

АЛЕКСАНДР МЯСНИКОВ

КАНДИДАТ МЕДИЦИНСКИХ НАУК,
ДОКТОР МЕДИЦИНЫ США,
ПОТОМСТВЕННЫЙ ВРАЧ



«РЖАВЧИНА»

ЧТО ДЕЛАТЬ, ЧТОБЫ СЕРДЦЕ НЕ БОЛЕЛО

- БОЛЬ В ГРУДИ: КОГДА ОБРАЩАТЬСЯ К ВРАЧУ
- ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ БЕЗ ПРЕПАРАТОВ

Александр Леонидович Мясников «Ржавчина». Что делать, чтобы сердце не болело

*Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=8658088*

*«Ржавчина» : что делать, чтобы сердце не болело / А. Л. Мясников. : Эксмо; Москва; 2015
ISBN 978-5-699-76734-2*

Аннотация

Мы все хотим быть здоровы и жить долго. Десятки миллионов россиян смотрят по телевизору, слушают в радиоэфире, читают доктора Мясникова, потому что он дает для этого ценную медицинскую информацию в понятном для нас виде. Новую книгу доктор Мясников посвятил, пожалуй, самой больной проблеме – в прямом и переносном смысле слова. Вряд ли можно быть спокойным и довольным жизнью, если у тебя болит сердце и чуть что – повышается давление.

«Десятки миллионов у нас в стране страдают артериальной гипертонией.

Десять миллионов страдают атеросклерозом сосудов сердца. Много миллионов уже перенесли инфаркт миокарда. Десятки миллионов имеют опасное сочетание факторов риска для развития гипертонии и атеросклероза.

Я написал эту книгу в первую очередь в расчете на них! Если таких потенциальных читателей будет все меньше, а здоровых людей все больше – я буду считать, что работал не зря!»

А.Л.Мясников

Читайте – и будьте здоровы!

Содержание

Предисловие	5
Глава 1. Здоровое сердце и факторы риска сосудистых заболеваний	7
1. Здоровое сердце и сосуды: как они работают?	7
2. Факторы риска	10
Глава 2. Артериальная гипертензия и гипертоническая болезнь	15
1. Арифметика артериальной гипертензии	15
2. Откуда эта напасть на нашу голову?!	18
3. органы-«мишени»	21
4. Принципы немедикаментозного и медикаментозного лечения	27
Конец ознакомительного фрагмента.	28

Александр Леонидович Мясников

«Ржавчина». Что делать, чтобы сердце не болело

Александр Леонидович Мясников – потомственный советско-российский врач, внук и полный тезка доктора, который лечил Сталина. Автор практиковал медицину в США, Африке, Франции, а сейчас он главврач крупнейшей российской больницы.

Научный редактор – *Светлана Петровна Попова*, канд. мед. наук, доцент, врач высшей категории, преподаватель кафедры Российского университета дружбы народов (РУДН)

Предисловие

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

Не то чтобы лавры деда не дают мне покоя, но спокойно созерцать, как сердечно-сосудистые болезни выкашивают самую активную и трудоспособную часть населения, я не хочу. И тут уж кто как может. Врачи-кардиологи спасают инфарктных больных, ставят стенты, борются с сердечной недостаточностью, аритмиями и стенокардией. Как практикующий врач и руководитель скорпомощной больницы делаю это и я, только наших общих «медицинских» усилий совершенно недостаточно! Атеросклероз и гипертония – враги всего человечества, и бороться с ними мы должны все вместе, от мала до велика, невзирая на профессию, пол, социальное положение!



Заметки на полях

Как-то я присутствовал на Кардиологическом конгрессе в Париже. Там же функционировала выставка медицинского оборудования, представленного ведущими фирмами. Это было как на Марсе: роботы, лазеры, мельчайшие механизмы, которые сами двигаются внутри сосуда и бурят, выжигают, воздействуют ультразвуком на атеросклеротическую бляшку – в общем, 22 век! Перспективные разработки напоминали ненаучную фантастику! И тогда у меня закралась крамольная мысль: господа ученые и бизнесмены, что бы стало с вашими транснациональными корпорациями и многомиллиардным оборотом, если бы мы все вдруг бросили курить, есть колбасу, перешли на фрукты, овощи, клетчатку, следили бы за весом, регулярно занимались физическими нагрузками? Пожалуй, накрылся бы ваш бизнес, ведь количество сердечных больных снизилось бы многократно!

