

**Антон Владимирович Родионов**  
**Полный курс медицинской грамотности**

*Академия доктора Родионова –*



Текст предоставлен правообладателем  
[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=18935501&lfrom=202213444](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=18935501&lfrom=202213444)  
«Полный курс медицинской грамотности / Антон Родионов.»: Эксмо; Москва ; 2016  
ISBN 978-5-699-85171-3

## Аннотация

*Врач высшей квалификации Антон Родионов утверждает: «В медицине XXI века уже недостаточно просто облегчить самочувствие больного, улучшить «качество жизни» (есть такой странный термин, который надежно прижился в нашем словаре). Каждый раз, когда я назначаю какое-то лечение, то обязан ответить себе и своему пациенту на простой вопрос: а как мое лечение повлияет на продолжительность жизни человека? Смогу ли я предотвратить инфаркт, инсульт, развитие сердечной и почечной недостаточности?»*

*«Полный курс медицинской грамотности» – это структурированный и творчески переработанный самим автором для вашего удобства материал 5 жизненно важных книг серии «Академия доктора Родионова». Вы запомните:*

*– какие факторы влияют на сердечно-сосудистую систему и когда повышение давления опасно, а когда нет;*

*– как оценить свой риск в любом возрасте и что реально сделать прямо сейчас, чтобы его снизить;*

*– как укрепить сосуды и какие псевдометодики очистят только ваш кошелек;*

*– почему ЭКГ не нужно делать здоровому человеку, как понять заключение врача и как помочь при сердечном приступе;*

*– нужны ли анализы на рак, как проверить состояние внутренних органов и когда отклонения сами являются нормой;*

*– какие лекарства должны быть в домашней аптечке, чтобы не навредить – и продлить жизнь себе и близким.*

*«Полный курс медицинской грамотности» – ваш личный семейный врач, к которому можно обратиться за советом и помощью в любое время*

## Антон Родионов Полный курс медицинской грамотности

**Антон Родионов** – врач-кардиолог, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской терапии №1 Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова. Член Российского кардиологического общества и Европейского общества кардиологов (ESC).

Научный редактор – **Светлана Петровна Попова**, кандидат медицинских наук, преподаватель кафедры в Российском университете дружбы народов (РУДН).

## Предисловие

Два года назад февральским вечером мне позвонил Александр Леонидович Мясников и между нами состоялся примерно такой диалог:

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

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

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

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

В итоге презентация состоялась (видеоотчет до сих пор можно найти в Интернете, если

сделать запрос «Антон Родионов в Молодой гвардии»). На следующий день мне позвонила Ольга Шестова, редактор отдела медицинской литературы издательства «ЭКМО», и состоявшийся между нами диалог был не менее забавным:

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

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

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

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

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

– Ээээ...

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

И вот проект «Академия доктора Родионова» существует уже два года. За это время написано и издано пять обещанных книг, которые посвящены не только сердечно-сосудистой медицине, но и актуальным проблемам внутренних болезней в целом. Общий тираж книг приближается к 150 тысячам, а это значит, что слушателями «Академии» стали около полумиллиона человек, поскольку по статистике одну книгу читают три человека.

За это время я получил огромное количество писем (не зря ведь оставлял адрес электронной почты) с отзывами, пожеланиями, комментариями, просьбами о консультации. Я старался ответить каждому. Были и очень вдумчивые читатели, которые буквально разглядывали книги «под лупой», обнаруживая изъяны, которые ускользнули от внимания редакторов.

Нынешнее издание – это попытка не просто формально объединить пять книг «Академии доктора Родионова» под одной обложкой, но творчески переработать материал, сделать его более структурированным, устранить некоторые повторы. Я очень внимательно отнесся ко всем замечаниям моих коллег и читателей: исправил некоторые неточности, убрал упоминания о препаратах, которые больше не используются на практике, и, наоборот, добавил те, которые появились за последние годы. Некоторые главы пришлось почти полностью переделать. Например, вместо трех отдельных глав, посвященных холестерину, в разных книгах, появилась одна большая глава в первом разделе. Объединил я и главы, рассказывающие о сахарном диабете и ожирении. В последнем разделе «Ассорти» появились новые главы, которые были написаны позже.

Итак, дорогие читатели, в добрый путь навстречу здоровью!

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

**Ваш доктор Родионов**



Добрый день, Антон Владимирович! Благодарю Вас за Вашу книгу «Расшифровка анализов: как поставить диагноз своими силами». Книга очень содержательна, доходчиво изложена, своевременна и актуальна! К сожалению, реалии нашей провинциальной медицины таковы, что, посещая доктора «бесплатной» поликлиники, наталкиваешься на полное безразличие, а в «платном» медицинском центре – на бесконечные (как Вы правы!) обследования. Результатом в обоих случаях является предварительный (!) диагноз и назначение множества медикаментов, иногда взаимоисключающих, и, как правило, приписанных без

учета имеющихся хронических заболеваний. Проблема остается не решенной, ты идешь к другому доктору – и вновь обследование (так как клиника другая и доверие только своим специалистам и лаборантам), и вновь предварительный диагноз... Замкнутый круг, а в результате проблема со здоровьем остается, денежные средства истрачены, а в душе разочарование и отчаяние...

Прочитав Вашу книгу, я нашла ответы на многие интересующие меня вопросы, некоторые мои проблемы отпали сами собой, другие оказались не столь драматичны, как мне объясняли наши доктора, мне стали абсолютно понятными методы обследования и мои действия по поводу имеющихся у меня хронических заболеваний. Спасибо Вам огромное за это! И как это ни странно прозвучит, но в преддверии Нового года лучшего подарка, чем Ваши предыдущие книги, я теперь себе не мыслю.

Наталья Н., Пенза

## Введение

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Впрочем, может быть, в том есть и моя вина? Не сумел подобрать нужные слова, недостаточно хорошо объяснил, не предупредил, что случится, если пустить все на*

*самотек? Не перезвонил через месяц, не спросил, все ли в порядке, хорошо ли переносится лечение? Увы, каждый нормальный врач обязан задать себе эти вопросы, когда с его пациентом приключается какая-то неприятность.*

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

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

Десять лет назад мы с друзьями выпустили маленькую книжку под названием «Школа гипертоника». Она быстро стала бестселлером и разошлась практически мгновенно. По рассказам читателей, ее одалживали, «ксерили» и хранили под подушкой. А у нас уже не было ни сил, ни времени на ее переиздание. С тех пор прошло много лет, некоторые представления в медицине существенно изменились, появились новые способы лечения. Да и читатель наш вырос из «школьного возраста». Поэтому добро пожаловать в «Академию доктора Родионова».

Очень надеюсь, что эта книга отчасти восполнит недостаток времени, существующий при живом общении врача и пациента, в ней я постараюсь подробно рассмотреть важные вопросы – на что надо обращать внимание, чтобы организм как можно дольше оставался молодым и здоровым.

И еще пару строк в качестве введения. Есть такая «расхожая» поговорка: «Сколько врачей – столько мнений». Нет ничего плохого (даже хорошо!), если пациент в непростой ситуации посетит двух-трех врачей и получит аргументированное «второе мнение», но если пять врачей дадут пять совершенно разных рекомендаций – это перебор.

Опытный врач – это очень здорово, но если врач в своей клинической практике ориентируется только на собственный опыт – это недопустимо. За то время, как он вылечил 100 человек, в мире уже вылечили 100 тысяч человек и не только вылечили, но и обработали эти данные, проанализировали, написали статьи и опубликовали рекомендации. Так вот, для того чтобы в XXI веке эффективно лечить пациента, хороший врач должен ориентироваться не только на свой, но на весь мировой опыт, изложенный в специальной литературе.

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

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

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

## **Раздел 1**

### **Здоровье сердца и сосудов**

#### **Глава 1**

#### **Хотите жить долго? Введение**

Появление навыков гигиены, вакцин, антибиотиков существенно изменило эту ситуацию. В XXI веке население развитых стран умирает преимущественно от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а врачи всего мира занимаются тем, чтобы люди уходили из жизни как можно позже. Т. е. выражаясь «шершавым» языком

статистики, любое медицинское вмешательство в идеале должно быть направлено на снижение общей или хотя бы сердечно-сосудистой смертности.

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

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

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

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

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

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

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

Умирают не от погоды, не от тяжелой жизни и даже не от старости, а от

конкретных заболеваний.

Очень обидно умирать от тех болезней, которые можно предотвратить.

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

## Глава 2

### Как устроена сердечно-сосудистая система и что с ней происходит при разных болезнях. Жизненно важная анатомия

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

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

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

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

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

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

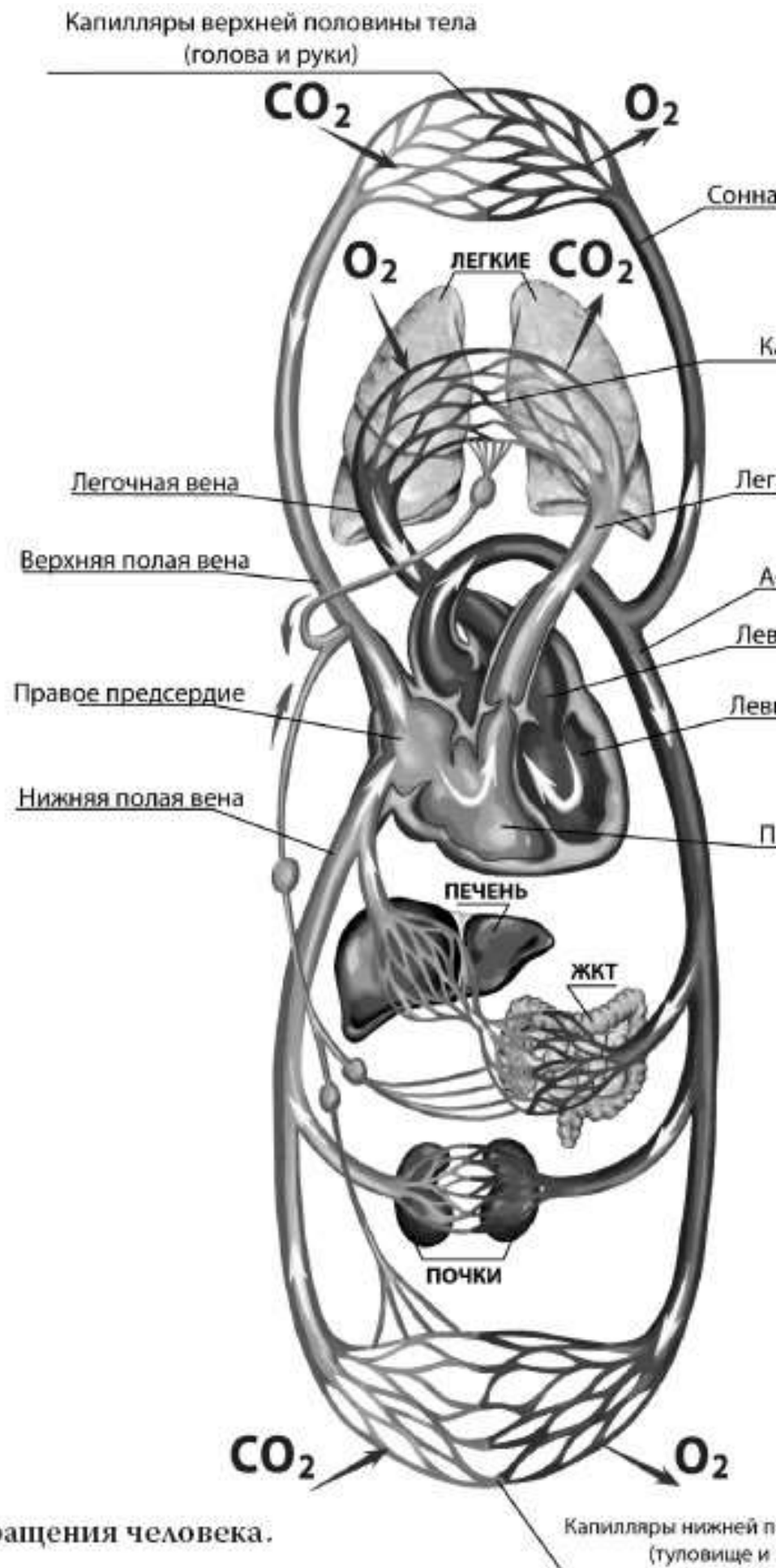
Второй жизненно важный бассейн – это сосуды головного мозга. Головной мозг кровоснабжается четырьмя артериями – двумя сонными, точнее, внутренними сонными, и двумя позвоночными артериями. Чтобы максимально защитить головной мозг, эти артерии соединяются между собой, образуя нечто очень похожее на перекресток с круговым движением; таким образом, даже в том случае, если одна из артерий «закроется», остальные три будут обеспечивать почти полноценное кровоснабжение головного мозга. В той

ситуации, когда сосуды головного мозга страдают очень сильно, развивается цереброваскулярная болезнь (в России ее по старинке называют дисциркуляторной энцефалопатией), а тяжелое нарушение мозгового кровообращения, сопровождаемое гибелью участка головного мозга, называют инсультом.

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

Как бы не так...





Немаловажным для обеспечения жизнедеятельности человека является кровоснабжение внутренних органов. Если серьезные нарушения кровоснабжения желудка, кишечника, к счастью, возникают довольно редко (хотя ишемия кишечника – ситуация очень серьезная), то вот сужение одной или обеих почечных артерий – проблема очень серьезная. Дело в том, что почки – не только орган выделительной системы, но и регулятор артериального давления. Поражение почек при атеросклерозе, сахарном диабете ухудшает прогноз и требует очень серьезного лечения.

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

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

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

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

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

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

Отдельно надо сказать о таком диагнозе, как «пролапс митрального клапана». Это очень частая находка у стройных молодых людей и девушек. Пролапс – это прогиб створок клапана, связанный с их повышенной подвижностью, при котором создается обратный ток крови. В 99 % случаев пролапс митрального клапана – не болезнь и вообще не повод для беспокойства, а вариант нормы, так как этот прогиб довольно небольшой и обратный заброс крови не нарушает систему кровообращения.

Лечение пролапса проводится крайне редко, только тогда, когда перестройка створок клапана очень выраженная и формируется тяжелый порок сердца. Так что, если вам написали в заключении эхокардиографии «пролапс митрального клапана с регургитацией (это и есть обратный заброс крови) I–II степени», то спите спокойно. Лечить это не нужно.



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

Спасибо.

Добрый день. Не может. Пролапс митрального клапана I степени – это НОРМА. Ваши симптомы носят психосоматический характер.

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

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

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

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

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

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

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

бравировать фактом курения, «пивного животика», гипертонии и т. д.

### **Глава 3**

## **Научно обоснованное гадание. Как самостоятельно спрогнозировать продолжительность жизни?**

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

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

В памяти возникла официальная статистика минздрава: средняя продолжительность жизни россиянина в 2008 году составила 65,9 года, причем у мужчин этот показатель чуть превышает 60 лет, у женщин – 70 лет. Пару лет назад дело обстояло еще хуже, среднестатистический мужчина умирал, едва дожив до 57 лет. В рейтинге стран-долгожителей, как ни печально, Россия занимает 161-е место.

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

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

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

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

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

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

С чего начинается строительство любого дома? Правильно, с фундамента. И таким фундаментом у нас выступают факторы риска. Блоки фундамента – это гипертония, повышенный уровень холестерина, курение, ожирение, сахарный диабет, малоподвижный образ жизни, плохая наследственность. Построили фундамент? Сверху ложится большая плита. Это пол нашего дома, который называется атеросклероз – сужение сосудов за счет образования в них холестериновых бляшек. Само здание дома – это сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярная болезнь, перемежающаяся хромота), т. е. клинически выраженный атеросклероз. Бляшка растет, просвет сосуда

сужается, и крови к органам поступает все меньше. Когда сужается коронарная артерия, и сердце не получает достаточного количества крови, развивается стенокардия, если поражаются сосуды в ногах, что особенно часто происходит у курильщиков, тогда появляется перемежающаяся хромота.

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



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

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

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

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

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

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

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

Основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний:

**Неизменяемые:**

- ✓ мужской пол;
- ✓ возраст – старше 65 лет для женщин и старше 55 лет для мужчин;
- ✓ отягощенная наследственность (раннее начало сердечно-сосудистых заболеваний у родственников).

**Изменяемые:**

- ✓ артериальная гипертензия;
- У курение;
- ✓ повышение уровня холестерина (общий холестерин >4,9 ммоль/л);
- ✓ сахарный диабет или преддиабет;
- ✓ ожирение (индекс массы тела >30 кг/м<sup>2</sup>);<sup>1</sup>
- ✓ увеличение объема талии (мужчины >102 см, женщины > 88 см).

Прежде чем мы подробно поговорим о том, как повлиять на факторы, определяющие здоровье сердца и сосудов, давайте займемся серьезным научным прогнозированием и попытаемся приблизительно рассчитать вероятность сердечно-сосудистого осложнения.

Итак, посмотрите на эту таблицу, она называется «шкала SCORE», в переводе – систематическая оценка коронарного риска. Она позволяет определить риск смерти в ближайшее десятилетие от сердечно-сосудистой патологии – ИБС, атеросклероза периферических и мозговых артерий, даже при отсутствии клинических проявлений болезни. Эта таблица была создана более 10 лет назад по результатам двенадцати эпидемиологических исследований, которые проводились как в Европе, так и в России. В ходе разработки таблицы было изучено состояние здоровья 200 тысяч человек, так что ей вполне можно доверять.

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

Число, полученное на пересечении заданных параметров, означает вероятность смерти от инфаркта, инсульта или другой сосудистой катастрофы в ближайшие 10 лет. Кстати, высоким уже считается риск, равный 5 %. Думаете, 5 из сотни – это немного? А если этим пятерым по 50 лет?

У 65-летнего мужчины, который ведет здоровый образ жизни, не курит, имеет нормальное давление и низкий холестерин, риск смерти от сердечно-сосудистого заболевания составляет всего 4 %. И такой же риск будет у 40-летнего мужчины-курильщика с высоким холестерином. Таким образом, молодой 40-летний мужчина с высоким давлением и вредными привычками тут же себя состаривает на 25 лет, так как риск у него такой же, как

<sup>1</sup> Индекс массы тела = вес (кг)/рост (м<sup>2</sup>).

у пожилого мужчины.

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

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

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

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

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

## Суммарный риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в ближайшие 10 лет (шкала SCORE)\*

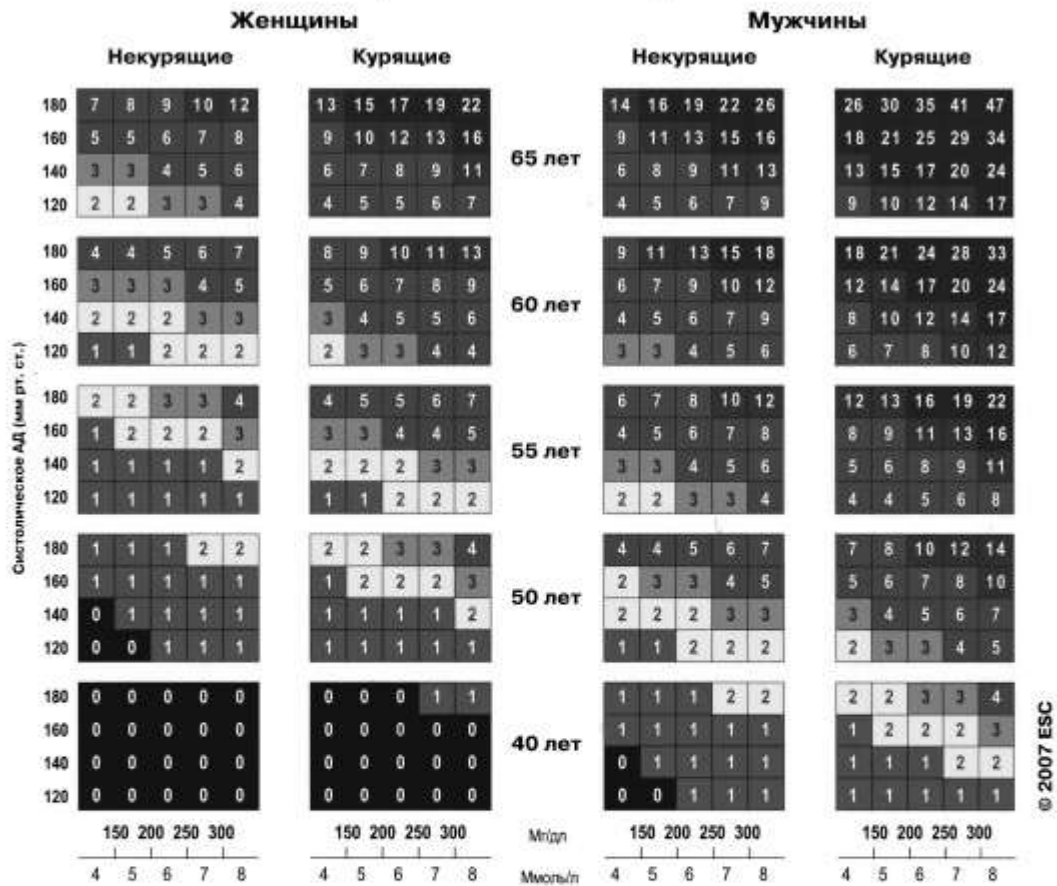
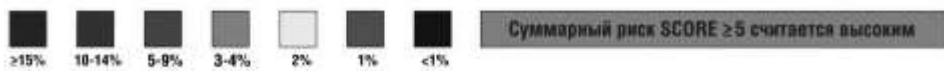


Таблица риска SCORE



### Таблица относительного риска



## Глава 4

### Давай потушим, товарищ, по одной... Неужели бросать курить?

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

Впрочем, вернемся в ту, настоящую, Россию, которая лежит далеко за МКАД, куда меня занесло в приполярную командировку. Практически все мои пациенты были



курильщиками со стажем. Некоторые к своим 35 годам имели стаж курения около 40 пачка/лет. Как может стаж курения превышать возраст? Очень просто. Вред от курения до некоторой степени зависит от дозы, поэтому в мире индекс курильщика принято рассчитывать как число пачек сигарет в день, умноженное на количество лет курения. Таким образом, подросток, закуривший в 15 лет, быстро доведший свою дозу до 2 пачек в день и пришедший ко мне в 35 лет, вполне может иметь стаж курения 40 пачка/лет.

