Автор: Т.Тябут, профессор кафедры кардиологии и ревматологии БелМАПО, доктор мед. наук, доцент

Профилактическое направление является приоритетным для современной кардиологии. А иначе и быть не может — если бы в мире в последние десятилетия не развивалась столь активно на научной, доказательной основе ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ медицина, то такие заболевания, как инфаркт миокарда и инсульт, в скором времени приобрели бы, наверное, масштабы средневековой чумы. Сегодня эти заболевания часто настигают людей в самом расцвете сил, в трудоспособном возрасте приводят к инвалидности, к развитию хронической сердечной недостаточности. Но самая драматичная их характеристика — печальное первое место среди причин смертности населения.

В 2003 г. Европейское общество кардиологов опубликовало практическое руководство по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, в основе которой лежит стратегия выявления факторов риска и оценка их участия в развитии фатальных сосудистых катастроф — инфаркта и инсульта.

В группы с высоким риском сердечно-сосудистых катастроф входят больные с установленным диагнозом ишемической болезни сердца (ИБС), а также пациенты без этого диагноза, но имеющие множественные факторы риска. Даже если этих факторов один-два, но они очень "весомые" (ниже о них пойдет речь), считается, что у такого человека риск развития сердечно-сосудистых катастроф также высокий.

ЧТО МЫ ПОНИМАЕМ ПОД ФАКТОРАМИ РИСКА ИБС?

Это важнейшие факторы внутренней и внешней среды, которые значимо связаны с развитием ИБС. По данным различных литературных источников, насчитывается от 50 до 200 раз-личных факторов, способствующих развитию ИБС.

К основным факторам риска отнесены артериальная гипертензия, курение, нарушение липидного и углеводного обмена, нарушение обмена мочевой кислоты (повышение ее уровня), ожирение, низкая физическая активность.

Дополнительные факторы представлены нервно-психическим и психоэмоциональным напряжением, особенностями личности, наследственностью, полом, профессией.

Усиливающее влияние имеет сочетание нескольких факторов. Так, наличие артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии и курение увеличивают риск возникновения ИБС в 9 раз, а внезапной смерти — в 6 раз.

Итоги многочисленных эпидемиологических исследований свидетельствуют:

- каждый четвертый житель развитых стран в 30—40 лет имеет 2 и более факторов риска ИБС;
- около 50% людей, имеющих более 2 факторов риска, переносят инфаркт миокарда или погибают в результате внезапной смерти в течение 1—20 лет наблюдения;
- общий эффект факторов риска проявляется не просто суммой их эффектов, а взаимным потенцированием (усилением);
- многие факторы риска начинают действовать с детского возраста, поэтому профилактические мероприятия надо проводить с детства.

Среди множества факторов риска есть такие, на которые мы можем воздействовать, т.е. они управляемые (в отличие от неуправляемых — возраст, пол, наследственность и пр.). Рассмотрим важнейшие из них.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Ее называют "безмолвным" или "тихим" убийцей, поскольку многие годы болезнь может

протекать бессимптомно. Но при этом постепенно поражаются органы-мишени: кровеносные со-суды, сердце, мозг, почки. Из всех страдающих артериальной гипертен-зией терапию получают около 50%, а адекватную терапию (т.е. стабильно поддерживающую нормальные цифры АД)— не более 10—15% больных. Оптимальным давлением с точки зрения уменьшения риска сердечно-сосудистых осложнений следует считать уровень 120/80 мм рт. ст. Повышенным считают давление 140/90 мм рт. ст. и более.

Измерять артериальное давление должен каждый человек. Однократное выявление повышенных цифр еще не является основанием для постановки диагноза "артериальная гипертензия", но требует повторных неоднократных измерений. Прежде чем измерять АД, следует минут 5 побыть в состоянии покоя. Если показатели измерения повышены, нужно его повторить через 1—2 минуты, а в течение двух последующих дней измерять кровяное давление утром и днем. Если при этом цифры АД окажутся выше нормы — это повод для дальнейшего обследования и выработки совместно с врачом тактики лечения, контроля и динамического наблюдения.