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

нимать лекарства, когда можно заподозрить притаившуюся болезнь и алгоритм действий при ее проявлении. Главное помнить: атеросклероз и гипертонию победят не врачи – победите вы! Если возьмемся всем Миром, когда развернем лицом к нам (а не к куче долларов!) пищевую и фармакологическую промышленности, когда будем ответственно относиться к Стране, чье основное богатство – наше здоровье. И к своим правнукам, которых мы сегодня совершенно несправедливо и неоправданно лишаем возможности видеть нас вживую, а не на истертых фотографиях! Ну что, начинаем?

Глава 1. Здоровое сердце и факторы риска сосудистых заболеваний

1. Здоровое сердце и сосуды: как они работают?

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

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

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

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



Заметки на полях

Кстати о водопроводчиках, пока вы не заснули на этой вводной лекции! Студентом присутствую на ортопедической операции. Переломанное бедро было сращено при помощи специального штифта – такого металлического стержня. И вот ныне пришло время вынимать этот штырь: все уже срослось, и он больше не нужен. Если его не вынуть – кость в этом месте разрезается и становится слабой. Вот вы постоянно спрашиваете: «Стоит ли вынимать?» Стоит! В данном случае что – то не заладилось: как доктора

ни старались, штырь выходить не желал! Хирурги уже израсходовали весь свой арсенал инструментов, да и словарный запас, стояли взмокшие, злые. И тут главный говорит: «Тут утром водопроводчики работали, вроде где-то их чемоданчик еще валяется!» И правда – приносят обшарпанный чемоданчик и достают оттуда слесарные инструменты: огромные, уродливые по сравнению с изящными хирургическими, в пятнах ржавчины и солидола! Хирург прикинул в руке массивный водопроводный разводной ключ и удовлетворенно кивнул: «Подойдет!» Разводной ключ погрузили в стерилизационный шкаф (или что тогда было: помню металлическое корытце под крышкой, в котором кипела вода), вскоре достали – и закипела работа! Что вы думаете? Штырь достали, больной вскоре выписался, так и не узнав, что благополучному исходу операции он обязан водопроводчикам, которые пошли опохмелиться, забыв чемоданчик со своими рабочими инструментами в подходящем месте!

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

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



Заметки на полях

Когда мой дед получил престижную международную премию «Золотой стетоскоп», мы, члены семьи, ждали, что он вернется из Парижа именно со стетоскопом – монолитной трубкой из чистого золота! И помню разочарование, когда дед достал фонендоскоп – толстые резиновые трубки, и лишь миниатюрная головка из золота! (Сейчас он в Историческом музее.)

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

Собственно первичное поражение сердца – мышцы, клапанов – встречается относительно редко: вирусные миокардиты, ревматизм, кардиомиопатии различного происхождения, инфекции... Когда мы говорим о нарастающей эпидемии сердечных болезней, мы подразумеваем поражение именно сосудов, в частности и тех сосудов, которые питают сердечную мышцу. Действительно, сосуды, те, по которым насыщенная кислородом кровь от сердца разносится по всем органам и тканям, называются артериями. Вот это наиболее уязвимое место! Это не просто трубочки, по которым течет кровь! (Так с очень большой натяжкой можно еще сказать про вены – сосуды, которые собирают отдавшую кислород и питательные вещества кровь от органов и тканей, и по которым она идет на «дозаправку» в легкие.) Артерии – это самостоятельный орган, внутренние стенки которых (эндотелий) вырабатывают множество биологически активных веществ, влияющих на кровоток и тромбообразование. Множество километров (!!!) артерий, пронизывающих наш организм, обладают саморегуляцией и вместе с нашей нервной системой и гормонами обеспечивают бесперебойное кровоснабжение тканей в постоянно меняющихся условиях. Бесперебойное до тех пор, пока за дело не возьмемся мы... Вооруженные ложками и вилками, с артоподготовкой десятками сигарет и вдохновленные идеологией: «Да чего там, ерунда все это! Один раз живем!», мы ведем позиционную (позиция – лежа на диване) войну против сложнейшего и совершеннейшего механизма! Для профессионала, который знает чудо происходящих в артериях процессов – это подобно тому, как наблюдать за вандалом, кромсающим ножом полотно Боттичелли!

