. 50 петербуржцев XX столетия»).

Он в тот день обедал у одной приятельницы. А день прошел тяжело: с поезда на лекцию, после – в округ, оттуда – в министерство, и везде неприятные разговоры. Даже не исключено, что ему сказали про неуспех прошения насчет усиленной пенсии. За обедом ему стало нехорошо – а сердечные пилюли остались дома, – и он даже попросил разрешения прилечь. Но тут возникла еще проблема – в доме, где он обедал, мужчин не было. Иннокентий Федорович весело встал, успокоил приятельницу, распрощался, запахнул шубу, неторопливо сошел по лестнице, крикнул извозчика и полетел, с болью глотая холодный воздух, на Царскосельский вокзал, благо недалеко, в двух минутах. До вокзала, как мы знаем, доехал, однако до нужной комнаты не добрался, а попал совсем в другое помещение – в полицейский морг.

Итак, смерть наступила на фоне относительно неплохого здоровья, которое позволяло ему в день смерти читать лекцию, ездить к друзьям. За несколько минут до смерти он мог ходить и даже нашел в себе силы успокоить приятельницу. При этом он принимал какие-то «сердечные пилюли», что

свидетельствует о неблагополучии со стороны сердца. Анализируя этот случай, можно с большой долей уверенности сказать, что 54-летний поэт умер от нарушения сердечного ритма на фоне острой коронарной недостаточности, которой предшествовала нестабильная стенокардия. Конечно, его не спасли бы никакие лекарства, в те времена медицина не умела лечить эту болезнь. Единственный шанс выжить появился бы у поэта, если бы он соблюдал постельный режим.

С тех пор прошло почти сто лет. Медицина за это время продвинулась далеко вперед. Тактика при нестабильной стенокардии отработана до мелочей, а ваша задача – лишь вовремя обратиться к врачу.

Резюме

- Нестабильная стенокардия – это стенокардия, возникшая впервые или отличающаяся от привычной стенокардии продолжительностью, силой приступов, условиями их возникновения и некоторыми другими факторами.
- Причина нестабильной стенокардии – дестабилизация (надлом, изъязвление) атеросклеротической бляшки в коронарном сосуде.
- ЭКГ при нестабильной стенокардии может оставаться нормальной.
- Нестабильная стенокардия и даже подозрение на нее – показание для экстренной госпитализации, которая может предотвратить развитие инфаркта и снизить риск осложнений.

Глава 5. Острый инфаркт миокарда

Что такое инфаркт миокарда? Это, пожалуй, первый вопрос, который приходит в голову человеку, попавшему в больницу с таким диагнозом. Стихла боль, прошел первый шок от перевозки в больницу и помещения в неудобную обстановку больничной палаты, и хочется узнать, что же случилось. Откуда взялась эта страшная боль? И как врачи узнали, что это именно инфаркт?

Диагноз «острый инфаркт миокарда» (ОИМ) может быть поставлен по трем главным признакам. Первый – характерная боль. Обычно она возникает за грудиной, носит давящий или жгучий характер, может отдавать в шею, спину, руку. Очень характерным симптомом является распространение боли в обе руки. Продолжительность болевого синдрома – не менее часа, обычно несколько часов. Боли очень интенсивные, особенно в первые минуты. Многие пациенты говорят, что это самая сильная боль, которую им пришлось испытать в жизни. Часто она сопровождается слабостью, появлением холодного пота, обмороками.

Иногда боль, которую испытывают больные, переносящие инфаркт, сравнивают с «ударом ножом в грудь». Один из моих пациентов переносил то и другое. В молодости он, будучи работником милиции, во время задержания преступника получил проникающее ножевое ранение грудной клетки, а в 67-летнем возрасте попал в нашу больницу с диагнозом «инфаркт». Естественно, я поинтересовался, что больнее. Оказалось, что боль от инфаркта не идет ни в какое сравнение – она во много раз сильнее!

В некоторых случаях – в старческом возрасте или при сопутствующем сахарном диабете – клиническая картина может носить стертый характер и боль не такая выраженная.

В типичном случае инфаркта миокарда больной испытывает страх смерти. Да это и понятно – сила болей и их локализация не оставляет сомнений в том, что происходит нечто серьезное. Но бывает и обратная картина – отрицание своей болезни.