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

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

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

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

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

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

Пагубный эффект курения действительно до некоторой степени зависит от количества выкуриваемых сигарет – чем больше, тем хуже. Но оказалось, что эта зависимость не совсем линейная: риск резко возрастает у тех, кто выкуривает больше пачки сигарет в день, а вот для курящих 3 или 15 сигарет он почти не различается. Даже тот, кто выкуривает хотя бы одну сигарету в день, рассматривается как кандидат в группу риска. Легкие сигареты – это не что иное, как эффектный рекламный шаг табачных промышленников. Снижение дозы никотина в сигарете требует, как правило, увеличения количества выкуриваемых сигарет в день для достижения прежнего удовольствия. А вот суммарная доза канцерогена окажется выше! Ведь рак вызывает не сам никотин, а смолы и дым, вдыхаемые при курении, которые и в «легких», и в «тяжелых» сигаретах содержатся практически в одинаковом количестве.

Слабое утешение курильщика – не дожить до старческого слабоумия (болезни

Альцгеймера), но можно ли всерьез использовать этот аргумент в защиту своей привычки – это личное дело каждого. Кстати, о деменции и курении – специально посмотрел всемирную базу данных по клиническим исследованиям (есть такая в Интернете). Так вот последние исследования уверенно опровергают этот миф. Увы, курильщики чаще болеют слабоумием... Последние надежды рухнули.

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

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

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

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

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

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

Несколько лет назад ко мне пришел 75-летний мужчина, житель одной кавказской республики, с жалобами на тяжелую одышку. Он курил столько, что его индекс курящего человека превышал 100 пачка/лет. Я диагностировал у него хроническую обструктивную болезнь легких и сообщил, что единственный доказанный метод, который может остановить заболевание, – это отказ от курения. Честно говоря, я ожидал традиционных фраз типа: «Доктор, я уже столько курю, я не смогу бросить, сколько проживу, столько проживу...» Но вместо этого этот мудрый пожилой человек произнес: «Хорошо, доктор. Если вы говорите, что надо бросить курить, я брошу. Это без воды, без хлеба нельзя прожить, а без сигарет можно...» Мы встретились с ним через три месяца, курить он бросил.



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

Что делать, не знаю!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Теперь записываем плюсы. Проходит противный утренний кашель. Исчезает запах изо рта и от одежды, так раздражающий коллег и домочадцев. Улучшается состояние кожи. Улучшается потенция и способность к зачатию. Появляется обоняние (удивительно, но иногда именно это больше всего восхищает людей, бросивших курить!). Появляются дополнительные сэкономленные деньги (кстати, иногда это немаленькая сумма)... А-а, чуть не забыл. На несколько лет увеличивается продолжительность жизни. Пустячок, а приятно.

Плюсы перевесили минусы? Тогда вперед.

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

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



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

Маша, Москва.

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

для того, чтобы на это решиться.

### **Итак, подготовительный период.**

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

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

Избавьтесь от всех атрибутов, напоминающих о курении. В доме не должно остаться пепельниц, зажигалок, не говоря уж о непечатых пачках сигарет.

Если есть возможность, приурочьте отказ от курения к отпуску, путешествию. Так будет проще ломать стереотипы.

Многие экс-курильщики с восторгом отзываются о книге Аллена Карра «Легкий способ бросить курить». Главная мысль книги – это искоренение сомнений и страха остаться без сигареты. Автор утверждает, что если они преодолены, то отказ от курения становится безболезненным. На мой взгляд, на этой войне хороши почти все средства, поэтому прочтение этой книги-самоанализа вполне можно включить в «подготовительный период».

Наконец день Икс наступил. Вы уже наполовину победитель. Надеюсь, что родственники вас поддерживают и всячески поощряют. Иногда привычка тянуть в рот сигарету заставляет поглощать в огромных количествах леденцы, орешки, семечки, сухофрукты. Не стоит этим злоупотреблять, это верный путь к ожирению. Именно с привычкой «заедать» перекуры связано то, что многие бросившие курить набирают вес.

Плохо переносите «никотиновое похмелье»? Поговорите с врачами. Скачки давления и пульса, нарушения сна и настроения, трудности с отхождением мокроты – все это вполне можно корректировать медикаментозно при разумном подходе. Первый месяц без сигарет некоторым бывает прожить нелегко, но оно того стоит. Держитесь, никотин рано или поздно выведется из организма и от «физической зависимости» не останется и следа.

После того как вы бросили курить, НИКОГДА, ни при каких обстоятельствах не берите пачку сигарет в руки.

Можно ли использовать электронные сигареты в процессе отказа от курения? Скорее нет, чем да. Электронные сигареты – более безопасный для окружающих и самого курильщика метод доставки никотина в организм, но тем не менее курение электронной сигареты – это все равно поддержание никотиновой зависимости. Никотин, кстати, вещество совершенно небезопасное, обладающее как минимум серьезным сосудосуживающим действием.

По поводу никотиновой заместительной терапии (пластыри, жевательные резинки) хорошо высказался коллега-нарколог. Когда его спросили, можно ли использовать никотиновую заместительную терапию для лечения никотиновой зависимости, он ответил: «А можно использовать заместительную героиновую терапию для лечения героиновой зависимости?» На мой взгляд, жвачку с никотином можно в редких ситуациях использовать, если у человека, бросившего курить, синдром отмены протекает уж очень тяжело, но всецело уповать на нее не стоит.

Что касается серьезных лекарственных препаратов, то существует всего лишь три лекарства, которые действительно могут помочь желающим бросить курить. Это табекс – растительный препарат болгарского происхождения, очень слабо изученный, потому и не фигурирующий в международных рекомендациях. Это канадский антидепрессант бупропион, который хотя и зарегистрирован в России, в то же время практически отсутствует в аптеках. И наконец, американский варениклин, препарат, блокирующий никотиновые рецепторы в головном мозге, – на мой взгляд, одно из наиболее перспективных средств. Надо сказать, что последние два препарата вы не купите в аптеке без рецепта, но

мне кажется, что пациенты должны принципиально знать о такой возможности лечения. Приходите к врачам, спрашивайте, тормозите их. В современных условиях по крайней мере каждому второму курильщику можно очень эффективно помочь. Искренне желаю вам войти в их число.

#### **📌 Как бросить курить**

- Определите для себя, зачем вам это нужно.
- Выберите дату, избавьтесь от всех предметов, напоминающих о курении.
- Подумайте, чем вы замените перекуры. Постарайтесь их не «заедать».
- Бросайте!
- Никогда больше не берите в руки пачку сигарет. Это табу.
- Если тяжело, посоветуйтесь с врачом. У нас есть способы вам помочь.

А теперь самое главное. После того как вы бросили курить, НИКОГДА, ни при каких обстоятельствах не берите пачку сигарет в руки.



## **Глава 5**

### **Холестерин – это тоже немножко спирт. Правда и мифы о холестерине**

Хотите немного заработать? Дарю прекрасную идею. Заключаете пари (на небольшую сумму, чтобы никому не обидно было), что холестерин – это спирт. Ваш собеседник, разумеется, вам не верит и готов спорить. Открываете любой серьезный справочник... И к вашей огромной радости убеждаетесь в моей (а теперь уже и своей) правоте. Выигрыш ваш.

Холестерин был выделен еще в конце XVIII века, название он получил от двух слов: «холе» – желчь и «стерин» – жирный. А вот в середине XIX века химики доказали, что по своему химическому строению он относится к классу спиртов. Поэтому в некоторых странах его называют «холестерол». Вы же помните из школьной химии, что все спирты оканчиваются на – ол: этанол, метанол и т. д.

В некоторых лабораториях используют англоязычную транскрипцию – холестерол. Холестерин и холестерол – это синонимы.

Бывает только высокий холестерин, а вот нижней границы нормы для холестерина не существует. Чем ниже холестерин, тем лучше.

Холестерин совершенно не похож на те спирты, которые вызывают опьянение и интоксикацию, однако же и его избыток для организма совсем не полезен. Впрочем, и совсем без холестерина тоже прожить невозможно. Холестерин – это строительный материал для клеточной стенки, это предшественник всех стероидных гормонов (кортизола, альдостерона, половых гормонов).

Существует распространенное убеждение, что высокий холестерин бывает только у тех людей, которые едят много жирной пищи. Ничего подобного. На 80 % холестерин вырабатывается в организме (в печени и в других тканях) и лишь 20 % холестерина поступает с пищей. А вот то количество холестерина, которое вырабатывается организмом, зависит... правильно, от генетики, т. е. от наследственности. Следовательно, у совершенно «травоядного» человека, у самого убежденного вегетарианца, который мясо видел только на картинке, может быть очень высокий холестерин. Следствие номер два: если у ваших ближайших родственников холестерин повышен, то вам нужно контролировать его чаще. Наконец, следствие номер три: только диетой снизить повышенный холестерин зачастую

бывает невозможно.

Как известно, бензин не горит сам по себе. Для того чтобы он вспыхнул, нужна искра. Точно так же и холестерин сам по себе не прилипает к абсолютно здоровым сосудам. Для того чтобы началось его отложение в сосудах, нужна какая-то «спичка». Такой спичкой становятся другие факторы риска: курение, диабет, гипертония, избыточный вес, т. е. все то, что само по себе повреждает сосуды, делая их более уязвимым к развитию атеросклероза. Увы, очень многие люди носят с собой такие спички... Именно поэтому, кстати, нередко атеросклероз развивается у людей с относительно невысоким холестерином – бензина немного, а спичек целый коробок.

Вы, мой дорогой читатель, конечно слышали о «хорошем» и «плохом» холестерине. Дело в том, что сам по себе холестерин – молекула нерастворимая и просто так в ткани попасть не может. Ему нужен специальный «транспорт». В роли «извозчиков» холестерина выступают специальные белки-переносчики, причем среди них есть те, которые «подвозят» холестерин в ткани, где он будет откладываться, способствуя развитию атеросклероза, а есть белки, при помощи которых холестерин, наоборот, удаляется из организма.

**👉 На медицинском языке «плохой» холестерин называется «липопротеины низкой плотности» (ЛНП, ЛПНП, LDL).**

Пожалуйста, запомните это словосочетание. Именно этот показатель мы с вами будем искать в биохимическом анализе крови для того, чтобы определить степень риска. «Хороший» холестерин – это «липопротеиды высокой плотности» (ЛВП, ЛПВП, HDL). Чем выше их уровень, тем лучше выводится излишек холестерина из организма.

Сопутствующие факторы риска (курение, гипертония, повышение уровня сахара и т. д.) повреждают внутреннюю выстилку сосуда, эндотелий. Воспаленный, измененный эндотелий захватывает «плохой холестерин», при этом в стенке сосуда начинает образовываться атеросклеротическая бляшка. Она растет, постепенно суживая просвет сосуда. Пока сужение составляет 20–30 %, человек ничего не ощущает. Когда она перекрывает просвет на 50–60 %, оставшихся 40 % не хватает, чтобы пропустить нужное количество крови, развивается ишемия. Ишемия сердца носит название «стенокардия» – сердцу нужно больше крови, а суженный (стенозированный) сосуд ее дать не может. Если бляшка рыхлая, непрочная, воспаленная, она может разрушиться, разорваться. Повреждение бляшки организм воспринимает как травму, и на место повреждения приходят тромбоциты – клетки крови, которые отвечают за остановку кровотечения. В сосуде образуется тромб, а значит, внезапно прекращается кровоток и часть ткани сердца, головного мозга или другого органа внезапно остается без крови и погибает. Этот процесс носит название инфаркта. Если катастрофа происходит в сердце, это инфаркт миокарда, в головном мозге – инсульт, в артерии ноги – гангрена.

Для того чтобы определить обмен холестерина и оценить количество хорошего/плохого холестерина, выполняют анализ крови, который называется липидный спектр (липидный профиль, липидограмма):

- ◆ общий холестерин;
- ◆ холестерин-ЛНП («плохой»);
- ◆ холестерин-ЛВП («хороший»);
- ◆ триглицериды.

Если вы старше 35 лет, делайте анализ на холестерин раз в год, а если уровень общего холестерина превышает 5 ммоль/л, то надо исследовать *липидный спектр* и смотреть соотношение «плохого» и «хорошего» холестерина.

Строго говоря, у детей и подростков тоже имеет смысл хотя бы однажды посмотреть холестерин: бывают нечастые, но очень серьезные генетические заболевания (*семейные гиперхолестеринемии*), когда у детей уровень холестерина просто зашкаливает и соответственно повышается риск сердечно-сосудистых осложнений.

Обратите внимание, что те правильные нормы, которые указаны в таблице ниже, не имеют ничего общего с теми «нормами», которые написаны на бланке с вашими анализами. Дело в том, что все лаборатории указывают так называемые референсные значения, т. е. показатели, которые встречаются у 95 % «здоровых людей». В действительности ученые доказали, что чем ниже уровень холестерина, тем ниже риск сердечно-сосудистых катастроф, поэтому реальные показатели, к которым мы стремимся, называют целевыми значениями. Так что смело зачеркивайте «нормы» на бланке и вписывайте туда значения из этой таблицы.

Обратите внимание, что целевое значение холестерина ЛНП зависит от общего сердечно-сосудистого риска. Чем выше риск, тем ниже должен быть уровень ЛНП. Итак, определяем свою категорию риска, зная сопутствующие заболевания или ранее рассчитанный балл по шкале SCORE.

Показатель	Норма (целевые значения), ммоль/л
Общий холестерин	<5
Холестерин липопротеидов высокой плотности —ЛВП	Мужчины >1,0 Женщины >1,2
Холестерин липопротеидов низкой плотности —ЛНП	
— группа низкого и умеренного риска	<3,0
— группа высокого риска	<2,5
— группа очень высокого риска	<1,8
Триглицериды	<1,7

#### 👁 Категория очень высокого риска

- Перенесенный инфаркт миокарда, операции на сердце и сосудах
- Несколько факторов риска, при оценке по таблице SCORE суммарный риск > 10%

#### Категория высокого риска

- Ишемическая болезнь сердца, выраженный атеросклероз сонных артерий, сахарный диабет
- Несколько факторов риска, при оценке по таблице SCORE суммарный риск 5–9%

#### Категория умеренного риска

- Несколько факторов риска, при оценке по таблице SCORE суммарный риск 1–4%
- Семейная история ранних сердечно-сосудистых заболеваний (начало ИБС или другого сосудистого заболевания у ближайших родственников по мужской линии < 55 лет, по женской < 65 лет)

#### Категория низкого риска

- Один фактор риска, при оценке по таблице SCORE суммарный риск <1 %

После того как мы определились с целевыми значениями ЛНП, операция «Холестерин» вступает в свою завершающую фазу. Нам предстоит понять, нужно ли снижать холестерин лекарствами или же достаточно изменением питания повлиять на те самые 20 %.

Давайте посмотрим на эту таблицу. На первый взгляд, она выглядит замысловато, однако в действительности все не так сложно. По горизонтали находим свой уровень «плохого» холестерина (ЛНП), по вертикали – категорию сердечно-сосудистого риска.

Дальше все просто. Смотрим, что написано в клетке на пересечении уровня «плохого» холестерина и категории риска. Под «оздоровлением образа жизни» имеются в виду изменение питания, снижение веса и отказ от курения. Если рекомендуется «назначение лекарств», то нужно обращаться к специалисту.

*Мой добрый друг, прекрасный человек и замечательный кардиолог Игорь Сергиенко строит беседу с больным таким образом:*

– Какой должна быть нормальная температура?

– 36,6.

– Каким должно быть нормальное давление?

– 120/80.

– Каким должен быть нормальный уровень липопротеидов низкой плотности?

– Не знаю...

*Вы можете забыть про норму температуры и давления, но вы обязаны знать свой целевой уровень «плохого» холестерина!*

Риск SCORE (%)	Уровень ХС-ЛНП				
	<1,8 ммоль/л	1,8 до <2,5 ммоль/л	2,5 до <4,0 ммоль/л	4,0 до <5,0 ммоль/л	≥ 5,0 ммоль/л
<1% до <5% или умеренный риск	Снижение уровня липидов не требуется	Снижение уровня липидов не требуется	Оздоровление образа жизни	Оздоровление образа жизни	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень
≥5% до <10% или ВЫСОКИЙ риск	Оздоровление образа жизни	Оздоровление образа жизни	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень
≥5% до <10% или ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ риск	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств
≥10% или ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ риск	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств

Что делать, если у вас высокий уровень «плохого» холестерина – липопротеидов низкой плотности (ЛНП)? Во-первых, пересмотреть свой рацион питания, ограничить животные жиры. Во-вторых, сходить к врачу и спросить, не пора ли вам принимать статины, и, если врач ответит положительно, то не паниковать и не пугаться. На сегодняшний день это единственная группа препаратов, которая не только снижают холестерин, но и доказано



продлевает жизнь. Ни БАДы, ни лимон с чесноком, ни рыбий жир таким эффектом не обладают.

А теперь внимание! **Если у вас уровень ЛНП («плохого» холестерина) выше 7,5 ммоль/л – это очень-очень тревожный признак.** В этой ситуации надо идти не просто к терапевту, но к кардиологу, который умеет лечить нарушения липидного обмена. При таком чудовищном уровне холестерина с высокой вероятностью речь идет о семейной гиперхолестеринемии. Врач должен будет изучить семейную историю, определить холестерин у членов семьи. В качестве дополнительных обследований проводят ультразвуковое исследование сухожилий (там хорошо видны липидные отложения) и генетическое тестирование.

Кстати, при повышении уровня холестерина надо обязательно исследовать уровень *тиреотропного гормона (ТТГ)*, который регулирует функцию щитовидной железы. Дело в том, что при *гипотиреозе* (снижении функции железы) закономерно повышается уровень холестерина и это становится ключом к диагностике и лечению: восстанавливаешь работу щитовидной железы, снижается и холестерин.

А что делать, если холестерин ниже нормы? Радоваться! Низкого холестерина не бывает, недаром мы с вами заменили нормы на целевые значения. Чем ниже холестерин, тем меньше риск инфаркта миокарда и других сердечно-сосудистых приключений. Конечно, как мы помним, холестерин нужен в организме, из него синтезируются стероидные гормоны, но для этих целей его нужно совсем-совсем немного.

«Хороший» холестерин (**липопротеиды высокой плотности, ЛВП**) выполняет в организме обратную функцию – вытаскивает излишки холестерина из сосудов. Чем ниже уровень ЛВП, тем хуже. Повышают ЛВП те же самые препараты, которые снижают уровень «плохого» холестерина, так что дополнительные препараты при низком ЛВП принимать не нужно.

Иногда в анализе указывают еще так называемый коэффициент атерогенности; считается, что чем он выше, тем выше риск осложнений. На самом деле на коэффициент атерогенности сейчас уже почти не ориентируются, смотрят в основном на уровень ЛНП.

**Триглицериды** – это еще одна разновидность липидов (по сути дела это и есть настоящие жиры). Они, что интересно, не столько повышают риск болезней сердца, сколько нарушают функцию печени, желчевыводящих путей, а, главное – поджелудочной железы. Опасность выраженного повышения триглицеридов заключается в развитии острого панкреатита. Повышение триглицеридов почти всегда идет рука об руку с ожирением, и это понятно – механизмы их возникновения общие. Стало быть, и лечение будет одинаковым – существенно ограничить потребление мясных и жирных продуктов и увеличить физическую активность.

В отличие от холестерина триглицериды практически не вырабатываются в организме, а в основном поступают с пищей. Поэтому я могу иногда поверить, что пациент с высоким холестерином действительно соблюдает рекомендованный режим питания, но если у него повышены триглицериды, это значит, что животных жиров он потребляет гораздо больше, чем нужно.

При очень выраженном повышении триглицеридов (>5 ммоль/л) врачи иногда назначают препараты *омега-3~полиненасыщенных жирных кислот*, или *фенофибрат*. Самостоятельно с этими лекарствами экспериментировать не надо. Если у вас уровень триглицеридов >10ммоль/л– это очень тревожный признак: вы на полшага от панкреатита. В этой ситуации проводят очистку крови специальными аппаратами (плазмаферез).

Недавно приходила пациентка, у которой ствол левой коронарной артерии (это сосуд, кровоснабжающий 2/3 сердца) закрыт на 70 %. Сын ее внезапно умер в 40 лет от сердечной недостаточности. Уровень холестерина около 10 ммоль/л. Лекарства почти не принимает.

Диагноз: семейная гиперхолестеринемия, которая повлекла за собой развитие тяжелой формы ишемической болезни сердца.