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

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

Вообще регуляция кровоснабжения – сложнейшая и наиважнейшая вещь! Возьмем артериальное давление. Его регулируют барорецепторы шеи, гормоны почек, специальные структуры нашего мозга.

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

2. Факторы риска

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



Заметки на полях

Как-то мой друг, известный бизнесмен, попал с тяжелым инфарктом в кардиоцентр. А ведь я ему всегда говорил: хватит уже курить, вылезь уже из-за своего стола, ходи пешком, пирожные эти ограничь, что ли... Из реанимации его перевели в двухместную палату. Обычная практика на Западе, где нет дефицита одноместных палат: «инфарктники» – люди ненадежные, мониторы – мониторами, а так один за другим наблюдает. Я его навестил и говорю: «Ну что? Доигрался?» Он мне в ответ, показывая на соседа: «Вот, посмотри, парень младше меня, никогда не курил, тренер по футболу, а инфаркт у него точно такой же, как у меня, и даже получили в один день!» Все правда, бывает и так. Огромную роль в развитии практически всех заболеваний играет наследственность. Отсюда это вечное: «дядя Вася всю жизнь пил, курил махорку и до 90 дожил!» Повезло дяде Васе с наследственностью, а в своей вы уверены? Можно, конечно, определить генотип, просчитать заложенные риски, но это все-таки для нас еще неблизкое будущее.

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

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

К – У – Р – Е – Н – И – Е!!! Что – в зубах навязло? Понимаю, уж мне – то как навязло! Но что делать: уже с математической точностью доказано, что хроническое курение сигарет провоцирует атеросклеротическое поражение артерий! Вот марихуана не провоцирует (там свои тяжкие проблемы), а сигаретный табак провоцирует. Трубка и сигары не провоцируют, эти только рак вызывают: полости рта, носоглотки, миндалин, легких. А вот сигареты – и рак легких в большом количестве, и инфаркты с инсультами... Вот как-то так. Кстати, там не только никотин, бензол и смолы: угарный газ, образующийся при курении, намертво связывается с гемоглобином и образует соединение, кислород переносить не способное (собственно, для чего гемоглобин и нужен). Как бы мы ни кричали, что нас ущемляют, запрещая курить там, где мы хотим, посмотрите на данные европейских стран: запретили и уже всего через год кривая инфарктов резко пошла вниз! И все эти: с фильтром, без фильтра, облегченные, без никотина, – все уловки табачных компаний, не работает это, ничего курить нельзя!

Понятно, что, если раз в год выпил хорошего коньяка и под интересный разговор затянулся сигарой или трубкой, то ничего не будет, я не ханжа, но хроническое курение – один из наиболее опасных болезнетворных факторов практически во всех областях медицины!

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

Повышенный холестерин. То, что забивает наши сосуды, липнет к их стенкам, препятствует кровотоку. Без холестерина жить нельзя: из него, как кирпичи из глины, делаются основные гормоны нашего организма. Поэтому он вырабатывается печенью и другими органами для обеспечения жизнедеятельности. Лишь 20 % холестерина поступает в организм извне. Но мы же упорные! Генетика, воспалительные процессы подстегивают выработку холестерина, а мы еще и сверху с горкой добавим! Так добавим, что перестроим весь энергетический баланс, добьемся устойчивости к инсулину, окунемся в этот атеросклероз – «ржавчиной жизни» его называют!