Однажды утром, выходя из дома, я увидел очень бледную пожилую женщину, сидящую на скамейке у подъезда. Это была участковая врач, пришедшая на вызов в наш дом. Я спросил, не нужна ли помощь. «Нет, сейчас все пройдет, – ответила она. • – У меня в последнюю неделю все время по утрам сердце побаливает. Посижу немного, и отойдет». Пока она это говорила, я уже держал ее за запястье, проверяя пульс. Рука была холодной и влажной, пульс слабый с частыми перебоями. Не вступая в спор, я вызвал по мобильному телефону бригаду «скорой помощи». Врачи приехали быстро. На ЭКГ, снятой в машине, были несомненные признаки крупноочагового инфаркта миокарда.

Как видите, даже врач не всегда может адекватно оценить тяжесть своего состояния. Отсюда следует важный вывод. Если ваш родственник пожаловался на боль в сердце и появились какие-то внешние признаки ухудшения состояния его здоровья (например, бледность, влажность кожи), вызывайте скорую помощь.

Второй критерий диагностики – ЭКГ. Однако, по статистике, изменения ЭКГ сопровождают лишь около 75 % инфарктов. То есть этот метод диагностики является менее важным, чем клиническая картина. При типичных болях тактика одна – относиться к этому больному как к переносящему инфаркт, даже если ЭКГ нормальная.

«На инфаркт едете, доктор, собирайтесь поскорее, – говорят иногда опытные диспетчеры «скорой помощи». • – Мужчина 55 лет проснулся от болей

в груди, отдающих в обе руки, вспотел, была рвота». Этих сведений обычно достаточно, чтобы со всей серьезностью отнестись к больному. И не имеет значения, есть изменения на ЭКГ или их пока нет.

Еще свежи в памяти два недавних случая – смерть популярного писателя-сатирика и телеведущего. Они подробно описывались в прессе. Оба раза при типичной картине приступа изменения на ЭКГ отсутствовали. Оба больных не были госпитализированы и умерли в течение суток.

Итак, ЭКГ-диагностика возможна не всегда. Клиническая картина может быть стертой. В этом случае необходимо оценить третий диагностический критерий – биохимический анализ крови. При инфаркте в кровь попадают ферменты, которые в норме находятся внутри клеток сердечной мышцы. Если их концентрация в крови возрастает, это свидетельствует в пользу диагноза «инфаркт миокарда».

Иногда в сложных случаях проводится ЭХО-кардиография для поиска зон пониженной сократимости сердца.

Клиническая картина, ЭКГ, ферменты. Для достоверной диагностики инфаркта необходимо как минимум два критерия из трех.

В нашу больницу поступила женщина с типичной клиникой остеохондроза. Боль носила колющий характер, резко усиливалась при нажатии на грудную клетку, а также отмечалась при глубоком вдохе. ЭКГ нельзя было назвать однозначно нормальной, в связи с чем врачом «скорой помощи» было принято решение об экстренной госпитализации. Настороженность в отношении инфаркта усугубило то, что ЭКГ за сутки претерпела некоторые изменения. Однако в процессе обследования биохимический анализ крови, оцененный несколько раз, патологии не выявил. ЭКГ нормализовалась. ЭХО-кардиография была нормальной. Коронарография тоже не выявила патологии, не было обнаружено ни одного сужения коронарных сосудов. В итоге ОИМ диагностирован не был.

Попробуем разобраться, что происходит при инфаркте миокарда.

Сначала определение. ОИМ – острая форма ишемической болезни сердца, завершающаяся омертвением части сердечной мышцы вследствие прекращения притока крови по одной из коронарных артерий.

В одном из сосудов постепенно росла атеросклеротическая бляшка, уменьшая его просвет. В какой-то момент ее целостность нарушилась, и к ней присоединился тромб, полностью прекратив кровоток. Участок сердца остался без притока крови, а следовательно, наступило кислородное голодание. Именно поэтому возникла боль. Через 6 часов после возникновения тромбоза процесс становится необратимым из-за гибели мышечных клеток. Начинается формирование рубца. Забегая вперед, отметим, что тромб через несколько дней самопроизвольно растворяется, кровоток по артерии восстанавливается, но это не спасает пораженный участок.

В первые несколько дней зона, подвергшаяся инфаркту, дряблая, мягкая и непрочная. Затем она прорастает волокнами соединительной ткани, и к концу восьмой недели образуется прочный рубец.

Правила поведения при инфаркте просты. Их можно сформулировать несколькими словами – вызвать «скорую помощь», поехать в больницу, выполнять указания врачей. Однако некоторые пояснения все же требуются.