Расстояние до смерти – один шаг (закупорка ствола левой коронарной артерии в 100 %

приводит к гибели пациента).

Назначена максимальная доза статинов. Пациентка направлена на коронарное шунтирование.

Если кто-то из ваших родственников преждевременно умер от заболевания сердца, обязательно расскажите об этом врачу и пройдите обследование. Существуют генетические (семейные) формы заболевания, которые на сегодняшний день можно и нужно лечить.

Итак, первый шаг на пути к снижению холестерина – это изменение характера питания. Не диета, а именно изменение пищевых привычек. Мне не очень нравится слово «диета», оно, как правило, подразумевает что-то кратковременное. Если можно «посидеть на диете», то, логично предположить, что рано или поздно придется «встать с диеты» и отправиться по привычному маршруту. Следовательно, мы говорим не о диете, а о необходимости пересмотреть свои пищевые привычки на всю жизнь. Если говорить в двух словах, то обычно я использую такую формулу: «От мяса к рыбе и неограниченное количество овощей и фруктов». Помните, как стюардесса в самолете спрашивает нас: «Что вы желаете на обед? Мясо, курица, рыба?» Правильный ответ – рыба. В крайнем случае курица.

Если обсуждать вопросы питания более подробно, то я предлагаю посмотреть на таблицу, которая разработана международными экспертами по атеросклерозу.

Впрочем, «диетотерапия» при высоком холестерине, к сожалению, далеко не всегда оказывается эффективной. Во-первых, мало кто готов полностью отказаться от привычных кулинарных деликатесов. В моей практике таких настойчивых борцов «за чистоту холодильников» не так уж и много. Во-вторых, как мы помним, поступление холестерина с пищей – это только 20 %. Следовательно, очень грустно слышать рассказы пациентов о том, как врач при двукратном повышении холестерина вместо назначения терапии произносит со вздохом: «Ну что же вы, батенька... У вас вот холестеринчик высокий... Вам бы диету надо...» И пациент кивает довольно – надо, мол, надо. И ничего дальше не делает.

**Рекомендации по изменению рациона питания для снижения уровня общего холестерина и холестерина липопротеинов низкой плотности**

	Следует предпочесть	Следует употреблять умеренно	Употреблять редко в ограниченном количестве
<b>Злаки</b>	Цельнозерновые злаки	Очищенный хлеб, рис и макароны, печенье, кукурузные хлопья	Мучные кондитерские изделия, кексы, пироги
<b>Овощи</b>	Свежие и приготовленные овощи	—	Овощи, приготовленные в масле или сливках
<b>Бобовые</b>	Все (включая сою и соевый белок)	—	—
<b>Фрукты</b>	Свежие или замороженные фрукты	Сухие фрукты, желе, джем, консервированные фрукты, шербеты, фруктовый лед	—
<b>Сладости</b>	Некалорийные напитки	Сахароза, мед, фруктоза, глюкоза, шоколад, конфеты	Торты, мороженое
<b>Мясо и рыба</b>	Постная и жирная рыба, птица без кожи	Постная вырезка говядины, баранины, свинины, телятины, морепродукты, моллюски и ракообразные	Колбаса, салями, бекон, свиные ребра, хот-доги, субпродукты
<b>Молочные продукты и яйца</b>	Обезжиренное молоко и йогурты, яичный белок	Молоко, сыры и другие молочные продукты с низким содержанием жира	Обычный сыр, сливки, желток яиц, цельное молоко и йогурты
<b>Кулинарные жиры и соусы</b>	Уксус, кетчуп, горчица, соусы, не содержащие жира	Растительные масла, мягкие маргарины, заправки к салатам, майонез	Сливочное масло, твердые маргарины, трансжиры, пальмовое и кокосовое масла, свиное сало, бекон, соусы с яичным желтком
<b>Орехи/семечки</b>	—	Все	Кокос
<b>Способ приготовления</b>	Приготовление на гриле, варка, приготовление на пару	Быстрое обжаривание и запекание	Жарка, в том числе во фритюре



Добрый день, Антон Владимирович! Меня очень волнуют результаты моих анализов (повышенный холестерин), на которые наши врачи не обращают внимания. Вот результат анализа крови: общий холестерин – 7,19; ЛПНП – 5,12; триглицериды – 1,22; ЛПВП – 1,26.

Мне 49 лет, крепкого телосложения (не полная), посещаю-фитнес 4 раза в неделю, жирное-жареное не ем. Повышенный уровень холестерина с 35 лет, но до такого значения он не доходил.

Подскажите, пожалуйста, что мне надо делать?

С уважением, Людмила.

Добрый день, Людмила! Правильно волнуют.

Холестерин – один из мощнейших факторов риска атеросклероза, а следовательно, инфаркта миокарда, инсульта и других сосудистых приключений. К сожалению, уровень холестерина зависит далеко не только от питания, но в значительной степени от того, как «настроены» системы синтеза холестерина в организме.

Совершенно очевидно, что вам нужно обратиться к врачу, который понимает толк в нарушениях липидного обмена. Прежде всего нужно исключить внешние причины гиперлипидемии, например снижение функции щитовидной железы (по ТТГ). Показано назначение холестеринснижающих препаратов до достижения целевого ЛНП (при отсутствии гипертонии и диабета он должен быть  $<3,0$  ммоль/л). Кроме того, врач расспросит вас о заболеваниях близких родственников и решит вопрос о необходимости дообследования на предмет семейной гиперхолестеринемии.

Следовательно, рано или поздно возникает вопрос, а не пора ли принимать лекарства, снижающие холестерин. И если принимать, то какие? Говорят вот, чесноком можно его...

На самом деле человечество придумало очень много препаратов для снижения холестерина. Сейчас на рынке существует четыре группы препаратов, еще около десятка групп в стадии изучения. Про БАДы, гомеопатию и т. д. уж вообще молчу. Но в 99 % случаев врачи назначают препараты одной группы – это статины. Почему? Вы еще не забыли, что написано в самой первой главе, которая называется «Хотите жить долго?». Дело в том, что статины – это единственная группа холестерин-снижающих препаратов, которая не только снижает уровень «плохого» холестерина, но и уменьшает смертность, а следовательно, увеличивает продолжительность жизни.

Приведу простую аналогию: в бассейне глубиной 3 метра тонет человек ростом 180 см. Вытащить его оттуда мы по какой-то причине не можем. И нам для того, чтобы спасти этого человека, нужно выпустить воду из бассейна до отметки метр пятьдесят. К бортику бассейна приделан поплавок, который отображает уровень воды. Мы говорим технику бассейна: «Выпусти воду, чтобы поплавок упал до отметки 1,50». А он то ли не расслышал нас, то ли ему лень было воду выпускать, и поступил проще – привязал гирю к поплавку, и тот опустился до отметки 1,50. А человек все равно утонул, потому что уровень воды как был высоким, так и остался.

Так вот, похоже, холестерин и есть этот самый поплавок. Существуют препараты, которые снижают уровень холестерина, но при этом «спускают воду из бассейна» и спасают жизнь, это статины. Есть препараты, которые работают как эта самая гиря – снижают холестерин, но не влияют на смертность.

В чем же секрет? Дело в том, что статины не только снижают холестерин, но и уменьшают воспаление (мы обсуждали уже, что воспаление и нарушение функции эндотелия – ключевые факторы в развитии атеросклероза). Статины обладают способностью стабилизировать атеросклеротическую бляшку и препятствовать ее разрыву, а следовательно, предупреждать инфаркт миокарда, инсульт и другие катастрофы.

У нас на рынке сейчас представлено три препарата – это аторвастатин (липримар), розувастатин (крестор) и почти исчезающий слабенький симвастатин (зокор). Если у вас в аптечке лежит упаковка с каким-то другим названием, то это в любом случае дженерик (копия) одного из трех перечисленных препаратов.

Удивительное дело, но статины – это группа препаратов, окруженная самым большим количеством мифов и легенд. Попробую ответить на основные возражения, которые высказывают пациенты на приеме, а также распространенные в публикациях в Интернете.

### **Если я начну принимать статины, то никогда с них не слезу?**

Статины не вызывают привыкания в наркологическом значении этого слова. Если прекратить их прием, то холестерин поднимется до прежнего уровня, и риск осложнений снова вырастет. Действительно, статины нужно принимать пожизненно, так же как мы пожизненно чистим зубы и не жалуемся, что нас «подсадили на зубную пасту». Чистить зубы, чтобы не было кариеса, принимать статины, чтобы не было инфаркта. Все просто.

**Одно лечим, другое калечим. Статины, конечно, защищают сосуды, но они увеличивают риск диабета, рака, деменции, а также заболеваний печени и мышц.**

В медицине при использовании того или иного препарата всегда оценивают соотношение «польза-вред». Чтобы развился один новый случай диабета, нужно в течение 4 лет пролечить 250 пациентов. За это время без лечения 6 человек погибнет от инфаркта.

Повышение маркеров повреждения печени, АСТ и АЛТ на фоне стандартных доз статинов встречается у 2 из тысячи человек, причем чаще всего клинического значения это не имеет. Гораздо сильнее печень повреждают алкоголь и жирная пища, но это, как правило, никого не тревожит.

Что касается рака и слабоумия, то эти мифы давно развенчаны в серьезных исследованиях. Напротив, онкологи все чаще отмечают небольшое противоопухолевое действие статинов.

**На самом деле лекарства от холестерина – это все заговор фармации. Ведь на самочувствие они не влияют**

Да, очень тяжело бывает принять, что есть лекарства, которые влияют на продолжительность жизни, а не на сиюминутный симптом. В современном мире в развитых странах за производителями лекарств очень серьезно следят и правительственные, и общественные организации, и конкуренты. Просто так вывести на рынок «фуфломицин» и продавать его по всему миру просто нереально. Тем, кто до сих пор сомневается, скажу, что сейчас до 50 % исследований в кардиологии завершаются с отрицательным результатом и сфальсифицировать их невозможно. Все результаты клинических исследований абсолютно прозрачны.

**И все же лучше использовать природные средства, ведь они натуральные и безвредные\***

Мы еще вернемся к вопросу о фитотерапии и о странной схожести в русском языке слов «трава» и «отрава». Пока лишь скажу, что ни один растительный препарат на основе чеснока или петрушки, ни один БАД в клинических исследованиях (а такие проводились!) не продемонстрировал влияния на выживаемость.

Впрочем, монополия статинов как, снижающих холестерин средств, похоже, в скором времени может завершиться. В мире уже зарегистрированы принципиально новые препараты, которые представляют собой антитела к белку-регулятору рецепторов «плохого» холестерина. Они выпускаются не в таблетках, а в инъекциях, которые нужно делать 1 или 2 раза в месяц. Пока, к сожалению, эти препараты довольно дороги, и применяют их только у пациентов с семейной гиперхолестеринемией и в редких случаях непереносимости статинов.

#### **Факты о холестерине**

- ✓ Холестерин на 80 % синтезируется организмом и только 20 % поступает с пищей.
- ✓ Курение, гипертония, сахарный диабет, ожирение провоцируют развитие атеросклероза даже при нормальном уровне холестерина.
- ✓ Наиболее важным фактором риска осложнений является «плохой» холестерин (ЛНП).
- ✓ Показатели общего холестерина и ЛНП не имеют нижней границы нормы. Чем меньше, тем лучше.
- ✓ Растительные масла в принципе не могут содержать холестерин.
- ✓ Только изменением образа питания снизить холестерин затруднительно.
- ✓ Эффективность БАДов, чеснока, гомеопатии в снижении холестерина не доказана.

Здесь же настало время ответить на главный вопрос всех времен и народов: *а как же все-таки можно почистить сосуды?*

Дорогие мои, верные мои пациенты-читатели. Сосуд – не канализационная и не водопроводная труба. У нас нет волшебной таблетки, чтобы «растворить» атеросклеротическую бляшку, если она там уже образовалась. Считайте каждого, кто пообещает вам это сделать, шарлатаном и личным врагом. Увы, ни одна из имеющих на

планете молекул (химических ли, растительных) не в состоянии повернуть процессы атеросклероза вспять, равно как и не обещаем мы омоложения и бессмертия.

Но есть хорошая новость. Мы можем остановить рост бляшки, мы можем стабилизировать ее и не дать ей разорваться, мы можем уменьшить воспаление – серьезный фактор прогрессирования атеросклероза. А вот если бляшка настолько крупная, что она мешает кровотоку (как правило, это сужение больше 50 %), тогда обсуждается вопрос о хирургическом лечении. Но на самом деле важен не столько размер бляшки, а то, в каком она сосуде находится, есть ли в этом месте окольный кровоток. Ведь что такое 50 % – это иногда 55 %, а иногда 45 %, поэтому прежде чем обсуждать вопрос об операции, важно проанализировать симптомы – насколько выражена стенокардия, ограничена физическая нагрузка, исчерпаны ли все возможности лекарственного лечения.

Существует несколько типов операций на сосудах. Очень распространено стентирование – операция, при которой зону сужения сначала раздувают баллоном, а потом в это место вставляют специальную металлическую сетку стент. Эта конструкция представляет собой жесткий каркас, который помещается внутри сосуда и не дает ему спадаться. Второй вариант лечения – шунтирование. Шунт в переводе на русский язык – это обход. Участок другой артерии или вены вшивается так, чтобы обойти пораженный участок сосуда. Третий вариант операции, который используется для лечения атеросклероза сонных артерий, – это эндартерэктомия. В этом случае сосуд надрезают и «соскребают» бляшку вместе с внутренней оболочкой артерии.



Здравствуйте, Антон Владимирович. Моему мужу 44 года, он очень много курит с 13 лет, кардиограмма и холестерин пока в норме, но у него плохая наследственность, отец умер от инфаркта, мать – от рака. Я слышала в телевизионной передаче, что курящим и кому за 40 нужно принимать статины. Я, конечно, понимаю, что нельзя заниматься самолечением, но мужа в больницу не затащишь. Можно ли пить статины без консультации врача?

Для ответа на этот вопрос нужно оценить суммарный риск по шкале SCORE. Для этого надо точно знать уровень давления и холестерина (лучше холестерина ЛНП). Скорее всего, ваш муж уже попадет в группу лиц с высоким сердечно-сосудистым риском. Так что идея с назначением статинов весьма разумна, но все же делать это должен врач. Заочно ни препарат, ни его дозировку рекомендовать нельзя.

Отказ от курения в этой ситуации – важнейшее, что можно сделать в рамках сердечно-сосудистой профилактики. Если муж не бросит курить, то, увы, прогноз очень неблагоприятный.

#### **📌 Как снизить холестерин**

- Сделайте анализ липидного профиля.
- Определите цели лечения (уровень ЛНП в зависимости от своей группы риска).
- Пересмотрите свой пищевой рацион: старайтесь ограничивать животные жиры. В растительной пище холестерин не содержится вовсе.
- Обсудите с врачом необходимость приема статинов.
- Если статины назначены, их нужно принимать постоянно. Бросать лечение при достижении целевых значений нельзя.

#### **Обращение к читателю**

Дорогие друзья, дорогие читатели.

Дорогие пациенты!

Мы с коллегами много времени и сил тратим, чтобы со страниц книг, журналов, газет, с экранов телевизора донести до вас те знания, которые приняты в мировом врачебном сообществе. То, о чем мы рассказываем, принято во всех развитых странах. Ведущие кардиологи России изо всех сил стараются привести российскую клиническую практику в соответствие с той, что принята в Европе, США, Японии и других странах, где средняя продолжительность жизни переваливает за 80 лет. Еще раз подчеркну, что все написанное в этой книге – не личное мнение и опыт доктора Родионова, но рекомендации ведущих врачебных профессиональных сообществ мира, которым я, конечно же, следую в своей клинической практике.

Пожалуйста, не будьте легковверными! Не доверяйте мракобесам и шарлатанам. Если вы увидите на ТВ откровения какого-нибудь «заслуженного прахвессара», который будет рассказывать о пользе холестерина и вреде лечения, или прочитаете в Интернете старую байку про «кардиохирурга, который решил открыть человечеству всю правду...», не верьте им. К сожалению, за этими выступлениями стоит либо откровенный непрофессионализм, либо реклама БАДов и прочей отравы.

Несколько месяцев назад датские ученые опубликовали работу, в которой говорится, что после подобных публикаций в СМИ в стране возрастает частота инфарктов миокарда и инсультов, так как легковверные читатели массово бросают прием лекарств.

Равно как не надо верить и шарлатанской рекламе всяких чаев, браслетов и прочей дребедени, которые обещают излечить от гипертонии в два щелчка. К сожалению, в этих рекламах используют фотографии вашего покорного слуги доктора Мясникова и других наших уважаемых коллег. Повторю, мы не имеем к этим шарлатанам никакого отношения.

Не верьте в то, что земля плоская, не верьте в то, что  $2 \times 2 = 5$ , не верьте в «альтернативную историю Фоменко». Думайте и анализируйте информацию. Очень вас прошу. Это не только медицины касается...

## Глава 6

### **Пить или не пить – вот в чем вопрос. Какой алкоголь лучше для лечения и профилактики**

В 2002 году ученые представили объединенный анализ нескольких десятков исследований, в который суммарно было включено более 200 тысяч человек. В этом исследовании проанализирована зависимость риска сердечно-сосудистых заболеваний от дозы выпиваемого алкоголя. Оказалось, что кривая этой зависимости имеет J-образную форму, т. е. если риск совсем не пьющих людей взять за единицу, то у людей, выпивающих 150–175 мл вина в день (или 25–30 мл в пересчете на этанол), относительный риск сердечно-сосудистых болезней будет на 40 % ниже, а вот дальнейшее увеличение дозы приводит к стремительному росту заболеваемости. При этом дозы, не выпитые за день, нельзя суммировать в конце недели, т. к. однократное употребление высоких доз алкоголя опасно как для сердечно-сосудистой, так и для нервной и пищеварительной систем.

Защитное действие алкоголя обычно связывают с молекулой под названием «ресвератрол». Впервые это было показано у французов – нации, которая традиционно потребляет много красного вина. Считается, что ресвератрол обладает антиоксидантным свойством и замедляет агрегацию тромбоцитов (т. е. обладает неким аспириноподобным действием). Впрочем, попытка выделить ресвератрол в чистом виде и использовать его как лекарственный препарат ни к чему хорошему не привела – препарат оказался бесполезным.

Только за последний год появилось несколько больших публикаций о влиянии алкоголя на здоровье вообще и сердечно-сосудистую систему в частности. Надо сказать, что результаты этих работ носят весьма противоречивый характер. Оно и понятно – провести «чистый эксперимент» с алкоголем практически невозможно. Мы же не можем принудительно заставить одних людей выпивать, а других быть трезвенниками.

Словом, в контексте этой книги мне не хотелось бы выглядеть защитником

употребления алкоголя. Рассказывая о статистике в отношении сердечно-сосудистого риска, обязательно подчеркнем, что алкоголь никогда и ни в каких дозах не должен рассматриваться как средство профилактики или лечения каких-либо заболеваний. Слишком хорошо надо представлять себе, что эту небольшую дозу алкоголя, которая считается невинной, слишком просто превзойти, сначала немного, потом все больше и больше.

Алкоголь никогда и ни в каких дозах нельзя рассматривать как средство профилактики или лечения каких-либо заболеваний!

Я вполне могу понять и авторов, выступающих за более жесткие ограничительные меры в отношении употребления алкоголя. Здесь уместно вспомнить легендарного академика Федора Григорьевича

Углова (1904–2008). Этот питерский хирург умер в 104 года, до последних дней оставаясь в здравом уме и трезвой памяти. Последние годы своей жизни, уже отойдя от практической хирургии, он посвятил борьбе за продолжительность жизни населения России, борьбе с основными факторами риска, иногда в своих публикациях даже слишком сгущая краски.

В отличие от курения, мы не запрещаем умеренное употребление алкоголя большинству своих пациентов. Однако есть больные, которым нельзя выпивать даже немного. Это пациенты с тяжелыми заболеваниями печени, люди, лечившиеся от алкоголизма и других психических заболеваний. Некоторые препараты несовместимы с алкоголем. Алкоголь нежелателен при беременности и кормлении грудью. Пиво и крепкий алкоголь противопоказаны при подагре и нежелательны для гипертоников и больных с сердечной недостаточностью.

Употребление алкоголя во многих странах и культурах является неотъемлемой частью коммуникативного поведения и национальных традиций. Но было бы очень неплохо представлять каждому из нас, где находится та грань, которая отделяет цивилизованное поведение от опасного в медицинском и социальном плане фактора снижения продолжительности жизни.

#### **Два слова об алкоголе**

- ✓ Не надо выпивать «для здоровья».
- ✓ Старайтесь не превышать относительно безопасную суточную дозу.

## **Глава 7**

### **Хорошего человека должно быть много? Ожирение или «нарушение обмена веществ»?**

Следующий «кирпич» в фундаменте сердечно-сосудистых заболеваний – ожирение. К сожалению, кирпич очень распространенный и довольно увесистый. Эта проблема характерна не только для России, во многих странах врачи бьют тревогу. Самое интересное, что невозможно в двух словах нарисовать «портрет пациента», страдающего ожирением. С одной стороны, избыточный вес – проблема богатых людей. Помните, в старых карикатурах богачей всегда изображали толстяками. Логично. Человек становится более обеспеченным, меньше бегаёт за куском хлеба, все больше на машине перемещается. Уже не нужно бегать за мамонтом по лесам, достаточно нажать кнопку на компьютере – и еду привезут на дом. Привезут много вкусного. С другой стороны, избыточный вес – проблема бедных и малообразованных людей (это не для того, чтобы кого-то обидеть, это статистика, причем американская). Если человек зарабатывает мало, то ему не хватает денег на качественную низкокалорийную еду, а уж тем более на фитнес, активный отдых и т. д.