Холестерин можно разделить на «плохой» – его называют холестерином низкой плотности и «хороший» – этот высокой плотности. «Плохой» холестерин как раз тот, что откладывается в сосудах, «хороший», наоборот, транспортирует «плохой» в печень на уничтожение и тем самым очищает сосуды! Так что здоровый человек должен не только иметь низкий уровень «плохого» холестерина, но и высокий уровень «хорошего». Повышают уровень «хорошего» холестерина (высокой плотности, напоминая) лекарства-статины, физическая нагрузка и малые дозы алкоголя. Вот почему кардиологи не возражают против умеренного потребления вина! Умеренное – это один бокал в день для женщин и два – для мужчин. Когда вам выдают анализ на руки, вы в правом столбце можете видеть границы нормы, приведенные там для ориентации. Только вот для ориентации кого? Врач должен это знать назубок, а если в чем не уверен, то читать надо совсем другие тексты. А пациента эти референсные цифры в случае параметров холестеринового обмена могут ввести (и вводят!) в заблуждение! Дело в том, что единой нормы показателей холестеринового обмена для всех нет! Знали об этом? Например, значения «плохого» холестерина низкой плотности в 4 ммоль/л могут быть нормальными для человека 35 лет, без избыточного веса и никогда не курившего, а притом для другого – курильщика с повышенным давлением, а то и сахаром – это будет уже значениями, которые уже нужно корректировать лекарствами! Ну а если такие величины наблюдаются у пациента с уже установленной стенокардией или диабетом, тут они и вовсе рассматриваются как угрожающие и должны лечиться особенно агрессивно! То есть норма у каждого своя, она зависит от наличия и степени выраженности других факторов риска. Поэтому при одних и тех же показателях одному пациенту показано просто наблюдение, другому – диета, а третьему уже лекарственная терапия.

Если вы здоровый человек и пришли на очередную диспансеризацию, то вам должны определить уровень общего холестерина и «хороший» холестерин высокой плотности. Дело в том, что уровень «плохого» холестерина низкой плотности обычно не определяется и рассчитывается при наличии других факторов риска. Именно рассчитывается по формуле, а не определяется лабораторно: этого, как правило, достаточно. В формуле рассматривается и величины триглицеридов: совсем легкие жиры («пена»!), до последнего времени считалось, что решающего значения в развитии коронарного атеросклероза они не имеют, хотя избыточное их количество тоже ничего хорошего не приносит: взять хотя бы панкреатиты! Сегодня на скамью обвиняемых в угрозе нашему сердцу посадили и их, однако пока не ясно: приводит ли их снижение к параллельному снижению рисков.

Еще одним серьезным фактором риска для развития атеросклероза является артериальная гипертензия. Это два очень сходных по патогенезу заболевания: мой дедушка – ака-

демик даже высказывал мысль, что это одна болезнь, которая может проявляться двояко! Подробно об этом мы поговорим в соответствующей главе.

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

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

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



Заметки на полях

Большинство из нас любит кошек. Многие знают, что с ними связана такая инфекция как токсоплазмоз. Действительно, для паразита, который зовется «токсоплазма гонди», кошачий организм необходим для полного жизненного цикла. Только основной источник заражения для человека –

это не кошки! Кошка, заразившись токсоплазмозом, выделяет его только первые 3 недели и никогда позже. При этом ее физиологические выделения становятся заразными только через сутки – поэтому, если менять лоток каждый день, опасности заражения нет. Как нет ее и от кошек на сухом корме и кошачьих консервах. Но мириады кошек по Земле, каждая по 3 недели, выделяют токсоплазму – на землю, траву, разносится с водой... Тут коровы и овцы травку жуют, птички клюют, водой овощи и фрукты поливают... И получается, что основной источник – плохо прожаренное мясо, непастеризованное молоко и немытые овощи. Но в основном мясо! Хотите есть «с кровью» – заморозьте мясо предварительно на несколько суток! Токсоплазма, проникнув через продукты питания в человеческий организм, остается в нем уже навсегда! Обычно нашего иммунитета хватает, чтобы подавить всякую ее активность и не заболеть. Но вот что тут интересно: появились работы, указывающие на возможность влияния токсоплазмы на ПОВЕДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА! Сначала были эксперименты с мышами: зараженные токсоплазмой они убегали от кошек очень вяло и гораздо чаще становились их добычей, чем незараженные собратья! Потом появилось несколько больших исследований психологов: тысячи людей заполняли обширнейшие опросники, которые потом обрабатывались, и оказалось, что поведение и даже черты характера у носителей токсоплазмоза и у тех, кто от него свободен, заметно отличаются! А раз так, раз носительство токсоплазмоза может менять поведение человека, то осмелюсь высказать предположение: может быть мы любим кошек не за то, что они такие нежные и пушистые?! Может, токсоплазмы кошке жизненно необходимы, и она таким образом обеспечивает свое будущее? Может, это не любовь, а проявление инфекционной болезни?