Прежде всего, как вызвать врача? В Санкт-Петербурге городская служба 03 не ездит на случаи внезапных заболеваний, развившихся дома. Это значит, что бригаду надо вызывать из районной поликлиники. Необходимо заранее записать и хранить на видном месте телефон «скорой помощи» при вашей поликлинике. Можно также воспользоваться услугами коммер-

ческой «скорой помощи». При выезде на дачу поинтересуйтесь, как вызвать местную «скорую помощь». Если все же вы не побеспокоились заранее, не волнуйтесь. Набрав 03, а с мобильного 112, вы сможете получить любую консультацию диспетчера, в том числе и номер телефона «скорой помощи» вашего района.

Не торопясь, четко изложите диспетчеру суть проблемы, вежливо ответьте на уточняющие вопросы, которые могут быть заданы. Иногда диспетчер может недооценить тяжесть состояния; случается также, что больной и родственники ее переоценивают. Поэтому трудно посоветовать, что сделать, чтобы бригада приехала быстро. В любом случае, надо говорить правду, и если состояние больного действительно тяжелое, диспетчер найдет способ обеспечить скорейший выезд бригады к вам.

До прибытия врача постарайтесь сохранять спокойствие, для чего можно выпить 40–60 капель корвалола или валокордина (это относится и к родственникам). Эти успокаивающие препараты хорошо переносятся и практически не имеют противопоказаний. Что касается других действий – их алгоритм изложен в главе 3. Надо прекратить нагрузку, сесть или принять полужающееся положение, принимать нитроглицерин под язык по 1 таблетке через каждые 3–5 минут, разжевать 1/2 таблетки аспирина. Своевременный прием аспирина может способствовать растворению тромба в сосуде, но даже если этого не произойдет, заболевание протекает значительно легче.

Приехавшей бригаде надо четко и без ненужных подробностей рассказать, что случилось, приготовить предыдущие ЭКГ и выписки из больницы. Это поможет врачу быстро сориентироваться в ситуации. Если принято решение о госпитализации, надо отдать предпочтение наиболее близко расположенному стационару. Транспортировка больного при инфаркте миокарда – опасный и тяжелый процесс, во время которого могут развиваться различные осложнения. Польза от госпитализации в «хороший» стационар, например в ведомственную больницу, если она расположена далеко, неизмеримо меньше вреда, который будет нанесен больному длительной транспортировкой.

Госпитализация необходима во всех случаях инфаркта миокарда. Она преследует три основные цели: лечение, профилактика осложнений и активное наблюдение за больным. Никакое, даже самое качественное, лечение на дому не может сравниться с возможностями стационара. Только в условиях отделения кардиореанимации возможно лечение таких грозных осложнений инфаркта, как фибрилляция желудочков, нарушение атриовентрикулярной проводимости, отек легких. Только в стационаре возможна диагностика с применением рентгеновской техники, мониторингового наблюдения. Конечно, если больной остается дома, это не означает, что прогноз автоматически будет неблагоприятным. Но шансы на выживание и полное выздоровление заметно снижаются. Противопоказаний для госпитализации при инфаркте нет. Каждый больной может и должен быть госпитализирован вне зависимости от возраста, тяжести состояния и наличия у него сопутствующих заболеваний. В случае если тяжесть состояния больного не позволяет врачу «скорой помощи» самостоятельно осуществить транспортировку, он вызовет специализированную бригаду.

Важность своевременной госпитализации трудно переоценить. Именно в первые часы инфаркта чаще всего развиваются опасные для жизни осложнения. С ними значительно проще бороться в стационаре, чем на дому или в процессе транспортировки. Только в первые часы инфаркта можно вводить лекарства, растворяющие тромб в коронарном сосуде и уменьшающие тем самым размер очага, а в некоторых случаях полностью излечивающие больного.

Мужчина 42 лет был доставлен в больницу с рабочего места через 40 минут от начала болевого приступа. На ЭКГ регистрировалась острейшая стадия инфаркта миокарда. Было принято решение о проведении системного тромболизиса (введения внутривенно препарата, растворяющего тромб в коронарной артерии). Через 30 минут от начала введения препарата боль

полностью прошла. ЭКГ, снятая через 3 часа после введения препарата, была нормальной. Впоследствии на коронарографии обнаружен один участок сужения коронарной артерии. После успешно проведенного стентирования больной был выписан домой.

Процесс сборов должен занимать как можно меньше времени. Брать с собой надо только необходимые вещи:

- паспорт и страховой медицинский полис;
- выписки из больниц от предыдущих госпитализаций;
- кардиограммы;
- глазные капли, если они назначены для постоянного использования;
- лекарства от сахарного диабета;
- чашку, ложку, тарелку.