Но что известно доподлинно, так это то, что ожирение, как и любой фактор риска, только наполовину зависит от нас, а наполовину – от генетической предрасположенности. Недаром ожирение называют экзогенно-конституциональным. Экзогенный – это значит



поступающий извне, конституциональный – predetermined генетически; следовательно, наполовину ожирение зависит от наших родителей, наполовину – от нашего образа жизни. Но, строго говоря, от нас зависит больше. Любая предрасположенность – это только предрасположенность, которую можно реализовать, а можно не реализовать. Да, у кого-то наследственность такая – как ни корми, поправиться невозможно; эти высокие и худые люди могут жевать постоянно, оставаясь стройными до старости.

Но тем не менее существует всем известный со школьной скамьи закон сохранения энергии. Существует определенный энергетический баланс: с одной стороны, та энергия, те калории, которые мы в себя закладываем («Ножом и вилкой рою могилу себе», – говорил персонаж Нодара Мгалоблишвили из фильма «Формула любви»). С другой стороны, калории, которые мы расходует на физическую и другую повседневную активность. Вот так просто все выходит с формальной точки зрения.

Но мои пациенты в этом сомневаются, говорят: «Что вы, доктор, я ем очень мало, просто у меня такой обмен веществ». Это очевидный самообман, вещество из ничего не образуется. Может быть, не очень этичные, но всем понятные образы – в Ленинградскую блокаду толстых не было, и в ГУЛАГе не было толстых, просто люди действительно много двигались и ОЧЕНЬ мало ели. В любом случае при любом типе обмена веществ проблема изначально заключается в переизбытке: человек потребляет пищи больше, чем ему надо для жизнедеятельности, больше, чем он может израсходовать.

В основе ожирения чаще всего лежит банальная лень, а вовсе не мифическое нарушение обмена веществ.

Пациенты сразу обижаются, когда им об этом говоришь. Нет, говорят они, как вы не понимаете, у меня нарушен обмен веществ, дайте мне направление к эндокринологу. Помилуйте, на планете существует всего полтора эндокринных заболевания, при которых в результате изменения выработки гормонов надпочечниками или гипофизом значительно изменяется формирование и распределение жировой клетчатки, – это синдром Кушинга и синдром поликистозных яичников. Почему полтора заболевания? Потому что при синдроме поликистозных яичников массой тела тоже вполне можно управлять изменением образа питания, а вот при синдроме Кушинга это очень сложно. Я обычно спрашиваю, а что вы хотите от эндокринолога? Чтобы он приехал к вам домой и повесил замок на холодильник? Пациенты, конечно, обижаются... Сложно принять, что надеяться особо не на кого, кроме как на себя.

В разных семьях существуют разные пищевые традиции. Я очень люблю, когда на прием приходят пациенты с сопровождающими их членами семьи, например жена с мужем, дочка с мамой и т. д. Когда приходят жена с мужем, эти пищевые традиции обычно сразу очень хорошо заметны. Оба толстенькие, жена вкусно готовит, муж любит вкусно поесть. При этом оба говорят: «Что вы, доктор, мы очень мало едим, практически ничего!» И так искренне говорят, даже сразу хочется им поверить. Просто в разных семьях представление о том, что такое есть мало, очень сильно различаются. У многих считается нормальным на обед съесть салат, первое, второе, десерт и выпить сладкий компот. По-моему, для городского жителя это очень много и совершенно не нужно. Ну, выбери что-нибудь одно – и достаточно. Зачем тебе полный комплексный обед, если твои энергетические потребности в течение дня можно компенсировать одной тарелкой салата? В самом деле, кто раньше мог себе позволить ездить на работу на машине? Единицы! А сейчас половина жителей крупных городов ездит на машине. И они не хотят себе признаться в том, что, как только пересел на машину, тут же начал набирать вес. В самом деле, сколько калорий нужно, чтобы выполнить вот такую последовательность действий: встал с кровати, умылся, дошел до кухни, поел, спустился на лифте, сел в машину, вышел из машины, сел за компьютер, просидел за ним 10 часов и далее в обратном порядке – через машину, лифт и кухню – вернулся в кровать? Горсточка риса в день такому труженику достаточно. Но не тут-то было.

Почему же так есть хочется? В классической физиологии существуют две теории голода. Это теория «голодной крови» – падает уровень глюкозы в крови, и организм требует «дозаправки», и теория «пустого желудка», когда рецепторы на растяжение желудка говорят, что желудок пуст и в него нужно срочно что-то закинуть. Две довольно примитивные теории, но тем не менее они продолжают работать и в XXI веке. Вот почему тем, кто хочет похудеть, есть смысл питаться чаще, но очень понемногу. Тогда и сахар в крови падать не будет, и желудок будет не совсем пустым.

Многие болезни закладываются в детстве, и ожирение как раз одна из них.

Предшествующее поколение было выращено бабушками, которые жили во время войны. Это дети голодного времени, поэтому у всех до единой бабушки существует навязчивая идея – накормить «голодного» ребенка. Сколько этих скандалов – из-за стола не выйдешь, пока не доешь! Ребенок должен хорошо кушать! Круглые щечки – это признак большого здоровья... Это просто чудовищно. Нельзя кормить детей насильно, а уж тем более перекармливать. Детей, страдающих ожирением, очень много, это огромная медицинская проблема современного общества. Некоторые родители кормят детей исключительно макаронами, картошкой и другими высококалорийными блюдами, мотивируя это тем, что «он это любит и ничего другого не ест». Откровенно говоря, иногда это обусловлено банальным неумением готовить; из самых простых продуктов можно приготовить очень вкусные вещи.

Домашнее перекармливание – одна сторона медали. Вторая проблема, связанная с детским ожирением, – это фастфуд и сладкие напитки. Нельзя вместо обеда идти с детьми в «Макдоналдс» за гамбургерами и кока-колой. Кстати, как вы отнесетесь к тому, если я вам сейчас предложу съесть за раз 10 кусков сахара? Не хотите? Ну хорошо, а если запить пол-литром воды? Тоже нет? Удивительно. Так вот, в пол-литровой бутылочке кока-колы содержится ровно 50 граммов (это 10 кусков!) сахара. Стало быть, если ребенок, получая карманные деньги, отправляется за фастфудом и кока-колой, это верный путь к ожирению.

Следующая ошибка, которую мы часто допускаем по отношению к детям и которая приводит к ожирению, – это поощрение сладостями. У взрослых это называется «заедать депрессию». С чего все начинается? Ребенок упал, ушибся, ему больно, плачет – на конфетку, не плачь. Тебя обидели – съешь пирожное. А потом, во взрослой жизни это имеет продолжение – мальчик девочку бросил, начальник обидел – куплю торт и съем его в одиночку. Про стресс мы еще поговорим чуть позже. А пока просто скажем декларативно: не надо его заедать. Лучше дать себе дополнительную физическую нагрузку.

Следующая беда, которая упорно провоцирует ожирение, называется «перекус». Мы искренне полагаем, что еда – это завтрак, обед и ужин, а все остальное не в счет. Пациент сообщает с гордостью: «А я после шести не ем!» Замечательно, а что и сколько вы едите до шести?

Что такое перекус для большинства из нас? Это даже не замена обеда, это замена отдыху! Невозможно же работать 8 часов совсем без перерыва. Поэтому появляется формулировка: «Пошли попьем чайку». А «чаек» – это уже и печенье, и конфеты, и булочки, и бутерброды. Причем потом мы искренне будем убеждать всех (и себя в первую очередь), что «я вообще ничего не ем и вообще ем один раз в день только». Конечно, конечно. Один раз в день ем и семь раз в день «пью чай». Кстати, это еще и ответ на вопрос, почему поправляются те, кто бросает курить. Потому что раньше они отдыхали за сигаретой, а сейчас – за чаем с пирожным. Сюда же, к «несанкционированным» приемам пищи, относятся и орешки-семечки перед телевизором или за компьютером.

Выводы очевидны: хочешь «чайку» – ешь овощи или фрукты. Хочешь есть – делай это в столовой или на кухне. Хочешь отдохнуть – отдохай, но не за столом. Если эту книгу читают большие начальники, пожалуйста, сделайте для сотрудников комнату для отдыха, поставьте туда пару тренажеров, на которых люди могли бы отдыхать хотя бы 10 мин за два часа. Это дешевле обойдется, чем оплачивать больничные...

Для оценки нормального или идеального веса предложено множество алгоритмов.

Однако во всем мире принято рассчитывать индекс массы тела (ИМТ), который представляет собой частное от деления веса (кг) на квадрат роста (м).

**ИМТ = масса тела (кг)/рост (м<sup>2</sup>)** Например, для человека, который при росте 176 см весит 85 кг, расчет будет выглядеть следующим образом:

В норме ИМТ должен быть в пределах 18–25 кг/м<sup>2</sup>, увеличение этого показателя до 30 кг/м<sup>2</sup> называют избыточной массой тела, при ИМТ>30 кг/м<sup>2</sup> речь идет об ожирении.

$$\text{ИМТ} = \frac{85}{1,76 \times 1,76} = 24,4 \text{ (нормальная масса тела)}$$

ИМТ	Риск для здоровья
Менее 18,5	Пониженная масса тела. При таких значениях ИМТ следует поправиться, так как дефицит массы тела, так же как и ее избыток, неблагоприятно влияет на здоровье, особенно у женщин, планирующих беременность.
18,5–24,9	Нормальная («идеальная») масса тела. Беспокоиться не о чем.
25–29,9	Избыточная масса тела. Хотя и небольшой, но риск развития осложнений есть. Необходимо задуматься о диете и физической активности.
30–39,9	Ожирение. Риск для здоровья повышен. Следует обратиться к врачу для обследования и составления индивидуальных программ похудения (диета, физические нагрузки).
Более 40	Выраженное («морбидное») ожирение. Риск для здоровья очень высокий. Следует незамедлительно обратиться к врачу для разработки индивидуальной программы снижения массы тела (диета, физические нагрузки, лекарственная терапия, хирургическое лечение).

Существуют два типа ожирения, по-простому их называют «яблоко» и «груша». Ожирение по типу яблока – это так называемое абдоминальное ожирение (abdomen – по-английски «живот»), т. е. ожирение с преимущественным увеличением живота: идет по улице мужчина, а впереди него идет пузо. Это самый неблагоприятный вариант с точки зрения сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение по типу груши, с преимущественным увеличением бедер и ягодиц, более характерно для женщин и считается более благоприятным физиологическим вариантом. А как оценить риск, если «большие» и бедра, и живот? Вторым показателем, характеризующим наличие избыточного веса, считается объем талии. У мужчин он должен быть не более 102 см, у женщин – не более 88 см.

Итак, мы обсудили, откуда берется ожирение и как его «измерить», давайте теперь разбираться, как его лечить. Поскольку мы уже помним, что набор лишнего веса возникает в результате дисбаланса между потребляемыми и расходуемыми калориями, вопрос сводится к тому, как увеличить физическую активность и как уменьшить поступление калорий с пищей.

Увы, без активнейшего участия со стороны пациента лечить ожирение невозможно. Врач может направить, показать слабые места, скорректировать питание. Но похудеть за кого-то невозможно. Нельзя ставить задачу перед врачом – похудейте меня! Лечение ожирения, а именно снижение массы тела – это постоянная работа. Как мы уже говорили, нет понятия «диета», есть изменение пищевого поведения, которое должно поддерживаться всю жизнь, как ни грустно это звучит.

*Анекдот в тему:*

*Толстого мужика приговорили к казни на электрическом стуле, а он в него не влезает... Посадили на диету – поправился на 10 кг. Наняли инструктора по фитнесу – еще 10 кг прибавил. Оставили только хлеб и воду – еще плюс 10 кг. Не выдержали:*

*– Да что ж ты никак не худеешь-то?!*

*– Мотивации, понимаете ли, нет.*

Чтобы облегчить подсчет съеденного за день, есть смысл завести пищевой дневник. Это обычная тетрадка, в которую скрупулезно записывается каждая крошка, которая была отправлена в рот. И вот тут-то с удивлением выясняется, что у человека, который говорит, что он совершенно ничего не ест, суточный калораж довольно высокий. Но тетрадку надо вести добросовестно – каждую конфетку, каждое печенье, мороженое, сосиску на улице надо заносить в эту тетрадку. Попробуйте – узнаете про себя много нового.

Идет по улице мужчина, а впереди него идет пузо. Это самый неблагоприятный вариант ожирения с точки зрения сердечно-сосудистых осложнений.

Более сложный путь самоконтроля, который дается, увы, не всем – это суточный подсчет калорий. При этом мы просим пациентов подсчитывать количество калорий во всех съеденных продуктах. Тут сложность не только в том, что надо на ближайший месяц превратиться в бухгалтера, но и в том, что производители нередко нас обманывают и не сообщают точное количество калорий на этикетке. Теоретически все производители обязаны писать калорийность продукта на упаковке, но никто не запрещает им эту информацию брать от фонаря. И появляются такие химеры, как «торт низкокалорийный». Ну как это может быть? Такого не бывает! Как не бывает низкокалорийного белка, крема, сгущенки, орехов и т. д. А мы так охотно верим в низкокалорийный тортик...

И вот еще. Готовим еду и пробуем. Напробуемся, и уже не хочется есть. А надо! Зря, что ли, готовили? И вот мы снова наедаемся.

Помните классику: «Тщательно пережевывая пищу, ты помогаешь обществу»? Правильно, исходя из теорий «голодной крови» и «пустого желудка» идея совершенно правильная. Чтобы не набирать вес, надо стараться есть медленно. Съел немного, подождал, пока уровень глюкозы в крови поднимется. Желудок чуточку растянулся, понял что его кормят, начался физиологический процесс насыщения. А когда человек быстро-быстро закидал в себя полведра, то еще и всосаться ничего не успело, еще желудок ничего не понял, что происходит, а он желудок набил и пошел. Желудок потом говорит: куда так много? Мне бы и половины от этого хватило...

И еще совет для тех, кто худеет, но не может и не хочет пропускать дружеские обеды и ужины в компании. Запомните простое правило – не надо есть, когда не хочется, не надо есть за компанию. Положите себе в тарелку салата и наслаждайтесь им весь вечер. И компанию поддержите, и не переешите. И не надо доедать, если не хочется. Прочь условности и детские байки про «общество чистых тарелок».

А можно ли вылечить ожирение таблетками? К сожалению, практически нельзя. Несмотря на то что разработки лекарств от избыточного веса ведутся очень давно, но чаще всего все попытки безуспешны – если и появляется ЧТО-ТО действенное, то из-за побочных эффектов препарат рано или поздно отзывается с рынка.

Самый известный препарат – это орлистат (ксеникал). Действие его очень простое: он блокирует расщепление жиров в кишечнике. Если человек съедает много жирной пищи, то этот жир мгновенно, не расщепляясь, выходит из организма. Так что механизм действия этого препарата можно назвать дисциплинирующим. Пациент очень быстро начинает понимать, в каких продуктах содержится избыточное количество жиров, и корректирует свой пищевой рацион. Второй препарат – это сибутрамин (меридиа). Это препарат, который действует на центр насыщения в головном мозге, уменьшая аппетит. Одно время он очень

активно использовался в мире, но в ходе клинических исследований выяснилось, что этот препарат негативно влияет на сердечно-сосудистую систему, в частности увеличивает количество инсультов. Поэтому оригинальный препарат в мире был отозван. В России он остается только в виде дженерика под названием «редуксин». Его по-прежнему продают, но фирма-производитель не стремится афишировать, что оригинальный препарат отозван.

А вот чем категорически нельзя снижать вес, так это мочегонными препаратами. К нам иногда попадают молодые девушки с серьезными нарушениями ритма, вызванными тяжелыми электролитными нарушениями на фоне злоупотребления мочегонными. В первой книге нашей Академии мы подробно обсуждали показания к использованию мочегонных и меры предосторожности при их использовании. Дело в том, что эти препараты (главным образом фуросемид), помимо жидкости, выводят калий и магний. Снижение концентрации этих электролитов в крови может быть чрезвычайно опасным. Я еще в главе про аритмии расскажу на эту тему один ужастик.

Интернет пестрит предложениями многочисленных БАДов, сжигателей жира и т. д. Это 100 % обман. Как можно снизить лишний вес какими-то препаратами? Что такое сжигатели жира? Как это можно сделать чисто технически? Это должны быть какие-то вещества, которые увеличивают расщепление жировой ткани. Несложно себе представить, что такие вещества, должно быть, очень токсичны. Бывает, что горе-производители добавляют в БАДы гормоны щитовидной железы, вызывают у человека искусственную гиперфункцию щитовидной железы, которая, в частности, сопровождается снижением веса. Это чудовищно... Извините, с таким же успехом можно человеку паразита подселить в организм и утверждать, что это метод лечения ожирения.

Существует единственный надежный сжигатель жира. Это крематорий. Все остальное – шарлатанство.

Еще существует хирургическое лечение ожирения (бариатрическая хирургия). Про него обычно вспоминают у пациентов с индексом массы тела от 40 кг/м<sup>2</sup> и более. По сути своей это тоже дисциплинирующий метод лечения. Хирургия ожирения – это различные манипуляции, направленные на уменьшение объема желудка или на уменьшение длины кишечника, т. е. задача очень простая – не дать человеку съесть много и ускорить прохождение пищи по желудочно-кишечному тракту. Самая простая операция – установка баллона в желудок. Через гастроскоп в полость желудка вводят шарик, надувают его там, и человек ходит с шариком в желудке. Этот баллон, с одной стороны, обманывает желудок и говорит, что в желудке есть содержимое, а с другой стороны, банально не позволяет много съесть. Следующий метод лечения – формирование «малого желудка». Есть несколько вариантов такой операции: можно снаружи желудка наложить специальный бандаж (кольцо), можно хирургически ушить сам желудок, чтобы сделать его меньше по объему. Так или иначе, все эти вмешательства, повторяюсь, носят дисциплинирующий характер. Т. е. делают их тем, кто уже не хочет и не может сам напрягаться, чтобы изменить свою жизнь. Диетологи, кстати, очень возражают против такого способа, полагая, что гораздо правильнее и физиологичнее все же мотивировать пациента на планомерную работу над собой.

Между прочим, прежде чем брать пациента на хирургический стол, его обязательно должны проконсультировать психиатры. Иногда ожирение развивается в результате тяжелого психического заболевания булимии, когда у человека «отказывают тормоза», дающие сигнал о насыщении.

Большое заблуждение, что липосакция, откачивание жира из подкожно-жировой клетчатки живота, бедер и ягодиц, – это лечение ожирения. Ничего подобного. Это исключительно косметическая процедура, направленная на улучшение фигуры, и не более того.

#### 📌 Как похудеть

- Поймите, что за вас этого никто не сделает. Ожирение – это дисбаланс

между съеденными и израсходованными калориями.

- Ведите пищевой дневник, только не обманывайте себя.
- Основной «удар по фигуре» наносят перекусы и фастфуд. Хотите перекусить – ешьте овощи и фрукты.
- Если вы не работник тяжелого физического труда, то обед и ужин из пяти блюд вам ни к чему. Не ешьте, когда не хочется. Не доедайте через силу.
- Не заедайте плохое настроение. Лучший «сжигатель стресса» – физическая нагрузка.
- Увеличивайте свою повседневную физическую активность.
- Если не удастся похудеть, проконсультируйтесь с диетологом, а, возможно, с хирургом и даже с психиатром.

## Глава 8

### Я двигаюсь – значит, существую. Аэробно и безопасно

Вот так я взял и бессовестно переделал знаменитую фразу Рене Декарта «Я мыслю – значит, существую». И мне ничуть не стыдно.

Прошли те времена, когда врачи ограничивали физическую активность больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Настала другая эпоха. Теперь кардиологи всего мира говорят о том, что при любой болезни, будь то острый инфаркт миокарда или тяжелая сердечная недостаточность, пациенту обязательно необходимо двигаться, пусть совсем немного, но двигаться. Тем, кто еще здоров и планирует оставаться в этом состоянии как можно дольше, двигаться надо существенно больше.

С недостаточной физической активностью вроде бы все понятно. С одной стороны, это независимый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний, с другой стороны, отсутствие физической нагрузки не дает сжигать те лишние калории, которые мы съели. Доказано, что для того, чтобы защитить сердце и сосуды от атеросклероза, человек должен не менее 45 мин в день давать себе так называемую аэробную физическую нагрузку.

Возраст	20	25	30	35	40	45	50	55	65	70
ЧСС	140	137	133	130	126	123	119	116	109	105

Аэробная нагрузка означает с кислородом. Это вид нагрузки, при которой кислород используется как основной источник энергии. Этот выполнение упражнений низкой или средней интенсивности, способствующих укреплению сердечно-сосудистой системы и сжиганию калорий. Классические примеры аэробной нагрузки – это ходьба, бег, плавание, лыжи, коньки, командные игры, теннис, танцы. Разумеется, каждый вправе выбрать вариант на свой вкус.

Для тех, кто предпочитает заниматься на тренажерах дома или в спортивных клубах, можно ориентироваться на специальную таблицу, которая показывает, какой должна быть частота **сердечных сокращений** (ЧСС) при выполнении упражнений, чтобы обеспечить их максимальную эффективность и безопасность.