Выявление повышенных уровней АД требует тщательного обследования и оценки состояния органов-мишеней. Состояние кровеносных сосудов оценивают по изменениям сосудов сетчатки глаза (по картине глазного дна). Поражение периферических сосудов — по данным реографии, доплеровского ультразвукового исследования, ангиографии. Для оценки состояния сердца используются ЭКГ, рентгенография, УЗИ сердца. При этом выявляют признаки гипертрофии левого желудочка, диастолическую или систолическую дисфункцию сердца, признаки коронарной недостаточности. Состояние почек оцени-вается в первую очередь с помощью исследования анализов мочи, определения в плазме крови уровней мочевины и креатинина.

Имея информацию об уровнях АД, состоянии органов-мишеней, вам необходимо проанализировать наличие у себя тех факторов риска, которые отрицательно влияют на динамику здоровья при артериальной гипертензии.

ОСНОВНЫЕ факторы риска:

- мужской пол и возраст старше 55 лет;
- женский пол и возраст старше 65 лет;
- курение;
- холестерин > 6,5 ммоль/л;

- семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (у мужчин моложе 55, у женщин — 65 лет);
- сахарный диабет.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ факторы риска:

- снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП);
- повышение холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП);
- микроальбуминурия при диабете;
- нарушение толерантности к глюкозе;
- ожирение;
- малоподвижный образ жизни; повышение уровня фибриногена;
- социально-экономическая групп па риска.

Как видите, многие факторы риска одинаковы и для артериальной гипертензии, и для ИБС.

Но при артериальной гипертензии необходимо еще учитывать наличие и степень выраженности сопутствующих клинических состояний (цереброваскулярных заболеваний; поражения сердца, почек, магистральных и периферических сосудов; гипертонической ретинопатии).

Обобщение всех имеющихся данных позволяет провести распределение больных АГ по группам риска.

Низкий риск, или "риск 1" означает, что вероятность развития инсульта или инфаркта в течение 10 лет менее 15%. В данную группу относят пациентов с артериальной гипертензией 1 степени при отсутствии иных факто-ров риска, без поражения органов-мишеней и сопутствующей патологии.

Средний риск, или "риск 2": вероятность развития инфаркта или инсульта в ближайшие 10 лет состав-ляет 15—20%. Считается, что "риск 2" имеют пациенты:

- с АГ 2 ст. при отсутствии факторов риска, без поражения органов-мишеней и сопутствующей патологии;
- с АГ 1—2 ст. плюс 1—2 фактора риска (за исключением сахарного диабета).

Высокий риск, или "риск 3" приводит к развитию инфаркта или инсульта в 20—30% случаев в течение 10 лет. Данная степень риска определяется при следующих ситуациях:

- АГ 3 ст. при отсутствии факторов риска, поражения органов-мишеней и сопутствующей патологии;
- АГ 1 и 2 ст. при наличии 3 и более факторов риска и/или поражении органов-мишеней и/или при наличии сахарного диабета.

Очень высокий риск, или "риск 4" характеризуется 30%-й и выше частотой развития инфаркта и инсульта в течение 10 лет. Подобный риск свойствен следующим категориям больных:

- АГ 3 ст. в сочетании с 1 —2 факторами риска (кроме сахарного диабета);
- АГ 3 ст. при наличии 3 и более факторов риска и/или поражении органов-мишеней и/или наличии сахарного диабета;
- АГ 1—3 степеней при наличии вышеперечисленной сопутствующей патологии.

Таким образом, каждый заинтересованный в своем здоровье и качестве жизни пациент с АГ может на основании представленной информации иметь доста-точно веский мотив для по-стоянной, кропотливой ра-боты по снижению уровня артериального давления и предупреждению нарушений в органах-мишенях.

Что можно и необходимо предпринять в данной ситуации?

Независимо от уровня АД и степе-ни риска начать мероприятия по из-менению образа

жизни. А именно:

СНИЖЕНИЕ И НОРМАЛИЗАЦИЯ МАССЫ ТЕЛА. Ориентир: достижение индекса массы тела < 25 кг/м2. ИМТ рассчитывается по формуле: масса те-ла (кг) разделить на рост, возведенный в квадрат (м2). Значения ИМТ: 20—25 — норма; 25—30 — умеренное ожирение; более 30 — выраженное ожире-ние.

ОТКАЗ ОТ КУРЕНИЯ.

СНИЖЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ до уровня менее 30 г алкоголя для мужчин и 20 г для женщин в сутки.

УВЕЛИЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК (регулярные аэробные нагруз-ки по 30—40 минут не менее 4 раз в не-делю).

ПОТРЕБЛЕНИЕ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ — не более 5 г в сутки.