Как ни удивительно, в переноске больного на носилках тоже может таиться немалая опасность. Казалось бы, чего проще – взять да понести. Но нередко родственники вместо того, чтобы нести больного на носилках ногами вниз, почему-то поворачивают их головой вниз, мотивируя это тем, что «ногами вперед живых не носят». Это опасное заблуждение. Если в процессе переноски голова находится ниже, чем ноги (а обычно так и бывает если несут головой вперед), то к верхней половине тела приливает кровь, что создает дополнительную нагрузку на сердце, увеличивая тем самым очаг инфаркта и повышая риск отека легких. Кроме того, существует угроза уронить больного головой на ступеньки.

В больницу была доставлена пациентка 69 лет. На ЭКГ регистрировались признаки мелкоочагового инфаркта миокарда. В первые секунды осмотра я даже не заметил, что больная без сознания. Родственники рассказали мне, что несли ее головой вперед, причем шедший впереди носильщик (кстати, сын больной) споткнулся, в результате чего больная упала с носилок и сильно ударилась головой об пол, после чего впала в бессознательное состояние. На компьютерной томографии головного мозга были обнаружены признаки внутричерепной гематомы. Смерть больной наступила через четыре дня. Причиной ее послужила именно черепно-мозговая травма.

Итак, вы в больнице. В первые 2–3 дня надо четко выполнять указания лечащего врача по режиму. В эти дни разрешается лишь переворачиваться в постели, нельзя даже садиться, не говоря уже о выходе в туалет. Для многих это непросто. Возникают мысли – как же так, я, здоровый человек, должен пользоваться судном! Да, конечно, приятно мало, но вспомните, что происходит сейчас с вашим сердцем. Боли прошли, но до рубцевания зоны инфаркта еще очень далеко. Часть сердца стала мягкой и даже при небольшой нагрузке может либо порваться, что приведет к мгновенной смерти, либо растянуться наподобие старой автомобильной камеры – этот процесс называется формированием аневризмы сердца. Аневризма – это навсегда. Сердце начинает работать менее эффективно, развивается хроническая сердечная недостаточность. Стоит ли рисковать здоровьем и жизнью? Почему-то люди в травматологическом отделении, сломавшие, например, ногу и находящиеся на скелетном вытяжении с гирей на ноге, не делают попыток выхода в туалет, чего нельзя сказать о больных, лежащих в кардиореанимации.

На третий или четвертый день, если разрешает лечащий врач, можно начинать садиться. Делать это надо следующим образом: сначала свесить ноги с кровати, а затем приподнять туловище, помогая себе руками. Напрягать мышцы брюшного пресса еще нельзя. С пятого-шестого дня обычно можно ходить, затем под руководством инструктора ЛФК осваивать подъем по лестнице.

Несколько слов о диете. В первые 12 часов питание противопоказано. Затем пациенты получают легкую пищу – каши, суп, пюре. Из дома можно принести немного размоченных сухофруктов – изюма или кураги, 1–2 апельсина или лимона в очищенном виде в банке, маленькую бутылку минеральной воды без газа или пол-литра кефира. Больше количество еды на пользу не пойдет, наоборот, обильное питание замедляет процесс выздоровления. Курить при инфаркте, конечно, нельзя. Воспользуйтесь этим вынужденным перерывом, чтобы навсегда избавиться от этой привычки.

Многие больные, оказавшись на больничной койке, начинают анализировать причины происшедшего. Прочитайте следующие главы книги, и многое станет понятно.

Подытожим основные сведения об инфаркте.

Резюме

- Инфаркт – это омертвление участка сердца, вызванное острым тромбозом одной из коронарных артерий.
- Главный симптом инфаркта миокарда – длительный приступ загрудинных сжимающих или жгучих болей отдающих в шею, спину, руку или в обе руки, сопровождающихся одышкой, холодным потом, рвотой, страхом смерти.
- Диагноз ставится на основании трех критериев – характерного болевого приступа, изменений на ЭКГ и изменений в биохимическом анализе крови.
- Инфаркт миокарда не всегда сопровождается изменениями ЭКГ.
- Быстрая госпитализация может спасти жизнь больного и предотвратить осложнения.
- Своевременный прием аспирина приносит больному столько же пользы, сколько все последующее лечение.

Глава 6. Необратимые факторы риска атеросклероза

Как мы знаем, необратимыми факторами риска атеросклероза, а значит инфаркта миокарда, являются возраст, принадлежность к мужскому полу и генетическая предрасположенность – случаи преждевременного атеросклероза у родственников.