Например, если вам 50 лет, то во время занятий на велотренажере или беговой дорожке ваш пульс не должен превышать 120 ударов в минуту. Современные тренажеры имеют возможность автоматически измерять пульс.

Если вы сторонник физической активности на свежем воздухе, то с целью повышения самодисциплины предлагаю простой способ. Купите шагомер и поставьте себе задачу – в день проходить не менее десяти километров. Да, это требует определенной силы воли и выдержки – в любой день, в любую погоду ты должен пройти 10 км.

Есть еще один способ – завести собаку. Только чтобы не получилось как в этой истории.

*Правдивая история, рассказанная коллегой-эндокринологом:*

*«На приеме пациент с ожирением. Спрашиваю, не пробовал ли он поставить дома тренажер. Отвечает: «Да, доктор, у меня есть дома беговая дорожка. У меня на ней собака бежит. Она такой породы, что ей надо минимум 5 км в день пробежать, а я не могу с ней гулять, тяжело...»*

Очень приятно видеть, что с каждым годом число людей, занимающихся активными видами спорта, все больше растет. Роликовые коньки, горные лыжи, дайвинг, горный туризм, фитнес-клубы и бассейны – все это относительно доступно для большинства работающих людей. Даже в российской глубинке, в тех «газовых» поселках, с которых я начал свой рассказ, мы обнаружили великолепные тренажерные и спортивные залы для всех желающих. Но, увы, по вечерам они практически пустовали, хотя вход туда был совершенно бесплатный для всех жителей.

Настоятельно, убедительно прошу мам и бабушек: не «отмазывайте» детей и внуков от школьной физкультуры. Для многих детей это единственный шанс хоть как-то подвигаться между бесконечными бдениями за компьютерами, планшетами и телевизорами. Как говорится, «если бы я был начальником», я бы в первую очередь отменил справки об освобождении от физкультуры на 2 недели после простуды. Это совершенно бессмысленная и вредная традиция. Не волнуйтесь, никаких «осложнений» у ваших детей не случится.

Нехороши с точки зрения сердечно-сосудистой системы «анаэробные» (бескислородные) нагрузки – это упражнения на выносливость: силовые тренажеры, тяжелая атлетика, бодибилдинг.

А вот серьезный спорт и здоровье – вещи абсолютно несовместимые. То, что делается ради рекордов, через силу, на износ, для здоровья всегда очень плохо. Развивается «спортивное сердце», страдают суставы... Долго могу перечислять. На мой взгляд, нет большей нелепости, чем специальность «спортивная медицина». Что может сделать медицина там, где основным инструментом является сознательное уничтожение здоровья на потеху почтеннейшей публики?

На просторах Фейсбука есть группа «Бесплатная школа для кардиологических больных», которую ведет замечательный доктор-кардиолог Мария Руда. Она поделилась с нами такой историей:

*На прием пришла женщина со своим старшим сыном. Молодая, симпатичная, сорока еще нет. С виду вполне адекватная. О консультации просили очень. Я объясняла, что детьми и подростками не занимаюсь. «Но мальчику 16 лет, он уже совсем большой!» – убеждали меня. Уговорили. Хотели именно у меня, чтобы и консультацию, и ЭХО у одного и того же врача проходить.*

*В общем, приехали. У мальчика уже печеночная недостаточность и одышка при небольших физических нагрузках. Не то что спортом заниматься (хоккеист), учиться толком не может. Правые отделы сердца больше нормы. Врожденных пороков никаких нет.*

*Спрашиваю у мамы, принимает ли какие-нибудь препараты. Выясняется, да, много лет. Тренер им что-то дает. Я ничего даже сказать не смогла. Просто молча воззрилась. Она мне на мой взгляд так уверенно отвечает: «Ну что вы! Тренер их как родных любит! Он не может им ничего плохого дать!..». Пришлось долго беседовать. И довыяснились мы до того, что аж три препарата пьет, в том числе и гормоны. Причем с возраста, меньшего, чем даже период полового созревания. Маме, видимо, не только дети, но и внуки тоже не очень нужны.*

*Все объяснила. Все разжевала. Мама: «У нас скоро большие соревнования. Мы, собственно, поэтому так торопились к вам приехать. Сейчас будут очень интенсивные тренировки. Ему на лед-то выходить можно?». А мальчика госпитализировать надо. Надо не о предстоящих играх думать, а место в соответствующей клинике искать. Я ей все это*

как есть сообщила. Тут наступил ее черед воззриться на меня. Пауза почти что театральная, затем: «Ну не-е-т, ну мы же не можем так подвести нашего тренера!». И все. И точка. Не обсуждается. Пойдем к другому врачу, не такому придирчивому, к тому, что скажет желанное «можно».

И вот, уже на самом выходе из кабинета, она оборачивается и сражает меня наповал: «Доктор! У меня еще младшенький есть. Ему сейчас 9. Мы его тоже в большой спорт отдали. Что же, получается, и ему все эти препараты пить нельзя?». Я не выдержала и сказала: «Постарайтесь не искалечить здоровье хотя бы второму вашему ребенку». Дама покинула мой кабинет, как мне показалось, в полном недоумении. Особенно от того, зачем вообще ей меня порекомендовали?

#### **📌 Коротко о физической нагрузке**

- При любом сердечно-сосудистом заболевании необходима разумная физическая нагрузка.
- Полезна «аэробная» физическая нагрузка: ходьба, плавание, велосипед, лыжи.
- Силовые упражнения (тренажеры, тяжелая атлетика) здоровья не прибавляют.
- Не «отмазывайте» детей от физкультуры!
- Профессиональный спорт и здоровье несовместимы.

У меня тоже есть несколько таких душераздирающих историй, причем большинство из них связано именно с профессиональными хоккеистами. Хоккей – это вид спорта, который связан с максимальными и абсолютно нефизиологичными нагрузками. Мы с вами чуть позже будем обсуждать поражение сердца при артериальной гипертензии. Там на фоне длительного избыточного давления сердце утолщается (гипертрофируется) и в результате развиваются серьезные аритмии и сердечная недостаточность. Так вот «спортивном сердце» у молодых людей уже в 20–25 лет может выглядеть гораздо хуже, чем сердце гипертоников со стажем. Вы же наверняка время от времени читаете в газетах о внезапных смертях хоккеистов и других спортсменов? Думайте об этом, когда прочтете своему ребенку карьеру спортсмена...

## **Глава 9**

### **Несладкая жизнь с сахарным диабетом. Сахарное мочеизнурение**

Несмотря на то что лечением сахарного диабета традиционно занимаются эндокринологи, эту болезнь с полным правом можно назвать сердечно-сосудистой. Точнее, не эту, а эти болезни. Сахарным диабетом называют два совершенно разных заболевания. Диабет 1-го типа – это болезнь молодых людей, которая возникает в результате выработки антител к тканям собственной поджелудочной железы. В результате уничтожаются клетки, вырабатывающие инсулин, и единственный способ лечения сахарного диабета 1-го типа – это пожизненные инъекции инсулина. К счастью, этот тип диабета встречается не так часто.

Мы же обсудим другую болезнь – сахарный диабет 2-го типа. Это чрезвычайно распространенное заболевание, в основе которого лежит, с одной стороны, наследственная предрасположенность, а с другой стороны – ожирение. При сахарном диабете 2-го типа инсулин вырабатывается, но не воспринимается тканями, возникает феномен, который называют инсулинорезистентностью. За счет этого повышается уровень сахара в крови. Я недаром назвал диабет сердечно-сосудистым заболеванием. Дело в том, что основные проблемы, возникающие при диабете, связаны именно с поражением крупных (сердца, головного мозга, ног) и мелких (глаза, почки) сосудов. Следовательно, кардиолог обязательно должен принимать участие в лечении диабетика.

Сахарный диабет – это сердечно-сосудистое заболевание, которое почему-то лечат эндокринологи



Не надо думать, что сахарный диабет – это исключительно болезнь взрослых людей. У подростков с ожирением сахарный диабет 2-го типа выявляют довольно регулярно – это расплата за сутки сидения за компьютером с чипсами и кока-колой, за фаст-фуд.

Но самое главное и самое неприятное – это то, что сахарный диабет 2-го типа очень долгое время не имеет клинических проявлений. Известные всем жалобы – сухость во рту, жажда, обильное мочеиспускание, – это уже признаки далеко зашедшего, тяжелого заболевания с очень высоким уровнем сахара. Поэтому всем людям старше 40 лет, особенно с отягощенной наследственностью по диабету, особенно с избыточным весом, надо обязательно хотя бы раз в два года (лучше чаще) сдавать анализ крови на глюкозу. Важно, что анализ крови на глюкозу (в народе, «кровь на сахар») сдают натощак.

Итак, мы получили анализ крови. Нормальный уровень глюкозы натощак – не выше 5,6 ммоль/л.

Показатели	Норма* (целевые значения)	Гипергликемия натощак	Сахарный диабет
Глюкоза натощак, ммоль/л	3,5–5,5	5,6–6,9	≥7,0
Глюкоза через 2 ч после углеводной нагрузки, ммоль/л	<7,8	При значениях 7,8–11,0 ставят диагноз «нарушение толерантности к глюкозе»	≥11,1
Гликированный (гликозилированный) гемоглобин, HbA1C, %	<6,5%	<6,5%	≥6,5

\* Нормы приводятся для глюкозы плазмы, полученной при взятии крови из вены.

Если сахар в крови натощак находится в пределах от 5,6 до 6,9 ммоль/л – это повод к дообследованию на предмет «преддиабета» (нарушенной толерантности к глюкозе). Пациенту проводят глюкозотолерантный тест: дают выпить стакан воды, в котором растворено 75 мг глюкозы, и через 2 часа в повторном анализе смотрят, насколько глюкоза хорошо усвоилась. Если спустя 120 мин после углеводной нагрузки уровень глюкозы остается выше 11,0 ммоль/л, тогда устанавливают диагноз сахарного диабета. Если же уровень глюкозы будет находиться в диапазоне 7,8-11,0 ммоль/л, ставят диагноз «нарушенная толерантность к глюкозе».

Нарушенная толерантность к глюкозе – это не норма и не «верхняя граница нормы». Это уже предболезнь, которая требует лечения, впрочем, не всегда лекарственного. Лечение этого состояния заключается в серьезном пересмотре своего рациона, ограничении высококалорийной и высокоуглеводной пищи (подробности смотрите в таблице) и снижении веса. Нередко уже на уровне преддиабета врач назначает метформин – он не только снижает глюкозу крови, но и помогает сбросить вес.

Если уровень глюкозы натощак составляет 7,0 ммоль/л и выше, ставят диагноз «сахарный диабет». Отметим, что для установления диагноза анализ должен быть повторен дважды.

Это позволяет исключить так называемую *стрессовую гипергликемию*, когда глюкоза повышается как реакция на стресс, вызванный острым заболеванием или просто фактом посещения медицинского учреждения.

Глюкоза в крови меняется ежеминутно, это довольно неустойчивый показатель, а вот

**гликированный гемоглобин** (на лабораторном бланке его иногда обозначают «гликозилированный гемоглобин» или сокращением HbA1C – это показатель долговременной компенсации углеводного обмена. Как известно, избыток глюкозы в организме повреждает почти все органы и ткани, в особенности кровеносную и нервную систему, но не обходит он стороной и клетки крови. Так вот гликированный гемоглобин (он выражается в процентах) – это в переводе на русский доля «засахаренных эритроцитов». Чем выше этот показатель, тем хуже. У здорового человека доля гликированного гемоглобина не должна превышать 6,5 %, у больных с сахарным диабетом, получающих лечение, это целевое значение рассчитывается индивидуально, но всегда находится в пределах от 6,5 до 7,5 %, а при планировании беременности и во время беременности требования к этому показателю еще строже: он не должен превышать 6,0 %.

В древние времена сахарный диабет называли «сахарным мочеизнурением». Дело в том, что до появления лабораторий только так и могли заподозрить диабет – больной начинал много пить и много мочиться (это естественная попытка организма «сбросить» лишний сахар). Однако я был удивлен, недавно узнав, что кое-где еще диабетикам определяют сахар в моче. В мире этого не делают уже лет эдак пятнадцать. Давно известно, что почечный порог для глюкозы в моче очень индивидуален и ориентироваться на него совершенно невозможно. **В XXI веке для диагностики и для оценки компенсации диабета используют только анализы крови на глюкозу и гликированный гемоглобин.**

Если у вас преддиабет (глюкоза крови натощак 5,6–6,9 ммоль/л), это повод как минимум для серьезного изменения образа жизни, а иногда и начала лекарственной терапии. Если не делать ничего, то диабет не заставит себя долго ждать.

Есть такая расхожая фраза: не ешь много сладкого, будет диабет. На самом деле диабет не возникает напрямую от избыточного потребления углеводов. Но если есть много сладкого (и мало двигаться!), то при соответствующей конституции разовьется ожирение, вот тогда может появиться и диабет. Другое дело, что, когда у пациента уже есть сахарный диабет 2-го типа, мы действительно рекомендуем ограничивать высокоуглеводную пищу. Таким образом, профилактика сахарного диабета – это главным образом поддержание нормальной массы тела. Если у вас в роду кто-то страдает диабетом, сделайте все возможное, чтобы держать свой индекс массы тела в норме.

**И еще несколько незамысловатых правил, которые будут полезны тем, у кого повышен уровень глюкозы.**

Употребляйте сырые овощи и фрукты; добавление в салат масла и сметаны увеличивает их калорийность.

Выбирайте продукты с пониженной жирностью. Это касается йогуртов, сыра, творога.

Старайтесь не жарить продукты, а варить их, запекать или тушить. Такие способы обработки требуют меньше масла, а значит, калорийность будет ниже.

Хочешь есть – съешь яблоко. Не хочешь яблоко – не хочешь есть. Избегайте перекусов бутербродами, чипсами, орешками и т. д.

И еще попутно вспомнился миф, связанный с питанием больных диабетом. Почему-то в народе считается, что мед не повышает уровень сахара. Повышает еще как. Это такой же сладкий и высокоуглеводный продукт, как джемы и варенье. Сахара там хоть отбавляй.

Вернемся к нашим анализам. Итак, если сахар в крови при двукратном измерении >7,0 ммоль/л – это уже сахарный диабет. В этой ситуации главная ошибка, которая «кое-где у нас порой» встречается – это попытка полечиться без лекарств. «Я таблетки пить пока не хочу, лучше посижу на диете», – заявляет пациент... При установленном диагнозе следует сразу же начинать прием лекарств, причем первым препаратом для большинства диабетиков является, как правило, метформин. Он, кстати, не только снижает уровень сахара в крови, но и помогает сбросить вес. Если сахарный диабет слишком тяжелый и не поддается лечению только метформином, тогда назначают комбинацию сахароснижающих лекарств, а затем

иногда и инсулин. Разумеется, лекарственное лечение диабета совершенно не исключает необходимости похудеть и пересмотреть свой пищевой рацион.

Если у вас хотя бы раз выявили повышение глюкозы, обязательно купите глюкометр и измеряйте сахар в домашних условиях, так вы сможете раньше диагностировать диабет.

Нарушения углеводного обмена очень часто сопровождаются повышением холестерина и триглицеридов (и, кстати, артериальной гипертензией), поэтому если выявлен диабет или даже «преддиабет», обязательно сделайте анализ крови на липидный спектр и контролируйте артериальное давление.

При сахарном диабете нередко страдают почки, поэтому диабетикам очень важен лабораторный контроль за состоянием почек. Как оценивают функцию почек, мы обсудим в разделе «Расшифровка анализов», а пока я в двух словах расскажу про одно очень важное исследование для пациента с диабетом. Это анализ мочи на микроальбуминурию. При поражении почечного фильтра в мочу начинают попадать глюкоза, белок и другие вещества, которые в норме через фильтр не проходят. Так вот микроальбумин (маленький альбумин) – это самый низкомолекулярный белок, который определяется в моче раньше всего. Тем, кто болеет сахарным диабетом, анализ мочи на микроальбуминурию надо сдавать раз в полгода.

И еще одна очень важная вещь с точки зрения кардиолога. Вы же помните, что главные органы-мишени при диабете – это сосуды и почки. Следовательно, их надо каким-то образом защищать. Так вот для защиты сосудов при установленном диагнозе сахарного диабета обязательно нужно принимать статины – уже хорошо известные вам холестеринснижающие препараты. Они позволяют замедлить прогрессирование атеросклероза. А для защиты почек большинству диабетиков назначают препараты из группы ингибиторов АПФ (эналаприл, рамиприл и т. д.) или блокаторов ангиотензиновых рецепторов (лозартан, телмисартан и др.). Мы о них еще подробно поговорим в разделе «Школа гипертоника» как о препаратах, снижающих давление. На самом деле они не только нормализуют давление, но еще и защищают почки и предупреждают развитие почечной недостаточности.

О пользе снижения веса при сахарном диабете 2-го типа человечеству известно очень хорошо, похудение позволяет улучшить компенсацию диабета, а в ряде случаев и уменьшить количество лекарств. Снижение веса не в последнюю очередь достигается повышением физической активности, это тоже совершенно очевидно.

*Несколько лет назад один шарлатан (не буду называть фамилию, дабы не создавать ему лишней рекламы) стал активно рекламировать свои курсы физкультуры, которые якобы позволяют отказаться от лечения совсем. Среди прочего этот пройдох обещал даже «снять с инсулина» больных с диабетом 1-го типа, что, как известно, абсолютно смертельно. Рекламу этого метода он разместил в самых крупных газетах, издаваемых миллионными тиражами. Мы с коллегами опубликовали «Открытое письмо к редакторам СМИ», призывая одуматься и не публиковать впредь вещей, которые могут погубить наших пациентов. Редакторы газет наше письмо проигнорировали (понятно, деньги ж не пахнут!), но зато письмо активно разошлось по Интернету. Главный Шарлатан на нас обиделся и на своем сайте опубликовал «Список самых глупых врачей России», в котором фигурировали все коллеги, подписавшие это письмо.*

*Однажды мои студенты, преодолевая смущение, спросили: «Антон Владимирович, а за что вас поместили в список самых глупых врачей?» На это я ответил: «Это предмет моей большой гордости. Это значит, что шарлатаны меня всерьез боятся».*

Не доверяйте рекламе товаров и услуг, которые публикуют в газетах. За ними могут скрываться сомнительные и даже опасные технологии.

### **👉 Правда о диабете**

• Сахарный диабет увеличивает риск ишемической болезни сердца, поражения сосудов головного мозга, нарушения зрения, почечной недостаточности.

- Сахарный диабет 2-го типа долгое время протекает бессимптомно.
- Чтобы своевременно поставить диагноз, надо сделать анализ крови на глюкозу (сахар) и гликозилированный гемоглобин.
- Профилактика сахарного диабета 2-го типа – нормализация массы тела.
- Нельзя лечить диабет только диетой. При установлении диагноза обязательно медикаментозное лечение.

*В предыдущих книгах «Академии доктора Родионова» я оставлял адрес своей электронной почты для обратной связи. Это оказалось очень полезным. Помимо писем с благодарностями я получил много полезных комментариев, замечаний и т. д., которые позволили переработать эту книгу.*

*В то же время я стал адресатом и разного рода шарлатанов, которые решили «открыть мне глаза» и через меня «проталкивать» свои товары. Вот прямо сейчас со мной активно переписывается один их таких дельцов, продвигающий добавки с коэнзимом Q10 и утверждающий, что при помощи диеты, физической нагрузки и БАДов он «снимает» пациентов с лекарственных препаратов.*

***Дорогие друзья, еще раз повторю: низкокалорийное питание, разумная физическая активность и снижение веса – крайне важные условия лечения сахарного диабета 2-го типа, но они не позволяют отказаться от медикаментозного лечения этого заболевания. Никакие БАДы не могут и не должны применяться для лечения. Это выброшенные на ветер деньги и финансовая помощь мошенникам от медицины.***



## **Глава 10. Стресс-стресс-стресс. Эффективные идеи для победы над стрессом**

Мы постоянно слышим, что сердечно-сосудистые заболевания молодеют. В самом деле те состояния, которые, как мы всегда считали, могут возникать только во второй половине жизни (гипертония, инфаркт миокарда), сейчас уже встречаются даже у 30-летних пациентов. Если раньше молодых людей с повышенным давлением мы очень тщательно обследовали, искали причину, то теперь мы уже совершенно не удивляемся, когда к нам приходит молодой человек, который спит 4 часа в сутки, а 20 часов работает, и мы видим у него обычную «гипертоническую болезнь». Что поменялось за последние 20 лет? Медицина развивается, курить вроде бы стали меньше, за холестерином следить научились...

*Устами младенца глаголет истина. Давным-давно мы сидели с моей маленькой дочкой на диване перед работающим телевизором.*

*– Папа, почитай мне книжку!*

*– Подожди, пожалуйста, сейчас досмотрю новости, и будем читать.*

*Садится рядом, минут 10 вместе смотрим телевизор.*

*– Папа, а что, по телевизору только плохие новости показывают?*

Теперь я уже давно не смотрю телевизор, но ведь появился безлимитный Интернет...

Думаю, что причина кроется в одном из самых загадочных и трудноизмеряемых факторов риска. Я имею в виду стресс. Наверное, никто не станет спорить, что психическое напряжение, в котором сегодня живет каждый из нас, в последние годы увеличилось в разы. Сегодня мы живем в супернасыщенном информационном пространстве и нередко находимся в постоянном психологическом напряжении. Раньше мы получали одну газету в неделю, по телевизору показывали четыре программы. Письма шли неделю по городу, месяц по стране. Новости были только положительные, все было тихо и спокойно. Никаких мобильных телефонов. Сейчас мы за день проглатываем огромное количество новостей, получаем и

отправляем несколько десятков писем, принимаем огромное количество звонков на мобильный телефон. Это наш постоянный, хронический стресс, который практически не замечаем и воспринимаем как привычный образ жизни.