ИЗМЕНЕНИЕ ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ: больше растительной пищи, ме-ньше насыщенных жиров и холестери-на, достаточное потребление калия, кальция, магния.

Пациенты с риском 1 на фоне здорового образа жизни должны контролировать АД и факторы риска в течение 6—12 месяцев. Посещать врача раз в полгода, а при сохранении АД на уровне 150/90 мм рт.ст. и выше начать медикаментозную монотерапию.

При среднем риске на фоне модификации образа жизни проводится контроль АД и факторов риска в течение 3—6 месяцев, посещение врача 1 раз в квартал, в последующем — решение вопроса о медикаментозной терапии.

Наличие высокого и очень высокого риска требует немедленного начала медикаментозной терапии на фоне модификации образа жизни.

Лечение артериальной гипертензии — процесс длительный. При стойкой нормализации АД (в течение года) и соблюдении здорового образа жизни у пациентов с низким и средним риском возможно постепенное умень-шение количества или дозы принима-емых препаратов. Пациенты с высоким и очень высоким риском должны полу-чать терапию постоянно.

Целевым давлением у пациентов с высоким риском следует считать цифры < 140/90 мм рт. ст., а при наличии сахарного диабета — < 130/80.

Сегодня имеется много антигипертензивных препаратов, позволяющих достичь целевого АД при длительном и регулярном приеме. Основные группы лекарственных препаратов внесены в протоколы лечения больных АГ, утвержденные МЗ Республики Беларусь. Относительно недавно у нас в стране заре-гистрирован препарат, получивший признание во многих странах, — лизиноп-рил (диротон) производства компании Гедеон Рихтер. Этот препарат может быть использован у пациентов с сопутствующей сердечной недостаточностью. Но основное правило — никакого самолечения! Каждое лекарственное средство имеет свои показания и противопоказания, достоинства и недостатки, поэтому только врач может подобрать лечение для каждого конкретного больного.

ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЯ, ИЛИ НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО СОСТАВА ПЛАЗМЫ КРОВИ

Это следующий важнейший фактор риска для ИБС, который считается управляемым. Наиболее распространенными нарушениями являются гиперхолестеринемия —

повышение уровня общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), гипертриглицеридемия (ГТГ).

По данным Фремингемского исследования:

- лица с уровнем ОХС выше 6,72 ммоль/л заболевали ИБС в 2 раза чаще, чем лица с нормальным уровнем ХС;
- у обследованных, которые имели множественные факторы риска — гиперхолестеринемию, АГ, курение (более 10 сигарет в день) и ожирение, ИБС развивалась в 44% случаев против 9% у испытуемых без факторов риска.

Эти данные доказывают, что контроль за показателями липидного обмена является важным фактором профилактики патологии сердечно-сосудистой системы.

В организме человека холестерин присутствует в составе белково-жиро-вых(белково-липидных) комплексов — липопротеидов. Последние подразделяются на различные классы в зависимости от количества белка, холестерина, триглицеридов, жирных кислот, фосфолипидов, входящих в их состав. "Вредными" для организма классами являются ЛПНП и холестерин ЛПНП, "полезными" — ЛПВП и холестерин ЛПВП.

Уровень холестерина в зависимости от метода исследования может измеряться в миллимолях на литр (ммоль/л), миллиграмм — процентах (мг/%) или миллиграммах на децилитр (мг/дл). Последние два показателя идентичны по абсолютным значениям.

В соответствии с рекомендациями Европейского общества по изучению атеросклероза (1987г.)

- нормальным считается уровень ОХС не выше 200 мг/дл (5,2 ммоль/л);
- умеренная гиперхолестерине-мия диагностируется при уровне ОХС до 250 мг/дл (6, 5 ммоль/л);
- выраженная — при значениях 250—300 мг/дл (до 7,8 ммоль/л);
- очень высокая — ОХС > 300 мг/дл (> 7,8 ммоль/л).

Причины, способствующие высокому содержанию ХС:

- рацион с высоким содержанием насыщенных жиров и ХС;
- цирроз печени;
- плохо контролируемый сахарный диабет;
- снижение функции щитовидной железы;
- повышение функции гипофиза;
- почечная недостаточность;
- порфирия;
- наследственность.

Причины, способствующие высокому содержанию триглицеридов:

- избыточная калорийность рациона;
- острая алкогольная интоксикация.