Давно замечено, что есть люди, которые, несмотря на обилие вредных привычек, живут долго и не болеют. Ярким примером является У. Черчилль. Он руководил Великобританией в период Второй мировой войны, а значит, подвергал себя тяжелейшему стрессу; был злым курильщиком, имел повышенную массу тела, избегал физической нагрузки, часто употреблял алкоголь. Известен его афоризм: «Хотите долго прожить? Побольше ешьте, и никакого спорта». Как мы знаем, он прожил более 90 лет. Этот феномен – долгожительство людей с многочисленными факторами риска – известен в медицине как «Черчилль-синдром».

В то же время есть немало людей, которые генетически предрасположены к развитию сосудистых заболеваний. Они следят за здоровьем, занимаются физкультурой, соблюдают диету, но все-таки заболевают в молодом возрасте.

Больной 42 лет был госпитализирован в отделение кардиореанимации на третьи сутки после начала болей в грудной клетке. Заболел внезапно, находясь на даче. Ночью он проснулся от сжатия в груди. Вызвал скорую помощь, но ЭКГ снять не удалось в связи с неисправностью электрокардиографа. Поставлен диагноз «межреберная невралгия», введен анальгин, после чего боли немного ослабли. Утром обратился к врачу-иглорефлексотерапевту. После сеанса иглоукалывания боль не прошла. Только через день в поликлинике была снята ЭКГ, выявившая признаки инфаркта. При подробном расспросе выяснилось, что отец больного скончался в возрасте 42 лет от инфаркта миокарда.

Какие же практические выводы можно сделать из приведенных примеров? Наверное, было бы слишком самонадеянно следовать примеру Черчилля, даже если все ваши предки жили долго и умерли в преклонном возрасте. Среди попавших в больницу с инфарктом молодых людей мы нередко видим тех, кто не припомнит такого заболевания у своих ближайших родственников. Современный уровень экологии и особенно стрессовое воздействие окружающей среды, не говоря уже о вредных привычках, подтачивают здоровье, несмотря на хорошие гены.

А что же делать тем, чьи родственники умерли молодыми? Не все так фатально. За последние десятилетия медицинская наука достигла больших успехов в профилактике и лечении сердечнососудистых заболеваний. Своевременное обращение к врачу может продлить полноценную жизнь на многие годы.

Больной 44 лет обратился ко мне с целью профилактического осмотра. Он страдает гипертонической болезнью с 24-летнего возраста, был обследован в НИИ кардиологии, где исключены вторичные причины гипертонии. До начала лечения артериальное давление (АД) повышалось до 220/130, но в последние 12 лет на фоне приема трех гипотензивных препаратов и одного препарата, снижающего холестерин, цифры АД составляют 130–140/80, концентрация холестерина в норме. Самочувствие больного хорошее, работает, физически активен. Отец больного, также гипертоник, в возрасте 31 года перенес инсульт, в 34-летнем возрасте скончался от повторного инсульта. Дед умер внезапно в возрасте 33 лет.

Данные осмотра не выявили патологии. Рекомендовано продолжить лечение.

Глава 7. Гипертоническая болезнь

Артериальная гипертензия – самое распространенное заболевание в мире. Около 30 % населения Земли имеет повышенное артериальное давление. В 95• % случаев это гипертоническая болезнь, на долю остальных 5• % приходится симптоматическая артериальная гипертензия, осложняющая такие заболевания, как, например, гломерулонефрит или некоторые опухоли. О наличии повышенного АД знают не более половины больных, причем только половина из информированных получает хоть какое-нибудь лечение и только половине из них удается понизить его до нормальных цифр. Таким образом, всего лишь около 12• % больных гипертонией лечатся эффективно.

Артериальное давление – это сила, с которой кровь давит изнутри на стенки артерий. Систолическое (верхнее) определяется давлением крови во время сокращения сердца – систолы. Диастолическое давление (нижнее, его некоторые больные почему-то называют сердечным) определяется давлением крови на сосуды в момент расслабления сердца – диастолы. Кровяное давление поддерживает циркуляцию крови в организме. Благодаря ему клетки получают кислород и питательные вещества, обеспечивающие жизнедеятельность.

У здорового человека АД нестабильно, оно снижается и повышается в зависимости от жизненных обстоятельств. Тяжелая физическая работа или эмоциональная нагрузка могут вызвать повышение давления, а во сне оно, как правило, снижается.

Процесс регулирования АД осуществляется тремя способами:

1. *Изменение силы сердечных сокращений и их частоты.* Чем выше эти показатели, тем выше АД.
2. *Изменение тонуса стенок артерий.* Сужение стенок этих сосудов ведет к повышению АД.
3. *Изменение количества воды в организме.* Чем больше почки выводят жидкости из организма, тем меньше становится объем циркулирующей крови, что снижает АД.