Понимаете, к чему я клоню? Мы пытаемся прожить неделю за один день и, к сожалению, нередко это делаем в буквальном смысле.

**А сейчас отложите, пожалуйста, книгу в сторону и пофантазируйте, что бы вы могли сделать для того, чтобы уменьшить свой повседневный стрессовый информационный фон. Придумайте себе рекомендации сами, а я чуть позже напишу свои. И сравним...**

Помимо этого, время от времени мы переживаем еще и острый стресс – какое-то значимое негативное событие в жизни, которое неизбежно накладывает отпечаток на наше здоровье. Но все ли негативные события достойны того, чтобы стать Его Величеством Стрессом? Нередко пациенты рассказывают – вот я пережил такой стресс! Думаю про себя, вот что за стресс у тебя может быть? Вроде не кардиохирург, не авиадиспетчер... Оказывается, ему машину поцарапали, и он пребывает «в стрессе»! Ну не ерунда ли? Неужели большинство повседневных событий достойны того, чтобы становиться источником стресса? Серьезных жизненных трагедий не очень много. Как правило, это болезни и смерть близких людей. Все остальное по большому счету недостойно того, чтобы обращать на него внимание. А когда люди мелкую обиду или потерю денег рассматривают как жизненную трагедию, это, по-моему, неправильно.

Я для себя создал простое правило, оно мне до сих пор очень помогает. У меня довольно рано умер отец, и это было и есть до сих пор самой большой трагедией в моей жизни. Так вот все остальные невзгоды и «стрессы» я всегда сравниваю со смертью отца и сразу же понимаю, что вот то – невозвратная трагедия, а это так... мелочь.

Кстати, давайте посмотрим на шкалу стресса, созданную больше 30 лет назад американскими психологами. Я привожу ее в сокращении, полную версию вы легко найдете в Интернете по запросу «Шкала стресса Холмса и Рея».

#### ♣ Шкала стресса

- Смерть супруга – 100
- Развод – 73
- Смерть близкого члена семьи – 63
- Заключение в тюрьму – 63
- Серьезная болезнь или травма – 53
- Вступление в брак – 50
- Увольнение с работы – 47
- Безработица более 6 месяцев – 46
- Выход на пенсию – 45
- Одиночество (человек живет один) – 45
- Отделение одного из членов семьи – 45
- Участие в военных действиях – 45
- Беременность – 40
- Алкоголизм, наркомания одного из членов семьи – 40
- Серьезные сексуальные трудности – 39
- Появление нового члена семьи – 39
- Смерть близкого друга – 36
- Армия – 36
- Смена профессии или поступление на работу – 34

Одним словом, как писал замечательный бард Михаил Щербаков, «...это все такие пустяки в сравнении со смертью и любовью».

Стало быть, надо всегда быть спокойным и толстокожим, как бегемот? Развивать в себе стрессоустойчивость? В крупных компаниях стрессоустойчивость достигается специальными занятиями. Операционисты в сберкассе, стюардессы ежедневно выслушивают

сотни незаслуженных упреков. Но если они спокойно реагируют внешне, это не значит, что обида не копится внутри и не выплескивается как-то иначе. За внешней невозмутимостью скрывается напряженная работа организма, а значит, могут возникать различные болезни.

Частая ситуация: пациентка обращается к кардиологу по поводу учащенного пульса. Мы ее обследуем, делаем анализы на гормоны щитовидной железы, исключаем анемию – внешней причины не находим. Расспрашиваю, а что в жизни происходит? Все отлично, говорит, работа высокооплачиваемая, дети растут, квартира-машина, отдых на Мальдивах. А вот если удастся перевести разговор в более доверительное русло, то выясняется, что муж пьет, на работе не все в порядке... Вот это классический пример того, как «неотреагированный» стресс стимулирует симпатическую нервную систему, мозг начинает «толкать» надпочечники, выбрасывается адреналин, повышается частота пульса.



Здравствуйте. Мне 22 года, и последнее время повышенное давление дает о себе знать. Около 2 месяцев назад впервые о нем узнал. На работе (после некоторого стресса) почувствовал себя нехорошо. Давление было 160 на 90. При отсутствии особых нагрузок на работе и дома все нормализовалось. Но в последние дни ощущаю все его симптомы: и на месте не сижу, и голова как в тумане. На прошлой неделе было снова 160 на 90, сегодня 140 на 80. Я весьма впечатлительный, расстраиваться могу по незначительным поводам. Один из поводов был на днях. Работа тоже довольно нервная. Теперь, как я понимаю, надо немедленно идти в больницу? Давление может быть признаком того, что я часто нервничаю?

Добрый день! Повышение артериального давления, несомненно, может быть связано со стрессом. Впрочем, не паникуйте, никакой экстренности в данном случае нет. Надо спокойно и не торопясь дойти до врача и, думаю, выполнить суточное мониторирование артериального давления – исследование, которое в вашем случае позволит расставить точки над «i».

Говорят, что у японцев в отдельных комнатах есть чучела начальников, которые можно поколотить, чтобы выплеснуть эмоции. По-моему, очень хорошая идея. Лучше всего избавляться от стресса при помощи физической нагрузки – в бассейне, в тренажерном зале, в парке. Это гораздо лучше и правильнее, чем срываться на детях, супругах, друзьях.

О том, что не стоит «заедать», а уж тем более «запивать» стресс, мы уже говорили. Есть прямой путь к тому, чтобы стать толстым алкоголиком.

Я обещал несколько идей по борьбе со стрессом. Пожалуйста!

#### **📌 Как бороться со стрессом**

- Ограждайте себя от негативного информационного потока.

Не позволяйте телевизору работать в фоновом режиме. Лучше включайте музыку или любимые фильмы в записи.

- Отделяйте «рабочее» от «домашнего», заведите два телефонных номера: для домашних и для служебных разговоров, отключайте «рабочий» мобильник дома, в выходные и в отпуске.

- Вспомните о самом тяжелом событии в вашей жизни. Может быть, все остальное не стоит того, чтобы сходить с ума?

- Лучший способ избавиться от накопившейся усталости и раздражения – физическая нагрузка.

И еще. Если чувствуете, что в жизни что-то идет совсем не так и самостоятельно выкарабкаться не получается, не стесняйтесь обращаться к психотерапевтам. Современная психиатрия ушла далеко вперед по сравнению с классическим представлением о ней в

фильме «Полет над гнездом кукушки». Невротические расстройства, депрессии в руках специалистов прекрасно лечатся и излечиваются. А о таблетках «от нервов» мы еще поговорим в разделе «Лекарства, которые мы принимаем».

## Глава 11

### Когда сердечно-сосудистый риск еще выше. Дополнительные кирпичи в фундаменте болезни

#### Наследственность

Вот из моего кабинета выходит молодой 36-летний человек, у которого отец и мать умерли в возрасте моложе 50 лет от сердечно-сосудистых катастроф. Он сам пришел ко мне по поводу устойчивого повышения давления до 170/100 мм рт. ст.

К сожалению, мы никак не можем повлиять на наши гены, но если хотя бы у кого-то из близких родственников в раннем возрасте (<55 лет у мужчин и <65 лет у женщин) был инфаркт или инсульт, это повод вдвойне задуматься о собственном сердечно-сосудистом здоровье.

#### Заболевания почек

После того как вы сделаете биохимический анализ крови и вернетесь к своему врачу, обязательно задайте ему вопрос: «Доктор, а какая у меня скорость клубочковой фильтрации?» Доктор, конечно, удивится такой грамотности пациента...

Заболевания почек очень тесно связаны с сердечно-сосудистой системой; почки – это орган, непосредственно участвующий в регуляции артериального давления. Кроме того, через почки в основном происходит очищение организма от шлаков. Следовательно, снижение функции почек, с одной стороны, приводит к накоплению азотистых шлаков и интоксикации организма, а с другой стороны – к повышению артериального давления и ускоренному прогрессированию атеросклероза.

Почки умирают молча. Нет ни одного симптома, который позволил бы заподозрить почечную недостаточность до самой поздней стадии болезни.

Если посмотреть на почку под микроскопом, то мы увидим сложные клеточные структуры, которые называются клубочками. Именно в клубочках происходит фильтрация плазмы и ее очистка от веществ, более не нужных для организма.

Показатель скорости клубочковой фильтрации врач рассчитывает по специальной формуле, в которой учитываются пол, возраст и уровень креатинина из биохимического анализа крови. В норме этот показатель должен быть не менее 85 мл в минуту. Если скорость клубочковой фильтрации снижается, это свидетельствует о развитии почечной недостаточности. Грамотный врач обязательно обратит на это ваше внимание и предложит препараты для защиты почек, как правило, это ингибиторы АПФ (эналаприл, рамиприл и др.) и статины.

Самые частые болезни, при которых страдают почки, – это сахарный диабет, гипертония и подагра. Увы, диагноз почечной недостаточности нередко ставят достаточно поздно, это связано прежде всего с тем, что «почки не болят». Не существует объективных симптомов, которые могут на ранних стадиях заподозрить поражение почек. Ни боли в спине, которые в 99 % связаны с позвоночником, ни пресловутые «отеки вокруг глаз после вчерашнего» не являются признаком болезни почек.

Подробнее о том, как оценивают функцию почек, мы поговорим в разделе «Расшифровка анализов».

## **Хронические воспалительные заболевания**

Помните, что в развитии атеросклероза отчасти виновато воспаление? В стенках измененных сосудов холестерин откладывается гораздо быстрее.

Существует большой круг болезней, распространенных и не очень, в основе которых тоже лежит воспаление. Причем я сейчас говорю не об инфекционных заболеваниях и не о простуде, а системных воспалительных болезнях, например о ревматоидном артрите, болезни Бехтерева, системной красной волчанке. Известно, что наличие ревматоидного артрита в полтора раза увеличивает сердечно-сосудистый риск. Проблема еще и в том, что этих пациентов целиком и полностью лечат ревматологи, остальные врачи вроде как и ни при чем. И выходит, что ревматолог лечит свою болезнь, а к кардиологу и терапевту этот пациент уже и не ходит, на холестерин его никто не обращает внимания... Не до того.

По статистике, 5 % людей на планете страдают бронхиальной астмой, впрочем, лечатся гораздо меньше, так как многие кашляют, хрипят и свистят по ночам, но упорно не хотят лечиться. Так вот те астматики, которые все же лечатся, чаще всего принимают огромные дозы бронхорасширяющих препаратов (сальбутамол, фенотерол). Эти препараты по механизму действия являются стимуляторами симпатической нервной системы, а стало быть они учащают пульс, повышают давление и могут провоцировать аритмии и стенокардию. Как быть? Лечиться у грамотных пульмонологов, не бояться ингаляционных гормонов, которые гораздо безопаснее, чем высокие дозы бронхорасширителей.

Если вы болеете ревматическими или хроническими легочными заболеваниями, вы тоже в группе повышенного сердечно-сосудистого риска.

### **Часто задаваемые вопросы**

**1. Мне 35 лет. Мой отец умер в 50 лет от инфаркта миокарда. Когда мне надо начать обследовать сердечно-сосудистую систему?**

Уже сегодня. У вас риск сердечно-сосудистых осложнений в 2 раза выше, чем в среднем в популяции. Проверьте артериальное давление, холестерин, глюкозу, убедитесь в том, что у вас нормальная масса тела. Если курите – немедленно бросайте. В деле сердечно-сосудистой профилактики каждая минута дорога.

**2. Какими лекарствами лучше всего чистить сосуды?**

Сосуды – не водопроводные трубы. Очистить их в буквальном смысле (лекарствами) невозможно. Можно предотвратить образование и рост атеросклеротических бляшек. Определите свой уровень холестерина и обсудите с врачом необходимость приема статинов.

**3. Говорят, что если куришь больше 40 лет, то бросать уже не имеет смысла. Это правда?**

Это смертельно опасное заблуждение. Курить можно и нужно бросать в любом возрасте и при любом стаже курения. Каждая сигарета – это минус несколько часов жизни.

**4. Какие физические нагрузки лучше всего для поддержания сердца в тонусе?**

Так называемые аэробные. Ходьба, бег, коньки, лыжи, плавание, танцы. Не рекомендуются силовые упражнения, тренажеры, бодибилдинг.

**5. Можно ли снизить давление без лекарств?**

В дебюте гипертонии можно. Отказ от курения, уменьшение соли в рационе, увеличение физической активности, нормализация веса – вот простые и надежные способы снижения давления. Впрочем, если давление больше 160/100 мм рт. ст. или есть поражение органов-мишеней, то лекарственной терапии не избежать.

**6. На фоне лечения холестерин снизился ниже нормы. Надо ли отменять препараты?**

Ни в коем случае! Во-первых, нижней границы нормы холестерина не существует – чем меньше холестерин, тем ниже риск инфаркта миокарда, во-вторых, если бросить



лечение, он снова вернется к прежним значениям.

### **7. Правда ли, что алкоголь снижает риск инфаркта?**

Все зависит от дозы. Как сказал «кто-то из древних», обсуждая проблему алкоголя, мы говорим не о чем-то вредном, а об избыточном потреблении чего-то полезного. Относительно безопасная доза алкоголя – бокал красного вина в сутки.

Все, что превышает эту дозу, увеличивает риск сосудистых осложнений.

### **8. Я очень мало ем, но при этом все равно поправляюсь. Это нарушение обмена веществ?**

Чудес не бывает, не обманывайте себя. Конечно, в основе лежит наследственная предрасположенность. Но школьный закон сохранения энергии никто не отменял. Ожирение возникает в том случае, когда съеденные калории больше израсходованных. Как это ни банально звучит, ешьте еще меньше и больше двигайтесь.

### **9. Боюсь, принимать лекарства, так как слышал, что от них бывает импотенция.**

Самая частая причина эректильной дисфункции – это атеросклероз (сужение сосудов атеросклеротической бляшкой). Профилактика и лечение атеросклероза – важнейший элемент лечения эректильной дисфункции. Не волнуйтесь, современные кардиологические препараты на потенцию не влияют.

### **10. Я уже 10 лет болею вегетососудистой дистонией. Постоянно ноет сердце и беспокоит сердцебиение. Как вылечиться?**

Срочно меняйте врача. Нет на планете болезни «вегетососудистая дистония». Как правило, это какие-то нераспознанные, а значит, и неправильно леченые болезни: невротические расстройства, анемия, нарушение функции щитовидной железы и др. Современная медицина вполне способна вам помочь.

## **Раздел 2 Школа гипертоника**

### **Глава 1**

#### **Артериальная гипертензия или артериальная гипертония?**

В начале книги я упомянул, что проект «Академия доктора Родионова» исторически вышел из крошечной брошюры, которую мы с друзьями написали еще во времена аспирантуры. Когда «Академия» выходила отдельными книгами, я не мог использовать название, которое уже когда-то было на обложке. Тогда мы долго совещались с издательством, в результате чего появился броский заголовок «Как прожить без инфаркта и инсульта».

Здесь же, в рамках полного курса, мне хочется вернуться к истокам и раздел назвать, как и прежде «Школа гипертоника».

Артериальная гипертензия – это тоже один из факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, по своей значимости такой же, как повышение холестерина и курение, но существует столько нюансов, которые должен знать гипертоник, что эта проблема вполне достойна отдельного раздела.

### **Введение**

На самом деле это слова-синонимы. Традиционно в России говорят «гипертония». Все это из-за того, что дореволюционная медицинская школа восходила к немецким традициям, все врачи прекрасно знали немецкий язык и читали немецкие книги – вспомните персонажей Вересаева и Булгакова. Так вот гипертония – это русское звучание немецкого слова «hypertonie». Ну а сейчас вся мировая медицинская литература пишется на английском языке, и любой уважающий себя врач должен знать английский. А по-английски заболевание

называется hypertension – «гипертензия».

Идеальное (оптимальное) АД	<120/80
Нормальное АД	120–129/80–85
Высокое нормальное АД	130–139/85–89
<b>ЦЕЛЕВОЕ АД (на фоне лечения)</b>	
Для большинства людей	<140/90
Для больных сахарным диабетом	<140/85
Для лиц старше 80 лет	<150/90

Артериальная гипертония, или артериальная гипертензия, в переводе на русский означает «повышенное давление».

Возникает вопрос: а какое давление считать повышенным, да и что такое вообще давление и почему оно обозначается двумя цифрами?

Артериальное давление (АД) – это сила, с которой кровь давит на стенки сосудов в разные фазы сердечного цикла.

**Различают:**

- ✓ систолическое артериальное давление («верхнее»), показывающее давление на стенки сосудов в момент выброса очередной порции крови сердцем (в систолу);
- ✓ диастолическое артериальное давление («нижнее»), обозначающее давление в момент паузы в сердечной деятельности, когда сердце отдыхает и вновь наполняется кровью (в диастолу).

У меня к вам большая просьба. Пожалуйста, не называйте нижнее (диастолическое) давление «сердечным». Никакого физиологического смысла в этом нет. Если нижнее сердечное, то тогда какое верхнее? Головное? Почечное? Чепуха какая-то доисторическая...

Разницу между **систолическим** и **диастолическим** АД называют пульсовым давлением. Чем меньше пульсовое давление, тем больше сердце недополучает крови для своей нормальной работы (в норме пульсовое давление не менее 20–25 мм рт. ст.). Если пульсовое давление очень высокое (>60 мм рт. ст.), что нередко бывает у пожилых людей, то это свидетельствует о повышенной жесткости артерий и само по себе является дополнительным фактором риска.

Какое давление считать нормальным? Конечно, 120/80 мм рт. ст. Каждый пациент, услышав от врача или медсестры про заветные 120 на 80, воскликнет: «Как у космонавта!»

На самом деле есть некий допустимый диапазон нормального давления. У здоровых людей нижней границы нормы не существует вовсе, а вот верхним пределом нормального давления считают 139/89 мм рт. ст. Впрочем, если ваше давление чаще находится в пределах 130–139/85–89, то это уже так называемое высокое нормальное давление.

Проверяйте АД чаще, вполне возможно, что вы в группе риска.

Откуда взяты эти цифры? На протяжении последних 30 лет в мире было проведено огромное количество клинических исследований, проанализированы данные миллионов людей и доказано, что если давление повышается от 140/90 мм рт. ст. и выше, то риск осложнений существенно возрастает. Поэтому нормальное давление называют еще целевым, т. е. цель лечения гипертонии – снизить АД до 140/90 мм рт. ст. Для диабетиков эти значения чуть ниже – 140/85 мм рт. ст. А вот тем, кто перешагнул 80-летний рубеж, разрешается лечиться не так активно, в старшей возрастной группе давление может быть 150/90 мм рт. ст.

Я только что сказал, что у здоровых людей нет нижней границы нормального давления. Есть люди, которые преспокойно живут с давлением 90/60 мм рт. ст. и нормально себя чувствуют, но когда речь идет о лечении гипертоника, то ниже 110/70 мм рт. ст. снижать давление не стоит.

*С момента выхода первой книги «Как прожить без инфаркта и инсульта» появились новые данные относительно того, каким должно быть целевое давление. В октябре 2015 года американцы опубликовали результаты огромного исследования, в котором было показано, что люди, которым систолическое давление снижали <120 мм рт. ст жили дольше, чем те, кого лечили до «традиционной» цели <140 мм рт. ст. Очень может быть, что через несколько лет целевые значения артериального давления вновь будут пересмотрены.*

Когда-то давным-давно существовало понятие «рабочее давление». Так называли величину АД, при котором человек чувствовал себя хорошо. Считали, что ниже этого уровня снижать давление не стоит. Это очень серьезное заблуждение. Почему? Об этом чуть позже.



## Глава 2

### Как можно заподозрить артериальную гипертензию? У гипертонии нет симптомов

В России в большинстве поликлиник и больниц пока еще принят термин «гипертоническая болезнь». Но, строго говоря, это неправильно.

Гипертония – это не болезнь. Сердечно-сосудистым заболеванием, как мы уже договорились, называют клинически выраженные признаки атеросклероза (стенокардия, перемежающаяся хромота, ишемия головного мозга и т. д.). А гипертония – это все же фактор риска. Открою «страшную тайну»: вопреки распространенному мнению, гипертония не имеет симптомов. Повышение давления, как правило, не сопровождается никакими клиническими проявлениями.

Повышение артериального давления чаще всего не имеет клинических проявлений.

Ну как же, скажете вы, а головная боль? Взаимосвязь головной боли с повышенным артериальным давлением – это одно из самых распространенных медицинских заблуждений. Давайте разберемся, что же происходит на самом деле.

Приходит человек уставший с работы, садится на диван новости смотреть. Новости, сами знаете, какие показывают... Чувствует, начинает у него голова болеть, давящая такая боль, как обручем голову сдавливает. Раз на голову давит, думает он, значит, это у меня повышенное давление. Измеряет давление: «Ого, 160/100. Значит, у меня голова болит от давления», – логично размышляет пациент. Принимает препараты, снижающие давление, через какое-то время голова действительно перестает болеть. Измерив еще раз давление и убедившись, что оно снизилось, наш герой приходит к окончательному выводу, что голова болела от давления.