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

Недавно врачи специально сфокусировали внимание на том, что мы недооцениваем роль овощей, фруктов и клетчатки в предотвращении многих заболеваний, особенно сердечных. Теперь в перечень факторов риска вошло **низкое потребление овощей и фруктов**. Напомню: нормальное количество овощей и фруктов, которые каждый человек должен употреблять ежедневно – по 500 граммов в день и того, и другого. Это не опечатка: по полкило фруктов и полкило овощей ежедневно. Если меньше – ваше сердце под угрозой!

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

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

В результате и здесь мы в большом проигрыше. Мало того, что несем огромные безвозвратные потери от алкоголизма, еще и увеличиваем риски сердечно-сосудистых заболе-

ваний тем, что не можем себе позволить регулярного употребления малых доз алкоголя. Ведь в перечислении факторов риска есть и такой пункт.

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

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

1. Не курить.
2. Быть физически активным.
3. Иметь нормальный холестерин.
4. Нормальный сахар.
5. Нормальное артериальное давление.
6. Нормальный вес.
7. Соблюдать принципы здорового питания.

Правда же, все очень просто?

Глава 2. Артериальная гипертония и гипертоническая болезнь

1. Арифметика артериальной гипертонии

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

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

А вот и нет! По настоянию Американского общества по изучению артериальной гипертонии 120/80 сегодня рассматриваются уже как «пред-гипертония» и требует изменения образа жизни!

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

Нормальное АД – 119/79 и ниже
«Предгипертония» – 120/80–139/89
Гипертония – 140/90 и выше
Гипертония 1 степени – 140/90–159/99
Гипертония 2 степени – 160/100–179/109
Гипертония 3 степени – 180/110 и выше.

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

119/79 – оптимальное АД
120/80–129/84 – нормальное АД
130/85–139/89 – «высоко нормальное» АД
140/90 и выше – гипертония.

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

Часто можно видеть разницу в величинах АД при измерении на разных руках. Обычно эта разница менее 10 мм рт. ст. и ни о чем она не говорит. Разница в 15 мм рт. ст. может быть признаком стеноза подключичной артерии. Только может, совершенно не обязательно! Как правило, это отражает погрешности измерения, особенно электронными приборами. По правилам АД измеряется три раза с интервалом между измерениями в 5 минут, для достижения максимального покоя. Конечно, никто таких правил не соблюдает.

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

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

В первом случае цифры АД будут: «верхнее» 140 и больше при «нижнем» менее 90 мм рт. ст. Такой вариант часто встречается в старости. Одно время это рассматривалось чуть ли не как «норма» для лиц пожилого возраста, дескать, если снижать – они начинают плохо себя чувствовать. Однако впоследствии медицинская статистика показала, что пожилые люди с неконтролируемой изолированной систолической гипертензией значительно чаще подвержены инфарктам и инсультам, поэтому ее надо лечить.

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

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

До 40 % людей с повышенным АД имеют СКРЫТУЮ гипертензию. Они ничего не чувствуют, при обычном измерении в поликлинике цифры АД совершенно нормальны и казалось бы: живи и радуйся! Однако оказалось, что если на таких людей надеть монитор, который записывает показатели АД в течение суток или двух днем и ночью – у 20–40 % этих пациентов показатели будут отличаться от нормальных! И это имеет клиническое значение: риск инфарктов у таких людей значительно выше среднего! Обратный вариант: «гипертензия при виде белого халата». («Дома меряю – все хорошо, прихожу в поликлинику – повышенное!») Поэтому сегодня всех лиц с подозрением на артериальную гипертензию посылают на суточное (холтеровское) мониторирование. Там своя арифметика, ведь АД подвержено так называемым «циркадным» ритмам и в норме колеблется в течение дня. Ночью ниже, днем выше... По результатам суточного мониторирования результаты интерпретируются:

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

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

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

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

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

2. Откуда эта напасть на нашу голову?!

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

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

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

Начальство, не разобравшись, орет и унижает, кулаки сжимаются, выброс гормонов пошел, сосуды сузились, сердце забилося... и ничего! Сглотнул, повернулся и ушел... Вот дал бы с правой, давление, глядишь, и опустилось, а так оно и остается повышенным. Все ждет: может, еще передумаешь, может, вернешься в кабинет... А тут жена позвонила («так сумочка понравилась, ну и не удержалась!»), и этот... из второго ряда нагло поворачивает! Сосудам просто некогда расслабиться, эмоции в нашем обществе сегодня не выплеснуть, вот гипертония и закрепляется, теперь барорецепторы воспринимают этот стабильно повышенный уровень АД как нормальный (помните?) и пошло-поехало!