Здоровый организм регулирует АД самостоятельно. Однако чрезмерные нагрузки, стресс, вредные привычки, злоупотребление поваренной солью могут нарушить этот процесс, особенно у генетически предрасположенных к гипертонии людей.

Многие жители блокадного Ленинграда, выжившие во время войны, умерли вскоре после ее окончания от тяжелой гипертонической болезни. Врачи склонны связывать «блокадную» гипертонию с нечеловеческими условиями жизни, которые оказывали непрерывное стрессовое воздействие на ленинградцев.

Как правило, гипертоническая болезнь прогрессирует постепенно, многие годы, в связи с чем человек не замечает повышенного уровня АД до тех пор, пока не возникнут осложнения – инфаркт или инсульт.

Риск артериальной гипертензии повышается, если у ваших родителей или близких родственников было высокое АД или они перенесли инсульт в молодом возрасте. По мере старения доля гипертоников среди населения растет. Избыточный вес также не прибавляет нам здоровья. Каждый лишний килограмм повышает АД на 1–2 мм ртутного столба. Злоупотребление алкоголем и курение повышают активность симпатической нервной системы, способствуя выделению адреналина, что ухудшает состояние тонуса сосудов и способствует повышению давления. Нарушение режима труда и отдыха, психоэмоциональное перенапряжение также отрицательно влияют на гормональный баланс, являясь пусковым фактором для развития гипертонии или способствуя ее прогрессированию.

Как измерить давление

Для того чтобы иметь представление об уровне своего АД, не обязательно каждый раз ходить к врачу. Процесс измерения прост и доступен практически каждому. Для измерения подходит любой тонометр из имеющихся в продаже. Предпочтение надо отдать обычным дешевым тонометрам со шкалой в виде циферблата и стрелки. Они обладают предсказуемой погрешностью до 15 % и просты в употреблении. Автоматические и полуавтоматические тонометры тоже можно использовать, особенно если у вас ослаблен слух. Правда, к их показаниям надо относиться несколько более настороженно, особенно в пожилом возрасте. Нежелательно пользоваться автоматическими тонометрами с манжеткой, накладывающейся на запястье. Их показания наименее достоверны.

Одна из моих пациенток в течение двух дней подряд звонила мне, жалуясь на головную боль. Цифры АД, которые она мне сообщала, не вызывали опасений, поэтому я рекомендовал ей прием обезболивающих средств. На третий день я нашел возможность посетить больную и измерить АД своим тонометром. Оказалось, систолическое давление у пациентки превышало 200 мм рт. ст. При измерении автоматическим тонометром, накладываемым на запястье, цифры были 140/70.

Правила измерения АД:

1. Перед процедурой необходимо расслабиться и отдохнуть в течение 2–5 минут.
2. За тридцать минут до измерения нельзя употреблять кофе, чай и алкоголь. Нельзя также курить.
3. Манжета накладывается на середину плеча ровно, без перегибов (обычно нижний край ее при этом на 2• см выше локтевого сгиба).
4. Рука должна лежать на столе. Сидеть спокойно и прямо, ноги должны находиться на полу.
5. Нагнетать давление в манжете надо равномерно до уровня, превышающего обычный на 30 мм рт. ст.
6. Зафиксировать капсулу стетоскопа в локтевой ямке. Появление отчетливых тонов соответствует уровню систолического АД, их исчезновение – уровню диастолического АД.
7. Желательно произвести измерение на обеих руках. Разница во времени при неоднократных измерениях должна быть не менее 3–5 минут.

В настоящее время общепризнано, что регулярное самостоятельное измерение АД обеспечивает оптимальный контроль над эффективностью лечения.

Обычно для записи результатов измерения давления врачи рекомендуют завести тетрадь, где показатели фиксируются в виде таблицы примерно такого вида:

Результаты измерения давления

Дата	Утро	День	Вечер	Примечания
10.09.2007	140/80	135/80	160/90	
11.09.2007	135/80	135/80	170/100	Дополнительно вечером принята 1 т. физиотенза 0,2 мг. Через 1 час АД 140/80
12.09.2007	120/70	140/80	155/90	
13.09.2007	135/80	140/80	160/90	
14.09.2007	120/80	135/85	155/100	

Имея возможность оценить результаты самостоятельных измерений АД, врач может сделать вывод об эффективности назначенной терапии и необходимости внесения изменений в назначения. Например, увидев приведенную таблицу, можно заметить, что у данного пациента АД обычно повышается вечером, а значит необходимо назначить дополнительный прием препарата в середине дня, чтобы к вечеру развилось его действие.