А на самом деле он давний гипертоник. У него бывает и 160, и 180, и даже 200 мм рт. ст., но он этого совершенно не чувствует. Просто в обычном состоянии он давление не измеряет, а берется за тонометр только тогда, когда ему плохо.

На самом деле все происходит наоборот. Как известно, любая боль приводит к повышению давления. Все равно что болит – рука, нога, живот, голова... Боль – это

универсальный провокатор повышения давления.

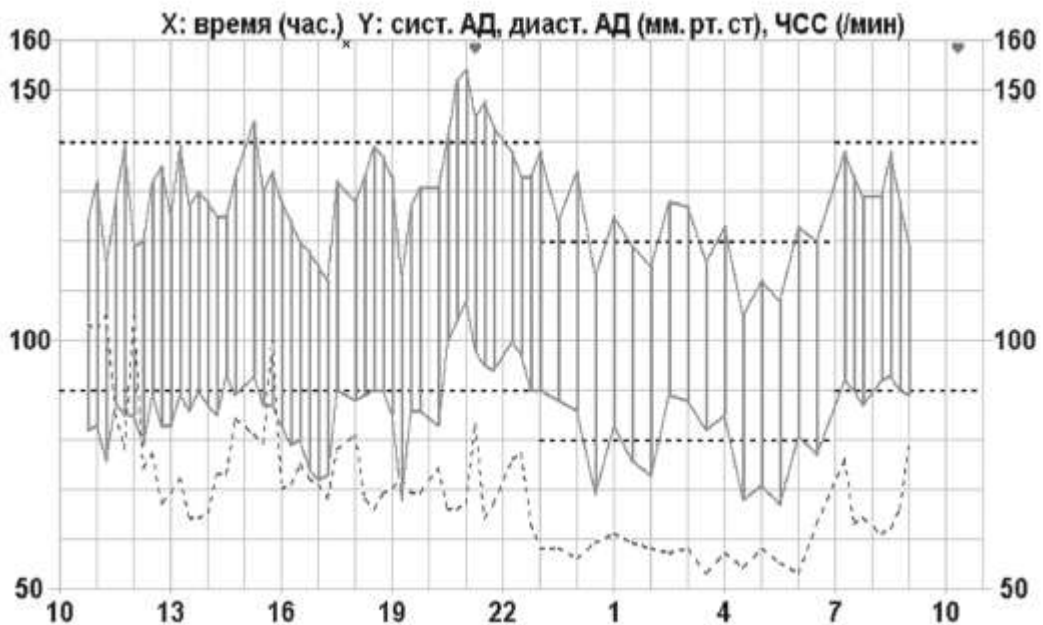
Есть такое понятие «головная боль напряжения». Это напряжение мышц, окружающих черепную коробку, говоря языком индейцев, «мышцы скальпа». На фоне усталости, стресса, переутомления они напрягаются, возникает знакомое всем сдавливающее ощущение, а мы думаем, что это повышение артериального давления и хватаемся за тонометр.



Добрый день. Мне 47 лет. Появилось головокружение. Померила АД – 140/80 мм рт. ст., я приняла эналаприл 2,5 мг, стало лучше. Последние 2–3 месяца этим спасаюсь. Кардиолог назначил утром престариум 2,5 мг. Утром при АД 120/70 приняла престариум, и АД подскочило выше 140. Лицо покраснело, шум в ушах, частый пульс... Все прошло само через 20–30 мин. Это была аллергическая реакция или проблемы с сосудами? Почему происходит такая реакция?

При отсутствии гипертонии принимать препараты от давления бессмысленно и даже вредно. Головокружение не имеет никакого отношения к физиологической динамике АД.

Миф о взаимосвязи между головной болью и повышением давления очень легко развенчать специальным исследованием, которое называется суточное мониторирование давления, многим гипертоникам оно знакомо. На руку накладывается манжета, которая посредством кабеля соединяется с аппаратом – измерителем АД. Аппарат программируется на компьютере и каждые 15 мин днем и каждые полчаса ночью измеряет давление. Прошли сутки – давайте посмотрим, что получается.



Каждая вертикальная палочка – это одно измерение. Верхний конец палочки – систолическое давление, нижний конец – диастолическое.

Мы видим, что давление в течение суток колеблется в пределах 40–50 мм рт. ст. Ситуационное повышение давления – это нормальная физиологическая реакция на любое внешнее воздействие: на физическую нагрузку, на волнение, раздражение, стресс и т. д. Так задумала природа – кратковременное повышение давления позволяет регулировать кровоток в отдельных органах. Например, древнему человеку нужно было догнать мамонта, а для этого необходимо было увеличить приток крови к мышцам. Известно, что у спортсменов на

пике физической активности систолическое давление поднимается до 200 мм рт. ст. и выше, но они при этом прекрасно себя чувствуют.

Таким образом, при истинной артериальной гипертензии проблема не в том, что давление кратковременно повышается, а в том, что оно стабильно высокое и не снижается самостоятельно.

Артериальное давление может повышаться у здоровых людей:

- ✓ во время и после физических нагрузок;
- ✓ в послеобеденное время (на 15 мм рт. ст.);
- ✓ у женщин во время беременности
- ✓ (на 15–20 мм рт. ст.);
- ✓ при переполнении мочевого пузыря;
- ✓ при ощущении боли или холода;
- ✓ при волнении во время общения с врачом («гипертония белого халата»).

Таким образом, те симптомы, которые обычно принимают за признаки повышенного давления, на деле являются проявлением совершенно других заболеваний.

Впрочем, справедливости ради «гипертоник со стажем» действительно может жаловаться на головную боль, головокружение, шум в ушах, но это уже будут симптомы поражения головного мозга, т. е. гипертоническая энцефалопатия, а не признаки повышения давления как такового. Об этом поговорим немного позже.



Здравствуйте. Мне 57 лет. В конце 2012 года я перенесла ишемический инсульт. Прошло 1,5 года, а меня до сих пор мучают сильные головные боли и сильное головокружение. Меня постоянно кидает из стороны в сторону. Мое давление, при котором я себя хорошо чувствую, – 110/70, а при 120/80 у меня начинает болеть голова. В больнице говорят, что 140 – это нормальное давление, а для меня очень большое давление. У меня такие боли, что хочется разбежаться и биться головой о стенку. Врачи считают, что у меня сейчас нет гипертонии. Правы ли?

Ваши врачи правы. Сейчас у вас нет гипертонии, а головная боль никак не связана с совершенно естественными колебаниями артериального давления. Надо обращаться к неврологу, выяснять причину головной боли и лечить ее.

### Глава 3

#### Измеряем артериальное давление. С вниманием к мелочам

Внимательный читатель уже догадался, что раз гипертония не имеет симптомов, то единственным способом ее выявления будет измерение артериального давления. Итак, как же правильно измерить давление?

**Для начала давайте определимся с выбором аппарата.**

Существуют 3 основных типа аппаратов:

- ✓ ртутные манометры;
- ✓ тонометры (анейроидные сфигмоманометры);
- ✓ электронные измерители (автоматические и полуавтоматические). *Ртутные манометры* обеспечивают наибольшую точность измерения АД. Однако при их повреждении выделяются ядовитые пары ртути, поэтому для домашнего использования эти приборы категорически не рекомендуются. Фактически сегодня такие аппараты остаются только в крупных клиниках, занимающихся клиническими исследованиями.

*Тонометры* получили широкое распространение. Они безопасны, достаточно

портативны, относительно недороги. При длительном использовании точность измерения может снижаться, поэтому эти приборы следует периодически проверять. Самостоятельное использование тонометра требует определенного навыка использования и хорошего слуха, поскольку, если вы выбрали этот аппарат, то выслушивать тоны придется самостоятельно.

*Электронные измерители АД* специально предназначены для самостоятельного использования в домашних условиях. Современные аппараты удобны, портативны, и их точность достаточно приемлема для самоконтроля давления. Помимо артериального давления они фиксируют также частоту пульса; современные модели способны распознавать аритмию. Однако у пожилых людей с более «жесткими» артериями точность измерения может снижаться.

#### **Несколько советов по выбору тонометра:**

✓ Аппарат для измерения АД – достаточно сложный прибор. При покупке обращайте внимание на маркировку, инструкцию на русском языке, паспорт прибора и гарантийный талон.

✓ Не приобретайте аппарат с рук, у знакомых или если прибор имеет видимые дефекты (трещины, сколы и т. п.). В этих случаях невозможно гарантировать точность измерения. Не покупайте дешевые модели. Зависимость «цена – качество» сохраняется и в отношении медицинской техники.

✓ Пользование тонометром требует определенного умения. Кроме того, с помощью тонометра трудно измерить АД без посторонней помощи. Если вы планируете пользоваться тонометром самостоятельно, выбирайте аппарат, имеющий металлическую скобу на манжете, это облегчит ее наложение.

✓ При покупке тонометра помните, что вам еще необходим фонендоскоп. Он не всегда входит в комплект.

✓ Электронные измерители удобны, их использование не требует особых навыков. **Покупайте только аппараты с манжетой, которая накладывается на плечо. Портативные приборчики «на запястье», к сожалению, имеют очень посредственную точность.**

#### **Как правильно измерять артериальное давление?**

✓ При измерении АД необходимо строго придерживаться определенных правил. Эти универсальные правила следует соблюдать независимо от типа аппарата.

✓ За 30 мин до измерения не следует курить и пить кофе, крепкий чай.

✓ Перед измерением АД нужно спокойно посидеть в течение 5 мин.

✓ Измеряйте АД всегда в положении сидя. Руку для измерения АД необходимо расслабить и освободить от одежды. На этой руке не должно быть шрамов от разрезов плечевой артерии, отека или фистул для проведения гемодиализа.

✓ Расположите руку так, чтобы локтевой сгиб был на уровне сердца. Лучше всего положить руку на стол или подлокотник кресла, чуть выше уровня поясицы.

✓ Наложите манжету на плечо так, чтобы ее нижний край был на 2,5 см (на 2 пальца) выше локтевого сгиба. Закрепите манжету, чтобы она плотно облегла плечо, но не вызывала ощущения сдавления или боли.

✓ Измерив АД, повторите измерение через 2 мин. Если два показания прибора различаются более чем на 5 мм рт. ст., нужно измерить АД еще раз. Рассчитайте среднее значение. Правила хорошего тона требуют, чтобы врач на первом приеме измерил АД

на обеих руках. Если доктору не хвати

ло на это времени, сделайте это самостоятельно. Если разница между давлением на двух руках превышает 10 мм рт. ст., в дальнейшем измеряйте АД на руке с **большим давлением**. Если разница достигает 30 мм рт. ст. и более, обязательно обратитесь на это внимание врача. Это может быть признаком поражения подключичной или плечевой артерии.

И еще одна маленькая хитрость. Посмотрите внимательно на манжету аппарата. Она

состоит из внутренней черной резиновой камеры, в которую нагнетается воздух, и из наружной текстильной оболочки с липучкой. Правила измерения АД требуют, чтобы внутренняя камера охватывала руку не меньше чем на 70 %. Следовательно, тучным людям следует дополнительно приобрести в магазине манжету больших размеров.

### **Методика измерения артериального давления**

Методика измерения АД зависит от типа используемого аппарата.

#### **1. Измерение артериального давления с помощью электронного прибора.**

Использовать эти приборы несложно. Вы накладываете манжету на руку, а затем включаете кнопку на панели прибора. Аппарат самостоятельно накачивает воздух в манжету до необходимого уровня, а затем будет постепенно выпускать его, осуществляя измерение. В полуавтоматическом аппарате накачивать воздух в манжету придется самому пациенту с помощью резиновой груши, но последующее выпускание воздуха и измерение АД также будет производиться автоматически. По завершении исследования на экране высветятся цифры, показывающие АД и частоту пульса.

**Обратите внимание на следующие важные моменты:**

- ✓ Всегда соблюдайте правила измерения АД.
- ✓ Внимательно ознакомьтесь с инструкцией, прилагаемой к электронному измерителю.
- ✓ Используйте манжету подходящего размера.
- ✓ Измерьте АД своим прибором на приеме у врача и сравните показания вашего прибора с показаниями врачебного тонометра. Иногда электронные измерители оказываются недостаточно точными. Сверка результатов поможет выявить ошибку и рассчитать поправку. Сверку необходимо периодически повторять.
- ✓ Записывайте результаты измерения в дневник. <sup>2</sup>

#### **2. Измерение артериального давления с помощью тонометра**

Чтобы измерить АД с помощью тонометра, необходимо иметь фонендоскоп.

Фонендоскоп – инструмент для выслушивания звуков, сопровождающих работу легких, сердца и сосудов. Он обычно состоит из «головки», прикладываемой к телу, трубок, проводящих звуковые колебания, и наконечников, вставляемых в уши.

Суть измерения АД заключается в выслушивании с помощью фонендоскопа звуков колебания плечевой артерии, когда изменяется давление в манжете. По шкале прибора отмечаются моменты возникновения и прекращения этих звуковых колебаний (тонов).

Для правильного определения АД этим способом желательна помощь другого человека, так как измерить этим методом АД себе непросто.

**Придерживайтесь следующей последовательности действий:**

- ✓ Наложите манжету на плечо. Накачивайте воздух в манжету до значения, примерно на 30 мм рт. ст. превышающего ваши привычные показатели давления.
- ✓ Поставьте «головку» фонендоскопа в локтевой сгиб, несколько внутри от центра локтевой ямки.
- ✓ Медленно выпускайте воздух из манжеты со скоростью 2–3 мм рт. ст. в секунду, при этом постоянно смотрите на шкалу прибора.
- ✓ В момент первого появления звуков (тонов) колебания артерии считывается величина верхнего (систолического) АД. Как правило, этот момент совпадает с появлением пульса на лучевой артерии.
- ✓ Если вы услышали тоны сразу же после того, как начали выпускать воздух из

<sup>2</sup> Этакцин – противоаритмический препарат. Подробнее о нем расскажу в главе о фибрилляции предсердий.

манжеты, то остановитесь и поднимите давление в манжете еще на 20–30 мм рт. ст.

✓ В момент исчезновения звуков (тонов) колебания артерии считывается величина нижнего (диастолического) АД.

**Обратите внимание на следующие важные моменты:**

- ✓ Всегда соблюдайте правила измерения АД.
- ✓ Попросите своего врача проверить правильность вашей техники измерения АД.
- ✓ Записывайте результаты измерения в дневник.
- ✓ Иногда с течением времени точность прибора снижается. Один раз в год сдавайте аппарат в сервисный центр на проверку.



Здравствуйте! Мне 63 года. Недавно случайно измерил давление, оно было 155/90 мм рт. ст., пульс 65–70. Стал измерять давление каждый день, оказалось, 145/90-165/90. Для интереса уже 2 дня измеряю давление на разных руках. Оказалось, на левой 160/90, на правой –130/90, разница в 30мм. На другой день примерно такие же результаты. Вопрос: нормально ли это?

Скорее всего, это погрешность измерения. Впрочем, строго говоря, есть повод для ультразвукового исследования сосудов, по которым кровь поступает к рукам. В редких случаях сужение, например, подключичной артерии может приводить к асимметрии давления. Попросите врача перепроверить ваши данные и при необходимости направить на дообследование.

### Когда и как часто следует измерять АД?

Самоконтроль артериального давления – важнейший метод оценки эффективности лечения. Измеряйте АД два раза в день: утром и вечером, в одно и то же время. Напомню, что мы ориентируемся на значения давления, измеренные в спокойной обстановке. Не надо мерить АД сразу после стресса, физической активности, возвращения с работы и т. д. Обязательно запишите результаты изменения АД и частоты пульса в дневник и покажите врачу на очередном приеме. Кстати, для домашнего измерения АД пороговыми значениями считаются 135/85 мм рт. ст. Если при самоконтроле показатели оказываются выше этого значения, это повод обратиться к врачу и изменить лечение.

**Кроме того, давление надо измерять:**

✓ При появлении головной боли, затруднения дыхания, тяжести и боли за грудиной или в области сердца, шума в ушах, «пелены в глазах» или при появлении симптомов, которые у вас могут сопутствовать значительному повышению АД.

✓ При появлении слабости, головокружения, «подкашивания» ног, потемнения в глазах, неустойчивости походки, так как эти симптомы могут указывать на снижение АД (гипотонию). Не стоит впадать в крайности, становиться «рабом тонометра», измеряя АД постоянно, по самому незначительному поводу. Это может привести к нервному перенапряжению, что само по себе отрицательно скажется на течении заболевания. К нам иногда приходят такие тревожные пациенты, на прием они приносят огромные «амбарные» тетради, которые содержат несколько десятков, а иногда почти сотню измерений в течение дня, сделанных «по каждому чиху». Откровенно говоря, лечить этих больных нередко приходится с привлечением психотерапевтов.

Когда на фоне приема лекарств нам удастся добиться устойчивого снижения давления на протяжении нескольких месяцев, можно измерять давление реже – 1–2 раза в неделю. Однако нельзя совсем не контролировать

АД, даже если прием препаратов долго обеспечивал его хороший уровень.



Со временем чувствительность организма к лекарственным препаратам может снижаться, что вновь приводит к повышению АД. Регулярное самостоятельное измерение АД поможет вовремя распознать момент «ускользания» гипертонии из-под лечебного контроля терапии. В этом случае лечащий врач своевременно скорректирует проводимое лечение.



## Глава 4

### Откуда берется гипертония? Вопрос без явного ответа

А ведь действительно, откуда она берется? Большинство пациентов, впервые приходящих на консультацию, хотят найти причину повышения давления, чтобы потом успешно с ней бороться.

К сожалению, если вообще говорить о причинах болезни, то мы можем достоверно установить их только при инфекционных заболеваниях и травмах. В остальных случаях (гипертония, астма, диабет и т. д.) мы понимаем механизмы развития заболевания, но выделить какую-то одну причину и «удалить» ее мы пока не в силах.

Так, в большинстве случаев причина гипертонии – это наследственность, умноженная на знакомые нам уже факторы риска (курение, малоподвижный образ жизни, избыток соли в рационе, стрессы и т. д.). Такое повышение давления называют первичной (эссенциальной) гипертонией, или, в России, гипертонической болезнью.

У подавляющего большинства пациентов найти и устранить причину повышения давления невозможно.

Однако в 10–15 % случаев все же удастся найти причину повышения давления, а иногда и избавиться от нее полностью. Это так называемые вторичные, или симптоматические, гипертонии. Когда мы работаем с пациентами, то обязательно вспоминаем о возможности этих заболеваний и порой назначаем специальные дополнительные обследования, чтобы как можно быстрее поставить диагноз и назначить специфическое лечение. Давайте поговорим подробнее об этих болезнях.

#### Синдром обструктивного апноэ сна

Как это ни странно, самой частой причиной вторичной гипертонии становится храп. Правда, не простой храп, а храп с остановкой дыхания. Все знают таких людей, которые сильно храпят, а потом у них останавливается дыхание. Тишина длится несколько секунд, и снова человек начинает храпеть. Так вот, храп – это не просто дискомфорт для окружающих, а симптом очень серьезного заболевания, который называют синдромом обструктивного апноэ сна. Апноэ, по-гречески – «остановка дыхания». Стенки верхних дыхательных путей спадаются, дыхание останавливается, мозг не получает кислород, и человек просыпается, чтобы «включить» дыхательный центр и снова начать дышать. Чаще всего он просыпается не до конца и утром уже не вспомнит про свои микропробуждения, но такой рваный сон с нарушением кровоснабжения мозга становится причиной повышения давления и нарушений сердечного ритма, вплоть до жизнеугрожающих аритмий. Утром эти люди просыпаются невыспавшимися, днем их клонит в сон, нередко они засыпают в общественных местах и даже за рулем. Пожалуйста, запомните: **если вы или ваш близкий человек храпит, это повод, чтобы привлечь внимание врача к этой проблеме.** Этих пациентов обязательно

нужно обследовать, им проводят специальное исследование – полисомнографию: во время сна регистрируют основные жизненные показатели – частоту дыхания, пульса, ритм сердца, мышечные движения стенок гортани, которые отвечают за храп, насыщение крови кислородом. И если эпизодов остановки дыхания на протяжении исследования будет много, то врач порекомендует использование специального прибора, который называется СИПАП. В переводе с английского это «постоянное положительное давление воздуха в дыхательных путях». Аппарат для СИПАП-терапии представляет собой специальный приборчик, который ставится на прикроватную тумбочку, на лицо надевается маска, и пациент с этой маской спит всю ночь. Воздух «пробивает» дыхательные пути, в результате чего исчезают храп и остановки дыхания, а давление нередко нормализуется либо же значительно уменьшается тяжесть гипертонии.

### Лекарства, повышающие давление

Нередко врачи или сами пациенты становятся авторами либо соавторами гипертонии. Среди тех препаратов, которые могут повышать давление, важно отметить несколько групп.

Прежде всего надо упомянуть так называемые **нестероидные противовоспалительные препараты**. Эти лекарства, *ибупрофен, диклофенак, мелоксикам* и т. д., знакомы многим, едва ли не каждый второй человек время от времени принимает их для обезболивания, снижения температуры и уменьшения воспаления. К сожалению, препараты этой группы в качестве побочного эффекта блокируют одну из собственных «противогипертонических» систем организма и тем самым могут увеличивать тяжесть гипертонии, поэтому людям с повышенным давлением их нужно принимать с большой осторожностью. Если вы эти таблетки все же принимаете, то обязательно предупредите об этом врача. Приличный врач всегда спросит во время приема: «Чем вы еще болеете? Какие лекарства принимаете?» А вы, почему-то не считаете нужным рассказать про проблемы со спиной или с суставами, про лечение анальгетиками, считая, что это совершенно не интересно доктору, который занимается вашим давлением. Поэтому я всегда учу студентов и ординаторов задавать гипертонику вопрос: «Принимаете ли вы обезболивающие препараты?»