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

Сегодня на западе тот термин сменился на «первичную гипертонию», что можно считать синонимом «гипертонической болезни».

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

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

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

Мы, россияне, находимся в особенно неблагоприятных условиях. С детства, привыкнув ко всему соленому, мы не представляем себе трапезы без солонки на столе! Что мы

делаем, когда жена (муж, официант) ставит перед нами тарелку с супом? Правильно: не пробуя, протягиваем руку к солонке и солим, солим... Какой напиток заканчивается на борту Аэрофлота самым первым? Верно – томатный сок, содержащий огромное количество соли (а дома мы его еще и подсаливаем!) Кто помнит, как томатный сок раньше продавали на каждом углу, тот подтвердит, что рядом со стаканами стояла солонка с ложкой и банка с мутно-розовой водой, чтобы в ней эту ложку споласкивать, при передаче другому. Мы потребляем соли больше, чем кто-то другой на планете – 12 граммов поваренной соли в день на душу населения. А приемлемой нормой является – сколько бы вы думали? – 6 граммов или одна чайная ложка в день. Это соответствует 2,3 граммам натрия, который составляет 40 % от общего количества поваренной соли. Это максимум для здорового человека, который хочет им оставаться им и дальше!

А если у вас:

1. Возраст 51 год и старше
2. Повышенное АД
3. Диабет
4. Болезни почек
5. Болезни сердца и сосудов,

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

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

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

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

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

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

1. Выбросить солонку и не покупать соль! Звучит жестко, не правда ли? Так на войне за свое здоровье как на войне! А la guerre com a la guerre!
2. Упор на овощи и фрукты. Напоминаю: по полкило в день того и другого! Мало натрия, много клетчатки: сплошная польза!
3. Избегать заведений «фаст-фуд».

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

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

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

В 40 % случаев повышение АД гипертонической болезнью не является, а служит проявлением какой-то другой патологии: нефритов и других болезней почек, волчанки, диабета, сужения почечных сосудов, всевозможных эндокринных патологий щитовидная железа, надпочечники и др.

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

Вторичный или симптоматический характер гипертонии можно заподозрить при возникновении устойчивого повышения АД у молодых (до 30 лет), при наличии резистентной, устойчивой к лечению, гипертонии; при внезапном изменении курса течения болезни. Например, умеренная гипертония уже годами – 150–160/ 90–100 мм рт. ст. на лечении, и вдруг пошло – 199–200/110–115 и не падает, таблетки уже горстями!

Значит, на фоне умеренной гипертонической болезни где-то в сосудах почек «села» атеросклеротическая бляшка – помните, что атеросклероз и гипертония ходят парой? Крови к почке стало притекать меньше через суженный сосуд, а у почки разговор короткий: снизилась перфузия? Срочно выброс гормонов и биологически активных веществ и повышаем давление, пока доставка крови не восстановится! И ничего тут ей не противопоставишь: у почки – «крупновские пушки», у врачей – «кремневые пистолеты», тут пока этот стеноз не выявишь и не уберешь – мало что можно сделать!

3. органы-«мишени»

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

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

Дело в том, что связь этих симптомов именно с артериальной гипертонией очень не четкая. Все эти же симптомы могут наблюдаться и при нормальном давлении. Как правило, гипертоническая болезнь развивается у пациентов с сочетанием факторов риска. Например, это люди в возрасте около 50 лет, с избыточным весом, малоподвижные, неправильно питающиеся... То есть вырисовывается портрет человека, который и при нормальном давлении, как правило, мучается головными болями, фибромиалгией, диспепсией, депрессиями. Болит голова – померили давление и оно повышено. «Вот!» – говорите вы, – «так и знал! Надо выпить таблетку». Но ведь, согласитесь, бывает и так – голова раскалывается, померили давление, и странно – оно нормальное! «Значит, погода», – говорите вы. – «Наверное, АД было повышено, а сейчас упало!» Те, кто носил на себе сутки монитор для измерения АД: посмотрите дневник, который вы должны были вести, записывая свое самочувствие и активность. Насколько эпизоды головной боли коррелируют с цифрами АД? Вот то-то же! Давайте зайдем с другой стороны: взглянем не на гипертоническую болезнь, а на вторичную, симптоматическую гипертонию. Там в результате проблем с почками или эндокринными железами АД повышается до высоких цифр. И встречается это в основном у молодых людей без выраженных факторов риска. Не успели нарастить животик и испортить себе костно-мышечную и нервную системы! Любой врач скажет вам, что характерным для этого типа гипертонии является именно бессимптомность течения гипертонии. Более того, иногда именно сочетание отсутствия симптомов и наличия гипертонии заставляет врача искать причину, другую, чем гипертоническая болезнь! Но тот же врач на жалобы про головную боль, головокружение и тошноту скажет: «Ну что же вы хотите? У вас же повышено давление!» И не замечает, что логически здесь вывода может быть только два: или эти симптомы свойственны гипертонической болезни самой по себе, а не повышенному давлению (что тупик, ибо единственным проявлением гипертонической болезни является первичная артериальная гипертония), или имеется наложение симптоматики других состояний на бессимптомную артериальную гипертонию! Вот именно второй вариант я и пытаюсь вам растолковать.