Ниже приведена классификация уровня артериального давления и представлены рекомендации по тактике лечения при впервые выявленном его повышении (из книги «Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертензии в Российской Федерации»).

Классификация уровня артериального давления и рекомендации при впервые выявленном его повышении*

Категория	Систолическое АД	Диастолическое АД	Рекомендации
Оптимальное	<120	<80	
Нормальное	<130	<85	Контроль через 2 года
Высокое нормальное	130–139	85–89	Контроль через 1 год**
Степень 1	140–159	90–99	Подтвердить в течение 2 месяцев.
Степень 2	160–179	100–109	Обследовать и начать лечение в течение 1 месяца.
Степень 3	>179	>109	Обследовать и начать лечение немедленно или в течение 1 недели

* Цит. по: Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертензии в Российской Федерации.

** Необходимо рекомендовать немедикаментозные методы коррекции, а при их неэффективности назначается медикаментозная терапия

Остановимся подробно на немедикаментозных методах лечения.

Первый шаг на пути к выздоровлению – изменение образа жизни. Стрессы, переживания, недосыпание и работа без выходных для вас представляют опасность. Надо постараться оградить себя от стресса... Такой совет дать очень легко, но как его выполнить? Нет, не надо бросать работу и семью, «уходить в болезнь» и не думать больше ни о чем, кроме здоровья. Об этом речь, конечно, не идет. Но может быть, у вас есть возможность сократить объем выполняемой работы, отказаться от подработки или перейти на более спокойную работу. Если это так – прекрасно! Есть шанс, что давление нормализуется без лекарств.

Несколько лет назад я познакомился с врачом, который в течение длительного времени работал на Кубе. Он рассказал мне, что в этой стране практически не болеют гипертонией. Жизнерадостные кубинцы много танцуют, мало работают и легко относятся к неприятностям. Такой образ жизни предотвращает развитие гипертонической болезни.

На начальных стадиях гипертонической болезни физические упражнения могут быть так же эффективны, как лекарства. Благоприятное воздействие физкультуры на снижение артериального давления доказано в клинических исследованиях на большом количестве пациентов. Помимо этого, регулярные тренировки помогут снизить вес, улучшить самочувствие и сон, повысить прочность костной ткани. Начать можно с ходьбы или, например, с занятий на вело-

тренажере. Доказано, что даже 10-минутные ежедневные тренировки на велотренажере могут улучшить состояние сосудов, что приводит к снижению артериального давления и способно даже затормозить процесс развития атеросклероза.

Начните занятия физкультурой с установления для себя какого-то минимума нагрузки, от выполнения которого вы не откажетесь ни при каких обстоятельствах. Не ставьте себе невыполнимых задач и не изнуряйте себя. Но определенный комплекс упражнений выполняйте ежедневно.

Восьмидесятишестилетний пациент, которого я наблюдаю в связи с целым рядом хронических заболеваний, ежедневно выполняет 2-километровую прогулку. Ни дождь, ни снегопад, ни мороз ни разу не заставили его отказаться от этой традиции. Я часто привожу этот пример тем пациентам, которые говорят, что возраст, болезни и погодные условия мешают им заниматься физкультурой... Правильно гласит пословица: «Хочешь – найдешь способ, не хочешь – причину».

Третьим способом немедикаментозного воздействия на течение гипертонической болезни является соблюдение бессолевой диеты. Правильная диета может явиться важнейшим условием снижения давления, причем результат проявляется очень быстро, уже через несколько дней. В идеале пищу солить не надо совсем. Хлорид натрия содержится практически повсеместно, и необходимое его количество организм усвоит даже из несоленых продуктов. Вместо соли можно употреблять специи и травы, они придадут еде более насыщенный вкус без вреда для здоровья. Если от соли сразу отказаться тяжело, досаливать можно, но ваш максимум – 4–5 граммов в сутки. Отказаться от соли бывает иногда трудно, но опыт показывает, что за несколько месяцев организм привыкает к снижению соли в пище и те продукты, которые вы ели раньше, будут казаться пересоленными. Помните, что много соли содержится не только в селедке или соленых огурцах, но и в консервах, бульонных кубиках, готовых супах, сыре.

Лекарственная терапия гипертонической болезни

В декабре 1952 года 74-летний И. В. Сталин, глава одного из величайших государств мира, человек, определявший судьбы планеты, вызвал к себе для консультации академика В. Н. Виноградова, который был на тот момент одним из крупнейших медицинских специалистов в мире. Сталин жаловался на головные боли, утомляемость, плохой сон. Была диагностирована гипертоническая болезнь. Рекомендации свелись лишь к ограничению нагрузок, что для Сталина, естественно, было неприемлемо – это означало бы отказаться от управления страной. Академик Виноградов вскоре был репрессирован, а менее чем через три месяца Сталин скончался от геморрагического инсульта, явившегося закономерным следствием нелеченной гипертонической болезни.