Вторая группа препаратов, которые очень часто используют наши пациенты, и в приеме которых они никогда сами не признаются, это **сосудосуживающие капли в нос**. Очень много на свете людей с аллергическим риносинуситом, искривленной перегородкой носа, с полипами в носу, которые вместо того чтобы лечиться у ЛОР-врача, годами используют сосудосуживающие препараты – *нафтизин, галазолин* и т. д. По инструкции эти препараты больше 5 дней использовать нельзя (об этом поговорим в разделе «Лекарства, которые мы принимаем»). Они вызывают привыкание, перестают действовать на уровне носа, но начинают действовать на сосудистую систему, являясь стимуляторами рецепторов к адреналину. В итоге вместо лечения насморка развивается повышение давления, частоты пульса, аритмии и т. д. Хотя, казалось бы, какая ерунда – капли в нос! Если вы используете длительно эти препараты, идите каяться к своему врачу. И обязательно надо решать эту проблему радикально. Если есть аллергический риносинусит, то препараты выбора – назальные кортикостероиды. Несмотря на то что они представляют собой местные гормоны, это гораздо меньшее зло, чем постоянное лечение сосудосуживающими каплями.

Третья группа препаратов – это **оральные контрацептивы**. Хотя современные препараты достаточно безопасны, но некоторые из них вызывают задержку жидкости, поэтому обязательно сообщите врачу, если вы их принимаете.

### Биологически активные добавки

Наши люди принимают огромное количество БАДов, совершенно не задумываясь, что туда входит. Нормальный современный врач никогда не порекомендует БАДы. Это не

лекарства, это в лучшем случае пустышки, в худшем – неизученные и, возможно, небезопасные соединения, способные нанести серьезный вред организму. Врач не имеет право их назначать. Любого врача в Америке лишат лицензии, если он назначит БАДы. Действительно, полбеды было бы, если бы БАДы были просто бесполезны и безвредны. В конце концов, каждый сам решает, на что ему тратить деньги. Но, к сожалению, сплошь и рядом в состав БАДов попадают вещества, которые обладают свойством повышать давление.

Например, многие помнят обман планетарного масштаба под названием «Гербалайф». У них был комплекс под названием «Энерджи». Это БАД, который содержал эфедрин – психостимулятор, запрещенный препарат, который вызывает привыкание и повышает давление. Есть БАДы, которые позиционируются как легочные препараты и содержат лакрицу. Они также закономерно повышают давление.

БАДы для похудения – это отдельная, совершенно чудовищная отрасль «БАДо-производства». Ожирение – это баланс между тем, что мы съедаем, и тем, что мы расходует, есть «школьный» закон сохранения энергии, который, как бы нам ни хотелось, обмануть невозможно. Мы сколько-то калорий потребляем И СКОЛЬКО-ТО калорий расходует. Каким образом БАДы могут изменить это соотношение? Они, по-видимому, могут попытаться либо снизить аппетит, либо увеличить сжигание жиров. А за счет чего это можно сделать? Самый простой, самый криминальный способ – добавление искусственных гормонов щитовидной железы. Есть такое заболевание – диффузный токсический зоб, которое сопровождается повышенной выработкой гормона щитовидной железы – тироксина. Заболевание очень тяжелое, иногда смертельное, один из симптомов которого – снижение веса. Добавь в состав БАДа препарат тироксина – и вес снизится, но долго такой человек не проживет. Иногда в БАДы добавляют препараты сибутрамина. Это известная молекула, которая используется для похудения, но в Европе и Америке было доказано, что препарат увеличивает вероятность инсультов. А в БАДы его до сих пор добавляют. БАДы для лечения суставов могут содержать в себе те же противовоспалительные препараты, которые повышают давление. Поэтому мы обязательно интересуемся у пациентов, принимают ли они какие-то БАДы, стараемся объяснить, что мы даже проверить не можем, что туда входит. И всегда должны рассматривать любые БАДы как возможную причину повышения давления.

Кстати, любителям лечения травами и прочими природными средствами напомним, что в русском языке «трава» – слово однокоренное к слову «отрава». До сегодняшнего дня в медицине сохранилось несколько препаратов, которые по старинке делают из растительного сырья (дигоксин, колхицин, винкристин). Но эти препараты, как правило, достаточно токсичны и очень капризны и сложны для применения. И я категорически против идеи, что натуральные препараты гораздо более безопасны, чем химические.

### Энергетики

Даже производители не скрывают, что энергетики – это психостимуляторы, содержащие кофеин, таурин, а следовательно, способные повышать давление. Причем иногда повышение давления – это самое малое зло.

Пришел как-то на прием водитель-дальнобойщик. Во время прохождения водительской медкомиссии у него на кардиограмме выявили нарушения ритма, и его направили на 24-часовое (холтеровское) мониторирование ЭКГ. Когда результаты мониторирования проанализировали, то обнаружили эпизоды желудочковой тахикардии – очень серьезного и жизнеугрожающего нарушения ритма. Обычно оно встречается у людей с очень тяжелым поражением сердца. Мы провели ему почти весь спектр исследований, которыми располагает современная кардиология: сделали магнитно-резонансную томографию, радиоизотопное исследование, электрофизиологическое обследование, только что не сделали биопсию миокарда. В результате никаких явных отклонений и признаков болезней не нашли. И когда стали еще раз анализировать историю заболевания, то решили, что к таким нарушениям ритма могло привести употребление энергетиков. Он пил их по несколько банок

ежедневно!

### Почечная гипертензия

Почки – один из важнейших органов – регуляторов артериального давления. Соответственно некоторые хронические заболевания, сопровождающиеся поражением почек – сахарный диабет, подагра, гломерулонефрит – могут приводить к повышению давления. Еще одна причина «почечной гипертензии» – сужение (стеноз) почечных артерий. Для того чтобы почки нормально работали, к ним должно притекать достаточное количество крови. Иногда на фоне тяжелого атеросклероза в почечных артериях с одной или двух сторон появляются бляшки, которые сужают просвет сосуда. Почки говорят, что им не хватает кислорода, и считают, что давление в кровеносной системе упало, а значит, его надо повысить. Они вырабатывают гормон, который называется ренин. Он, в свою очередь, через «посредника», который называется ангиотензин II, «толкает в бок» надпочечник. Надпочечник выделяет гормон альдостерон, который и приводит к повышению артериального давления. Но, несмотря на повышенное давление, просвет почечной артерии как был узким, так и остался. Почки опять говорят, что им не хватает кровотока... Порочный круг замыкается. Это одна из самых тяжелых форм гипертензии. Почечная гипертензия, как правило, носит злокачественный характер, давление, особенно диастолическое, снижается очень плохо. Стеноз почечных артерий чаще всего бывает у пожилых курильщиков, поскольку именно курение является самым мощным стимулятором развития атеросклероза.

Если ваша гипертензия становится более тяжелой, перестает поддаваться терапии, тогда обязательно нужно идти к врачу и выяснять, нет ли у вас стеноза почечных артерий. Для выявления этой болезни делают ультразвуковое исследование, а лучше компьютерную томографию почечных артерий. Лечение в тяжелых формах заключается в установке стента – специального металлического каркаса, который восстанавливает просвет сосуда.



Мне 44 года, меня беспокоит повышение АД до 160/105 мм рт. ст. Два месяца назад проходила обследование. На УЗИ сосудов почек обнаружено «повышение линейной скорости кровотока в проксимальных отделах правой почечной артерии, больше в области ворот правой почки (признаки гемодинамически незначимого стеноза 50–70 %)». Может ли это быть причиной гипертензии и что делать дальше?

Стеноз почечных артерий на 50–70 % может быть вполне гемодинамически значимым. Следующий шаг при получении такого заключения – мультиспиральная компьютерная томография почечных артерий. Если сужение почечной артерии подтвердится, вам может быть предложена небольшая операция – расширение почечной артерии с установкой стента (специальной металлической конструкции).

### Эндокринные (гормональные) гипертензии

Иногда повышение давления бывает связано с избытком каких-то гормонов. Одно из самых частых эндокринных заболеваний – это повышение функции щитовидной железы – тиреотоксикоз. Чтобы его распознать, проводят исследование тиреотропного гормона (ТТГ) в крови. В пользу тиреотоксикоза свидетельствует снижение уровня ТТГ. Кстати, во многих странах для раннего выявления этих болезней анализ на ТТГ рекомендуется делать 1 раз в 5 лет даже здоровым людям. А вот УЗИ щитовидной железы просто так делать бессмысленно.

Ультразвуковое исследование совершенно не отражает функцию органа.

Главный эндокринный орган, который участвует в регуляции давления, это

надпочечники. Они вырабатывают три группы гормонов, которые могут повышать давление.

Первый гормон – это *альдостерон*, второй – *кортизол*, третья группа – *адреналин* и *норадреналин*. Из клеток, вырабатывающих эти гормоны, могут развиваться доброкачественные опухоли, в этом случае выработка гормонов увеличивается в десятки раз.

Избыток кортизола называют гиперкортицизмом, или синдромом Кушинга. У таких пациентов резко увеличивается масса тела, на коже живота появляются багровые полосы – стрии, часто развивается сахарный диабет. Как правило, эту болезнь распознают довольно быстро, так как изменение внешности – это один из обязательных симптомов. Для диагностики этого заболевания используют анализ *суточной мочи на кортизол*.

Вторая болезнь, связанная с избыточной работой надпочечников, – это *гиперальдостеронизм* (избыток альдостерона). Он может быть вызван опухолью (альдостеромой) или гиперплазией (разрастанием ткани) надпочечника. Болезнь распознается очень непросто, поскольку помимо повышения давления у нее может не быть никаких других проявлений. В тяжелых случаях, особенно на фоне лечения мочегонными препаратами, может развиваться мышечная слабость. Иногда заподозрить гиперальдостеронизм можно по низкому уровню калия в биохимическом анализе крови.

Наконец, феохромоцитомы – *опухоль мозгового* слоя надпочечников, вырабатывающая избыток адреналина или норадреналина. Чаще всего эта болезнь проявляется тяжелыми гипертоническими кризами с сильной головной болью, сердцебиением, потливостью; давление сначала резко повышается до 200–250 мм рт. ст., а затем резко падает. Нередко такой приступ заканчивается обильным мочеиспусканием. Надо сказать, что клиническая картина очень похожа на приступ паники (паническая атака). Именно поэтому такие пациенты иногда долго и безуспешно лечатся у психотерапевтов и даже психиатров. Диагностика феохромоцитомы довольно проста: нужно исследовать *уровень метанефринов в моче*; нормальный результат позволяет почти на 99 % исключить диагноз.

А вот компьютерную томографию надпочечников нужно делать только в том случае, когда из лаборатории пришел ответ об избытке того или иного гормона. Начинать диагностику с КТ надпочечников не нужно. Во-первых, ряд гормональных заболеваний имеют неопухолевую форму, на КТ мы их просто не увидим. С другой стороны, около 5 % здоровых людей имеют небольшие, гормонально неактивные образования в надпочечниках. И обнаруживать их совершенно ни к чему. Они не растут, не являются причиной гипертонии и совершенно не влияют на продолжительность жизни. Нередко случайное обнаружение таких образований становится лишь причиной невротического расстройства.

Пациенты с эндокринными гипертониями, как правило, надолго остаются в памяти врача, поскольку болезнь протекает уж очень причудливо и, как правило, совершенно не укладывается в наши классические представления о гипертонии. Как правило, всех очень удивляет прекрасная переносимость высокого давления у этих больных. Например, мой первый пациент, 43-летний мужчина с альдостероидной опухолью надпочечника и давлением 260/160 мм рт. ст., чувствовал себя настолько хорошо, что подписал контракт для работы лесорубом на Аляске. Вторая пациентка, молодая 30-летняя женщина, ходила с давлением 240/140 как минимум два года. Хорошее самочувствие и практически полное отсутствие симптомов позволили ей даже «полечиться» у филиппинских хилеров, которые убедили ее в том, что опухоль исчезла. Через полгода все же в нашей клинике ей успешно провели операцию и полностью избавили от гипертонии.



Здравствуйте! Моей дочери 16 лет. Рост 171 см, вес 53 кг. С детства повышается давление. Четыре месяца назад стали беспокоить головная боль, тошнота, иногда рвота, давление поднимается до 170/110 мм рт. ст. Лежала в больнице, назначили энап 5 мг в сутки, выписали из больницы, а улучшения нет. Сделали МРТ головного мозга, обнаружили микроаденому в гипофизе (4 мм), гормоны все в норме, сказали, что показаний для операции нет. Принимает от

давления энап с конкором – без эффекта, давление все равно повышается до 160/100 мм рт. ст. Подскажите, пожалуйста, из-за чего держится такое давление и почему не помогают препараты?

С этой ситуацией надо разбираться очно. Почти наверняка в 16 лет гипертония – не самостоятельная болезнь, а симптом какого-то заболевания или побочная реакция на прием каких-то препаратов (веществ). Обратитесь в хороший федеральный центр для дообследования.

## Глава 5

### Обследование гипертоника. Недолго, недорого и несложно

Мы выяснили, что чаще всего мы не сможем определенно ответить на вопрос: «Откуда у меня взялась гипертония», поэтому основные исследования будут направлены не на выяснение причины гипертонии, а на оценку поражения так называемых органов-мишеней. Проще говоря, нам очень важно оценить, какие разрушения гипертония уже произвела в организме до нашего эффективного появления. Кроме того, мы должны найти и другие факторы риска – те самые «блоки», на которых стоит фундамент дома, в котором живет болезнь. Все эти исследования в конечном итоге становятся ключом к выбору препаратов для лечения.

Главное исследование, которое нужно гипертонику, – это *биохимический анализ крови*. Эта та самая вешалка, с которой начинается наш театр. Первое, на что мы смотрим в биохимическом анализе крови, – липидный спектр. Из чего состоит липидный спектр, как правильно интерпретировать его показатели, мы уже обсудили в главе «Правда и мифы о холестерине» в первом разделе книги, не будем повторяться.

Оценив показатели липидного спектра, мы решаем, насколько серьезно надо менять питание, а также стоит ли назначать специальные снижающие холестерин препараты – статины.

Мы только что вспоминали, что почки – это один из основных органов – регуляторов давления, а заболевания почек могут быть причиной тяжелой гипертонии. Но, с другой стороны, почки и сами являются органом-мишенью при повышенном давлении, т. е. любая длительно существующая гипертония может повреждать почки. Для оценки функции почек используют определение уровня *креатинина*. Это белок, который выделяется из организма исключительно почками, соответственно если почки работают плохо, то концентрация креатинина повышается – развивается почечная недостаточность. Из показателя креатинина по специальной формуле рассчитывают *скорость клубочковой фильтрации*. Если вы увидели на бланке лаборатории буквы СКФ, это и есть расчетная функция почек. В норме она должна быть не меньше 80 %. С возрастом и при поражении почек происходит ее снижение. Мы еще вернемся к разговору о диагностике заболеваний почек в разделе «Расшифровка анализов».

Следующий очень важный показатель биохимического анализа крови – *глюкоза*. Опять же позволю себе подробно не останавливаться на этом показателе, поскольку нарушению углеводного обмена в первом разделе была посвящена целая глава. Напомню лишь, что нормальным значением глюкозы для венозной крови натошак считают уровень <5,6 ммоль/л.

Мы обязательно анализируем уровень электролитов, главным образом калия. Высокий *калий* может быть у пациентов с почечной недостаточностью; низкий калий может быть следствием неправильного использования мочегонных препаратов, а также гиперальдостеронизма – редкого заболевания, вызванного избытком гормона надпочечников – альдостерона.

Анализ крови на *мочевую кислоту* позволяет исключить *подагру* в качестве причины гипертонии. Подагра – это заболевание с наследственной предрасположенностью, которое провоцируется употреблением большого количества мясных и рыбных продуктов. Все хорошо знают, что подагра вызывает воспаление суставов, но, в конце концов, от болей в

суставах никто не умирает. Проблема в том, что избыток солей мочевой кислоты откладывается в почках и развивается так называемая подагрическая почка. Она тоже может быть сама по себе причиной тяжелой артериальной гипертензии. Кроме того, некоторые мочегонные препараты могут увеличивать концентрацию мочевой кислоты, следовательно, этот показатель необходим для оценки безопасности терапии.

Вот сколько ценной информации даст нам биохимический анализ крови!

Очень простой, но важный анализ, дающий очень важную информацию о состоянии почек, – это **общий анализ мочи**. При серьезном повреждении почек в моче появляются белок, эритроциты, лейкоциты.

Есть еще одно весьма нужное исследование мочи, которое должно быть обязательным для всех пациентов с гипертензией и диабетом, но в России, к сожалению, мало где делается. Это определение **микроальбуминурии**.

Альбумин – это самый маленький белок. Когда почки повреждаются, в мембране клубочков появляются дырочки. И через эти дырочки начинает проникать белок, который в норме в моче быть не должен. И первым, разумеется, выходит самый маленький белок – альбумин. И вот небольшое количество этого белка мы можем определить специальным анализом.

Но на самом деле определение микроальбуминурии – это не только диагностика раннего повреждения почек, это признак поражения всех сосудов. Дело в том, что когда «дырочки» появляются в выстилке почечных клубочков, то такие же повреждения возникают во всех сосудах организма. Это состояние называют эндотелиальной дисфункцией. Эндотелий – это внутренний слой всех сосудов, а состояние эндотелия определяет их тонус, склонность к тромбозам, образованию холестериновых бляшек и т. д.

**Клинический (общий) анализ крови** нужен гипертонику для того, чтобы исключить редкие заболевания, сопровождающиеся повышением уровня гемоглобина. Это тоже может быть причиной гипертонии.

Людям старше 35 лет мы рекомендуем сдавать анализ на тиреотропный гормон (ТТГ), который отражает функцию щитовидной железы. Даже если к нам приходит гипертоник без явных признаков заболевания щитовидной железы, мы все равно предлагаем ему сделать этот анализ. Дело в том, что нарушения функции щитовидной железы, чаще всего это ее снижение (гипотиреоз), на первых порах может протекать бессимптомно. Тест очень простой и дешевый, но очень информативный.

**Электрокардиограмма** – это запись электрических сигналов, которые возникают при сокращениях сердца. Это исследование позволяет оценить частоту сокращений и ритм сердца, предположить увеличение размеров различных отделов сердца, увидеть следы перенесенного инфаркта миокарда.

Чаще всего на кардиограмме *гипертоника мы можем увидеть так называемую гипертрофию левого желудочка*. Давайте разберемся, что это такое. Представьте себе красивые, рельефные мышцы спортсмена, по сути своей это и есть гипертрофия – увеличение объема мышечной массы на фоне длительной высокой физической нагрузки. То же самое происходит и с сердцем, работающим под высоким давлением. Основная камера сердца, левый желудочек, начинает утолщаться, это и называют гипертрофией левого желудочка. В гипертрофированном сердце чаще возникают нарушения ритма, но самое неприятное то, что, когда сердце под большой нагрузкой больше не может увеличиваться в размерах, возникает сердечная недостаточность.

Если мы увидели на ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка, то следующим этапом выполняют **эхокардиографию** (Эхо-КГ). Это более сложный и дорогостоящий метод, но он позволяет с точностью до миллиметра измерить толщину стенок. Кроме того, это исследование позволяет получить информацию о размерах, строении и движении всех отделов сердца (его камер, стенок, клапанов), а также о характере и скорости движения крови в сердце и крупных сосудах. Эхокардиография дает возможность выявить нарушения процессов сокращения и расслабления сердца, поражения клапанов и пороки сердца, оценить

насосную функцию.

## 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.

Рекомендую данную книгу однозначно:

**One mankind is one community!**

**Одно человечество - одно сообщество!**

Личная страница-<http://www.famous-scientists.ru/4531/>

Professor dr Vladimir Onoprienko - Member Noosphere Public Academy of Sciences, Russia, член Конституционной Коллегии Ноосферной Этико-Экологической Конституции человечества, член НДЭАМ; Certified Member of Asgardia - The First Space Nation- Сертифицированный член ASGARDIA.

<https://asgardia.space/en/>

страница на Фейсбуке-<https://www.facebook.com/wladimir.onoprienko>.

**Vladimir Onoprienko, 15.08.2017. Asgardia**

<https://www.facebook.com/wladimir.onoprienko>

Professor dr Vladimir Onoprienko Member Noosphere Public Academy of Sciences, Russia- Профессор Российской Академии Естествознания, д-р Владимир Оноприенко, член Ноосферной Общественной академии наук, Россия, член Конституционной Коллегии Ноосферной Этико-Экологической Конституции человечества, член Ноосферной Духовно-Экологической Ассамблеи Мира (НДЭАМ.NSEWA).

**Гражданин АСГАРДИИ**- Первого государства Землян в Космосе-Asgardia--  
<https://asgardia.space/en/>

Моя страница на Фейсбуке-<https://www.facebook.com/wladimir.onoprienko>

Глав. ред. журнала «Ноосфера.Общество.Человек»

<http://noocivil.esrae.ru/>, член Координационной Коллегии Ноосферной Духовно-Экологической Ассамблеи Мира (НДЭАМ).

<https://www.facebook.com/wladimir.onoprienko> ,

**<http://scireg.org/rus/users/id/125>**