В декабре 2002 года в одной из деревень Тверской области 74-летний пенсионер, работавший всю жизнь в местном колхозе, вызвал на дом фельдшера из амбулатории. Он жаловался на головные боли, утомляемость, плохой сон. Диагностирована гипертоническая болезнь. Рекомендован ежедневный самостоятельный контроль АД с помощью тонометра, бессолевая диета и два гипотензивных препарата. Летом 2003 года, находясь на отдыхе в деревне, я осмотрел этого больного. Самочувствие его к тому времени значительно улучшилось, цифры АД не превышали 140/80, больной был активен, занимался домашним и приусадебным хозяйством. Терапия и диета не менялись до сих пор (2010 год). Наблюдение продолжается.

В общем, медицина и фармакология добились некоторых успехов. За последние 40–50 лет синтезировано большое количество препаратов, способных удерживать АД в норме. Поэтому, если попытки нормализовать давление с помощью немедикаментозных мероприятий оказались безуспешными, вам надо начать принимать лекарственные препараты.

Лечение, как правило, продолжается всю жизнь. Дело в том, что гипертоническую болезнь в подавляющем большинстве случаев вылечить не удастся. Постоянный прием лекарств лишь поддерживает АД на нормальном уровне, обеспечивая профилактику инфаркта, инсульта и защищая так называемые «органы-мишени» от неблагоприятного воздействия на них повышенного давления.

Курсовое лечение и тем более эпизодический прием лекарств опасны. После окончания приема препаратов давление в лучшем случае возвращается к исходным цифрам, а в худшем (обычно при прекращении приема клофелина или бета-блокаторов) происходит феномен рикошета – АД резко повышается, возникает гипертонический криз, который может закончиться инсультом или инфарктом.

Цель, к которой мы стремимся, – достижение уровня АД 140–120/85–70 мм рт. ст. Это относится к больным любого возраста, в том числе и пожилым. При резком снижении АД в первые дни возможно небольшое ухудшение состояния в виде головокружения и слабости. Поэтому АД обычно снижают, постепенно увеличивая дозу препаратов, а не назначая ее сразу. Впрочем, вопрос дозировки решается не больным, а врачом.

В следующих разделах перечислены препараты для лечения гипертонической болезни.

Мочегонные препараты

Эти препараты довольно часто назначаются при гипертонической болезни. Основное их назначение – выведение из организма соли и воды. Этим достигается снижение давления. Тяжелые побочные эффекты при их назначении возникают редко и обычно сопровождают прием самых сильных препаратов – фуросемида, урегита, особенно если их прием не контролируется врачом. Мочегонные могут вызывать головокружение, слабость, судороги, нарушения сердечного ритма. Прием препаратов калия (аспаркам, панангин) помогает предотвратить развитие побочных эффектов.

Однажды я приехал на вызов к пациенту, который жаловался на слабость и учащенное неритмичное сердцебиение. На ЭКГ регистрировалась мерцательная аритмия, АД было понижено до цифр 70/40. При опросе выяснилось, что этот пациент страдал гипертонической болезнью и участковый врач назначил ему 1 таблетку фуросемида 1 раз в 3 дня. Больной неправильно понял назначение, и принимал по 1 таблетке 3 раза в день. Через 4 дня такого «лечения» больной почувствовал себя плохо и решил вызвать скорую помощь. Капельное введение хлорида калия быстро восстановило ритм, затем нормализовалось давление. Рекомендовано не превышать дозу фуросемида. К лечению добавлен аспаркам.

В настоящее время синтезированы и широко применяются калийсберегающие мочегонные (к ним относится, например, арифон), которые лишены такого тяжелого побочного эффекта и переносятся очень хорошо.

Как ни удивительно, но до сих пор встречаются люди, которые принимают мочегонные (обычно фуросемид) с целью снижения веса. Этот препарат даже включен в список лекарств, запрещенных к употреблению спортсменами. Перед соревнованиями они иногда пытаются снизить свой вес с целью приведения его в соответствие определенной весовой категории. Очевидно, что такое снижение веса не приносит никакой пользы организму, ведь выводится не жир, а вода. Ну а спортсмены, принявшие мочегонное, будут чувствовать слабость, судороги. Возможны и другие побочные эффекты, что вряд ли поможет им достичь высоких результатов. Помните, что здоровым людям эти препараты принимать нельзя! Это не витамины.

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.