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

что это уже предгипертония, а значит, довольно большой шанс развиваться в настоящую гипертонию, чего мы и не хотим пропустить!

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

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

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

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

Ишемические инсульты (когда тромб закупоривает одну из мозговых артерий), кровоизлияния в мозг (когда сосуд не выдерживает повышенного давления изнутри), разрывы аневризм: вот невеселый преискурнт, который артериальная гипертония предлагает тем, кто плохо контролирует свое АД...

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

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

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

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



Заметки на полях

Мы все, даже люди с нормальным давлением, хорошо знакомы с понятием «гипертонический криз». Вместе с тем, работая в Америке, я сталкивался с этой ситуацией на порядок реже. Частый диагноз наших больниц – «гипертоническая болезнь кризового течения» не признается нигде в мире и вот почему. Это не болезнь протекает с кризами, это мы не умеем (врачи) и не хотим (пациенты) так контролировать АД, чтобы оно не прорывалось за цифры 180/110–120, когда подобные кризы и случаются. Когда нам не удастся выстроить грамотную схему лечения или пациент, по какой-то причине, перестает ей следовать («лекарства кончилось, а рецепта нет, пошел к участковому, а он выписал другое», и проч., и проч.). Неконтролируемый более подъем АД приводит к «пропотеванию», «подтеканию» плазмы крови сквозь сосудистую стенку. И, как результат, к отеку головного мозга. И вот нарастающая головная боль, тошнота, рвота, все может закончиться судорогами и даже смертью! Грамотный термин, отражающий это состояние – «гипертоническая энцефалопатия». Требуется немедленного врачебного вмешательства, проведения КТ или МРТ головного мозга, чтобы исключить инсульт. Снижать АД в такой ситуации следует с осторожностью, диастолическое (нижнее) не ниже 100–105 мм рт. ст. за 4–6 часов. Это важно!

Ведь что делает гипертоник при кризе? Да что там гипертоник? Врач «Скорой помощи»! Дает разжевать таблетку «Коринфара». Знакомо, не правда ли? Так вот, делать этого нельзя КАТЕГОРИЧЕСКИ! Давление может упасть очень быстро, и дело закончится инсультом или инфарктом. Именно поэтому сегодня нигде в мире нельзя купить «Коринфар» быстрого действия дозой 10 мг. Там используется «Коринфар» пролонгированного, длительного действия дозой 20 мг и выше. А у нас есть! К сожалению, вот еще один пример «Русской рулетки». Помогло – «молодцы врачи, спасли, быстро купировали криз!» Больного парализовало или умер – «сделали, что могли, но случай был тяжелый и вызвали поздно...» Помните, гипертонический криз – это угрожающее жизни состояние, которое требует профессиональной медицинской помощи! У врачей в арсенале, в принципе, есть средства, позволяющие «на игле» контролировать уровень снижения АД, и пошаговые протоколы действия в подобных ситуациях. Осталось обучить, снабдить, проконтролировать... Не отдельных врачей и их бригады, а поголовно всех! Не поверите, у нас в методических рекомендациях для врачей «Скорой» до сих пор «Коринфар» под язык! Ведь уже в конце 80-х годов тогда Всесоюзный еще кардиологический центр писал об опасности такого подхода! Кто у нас вообще следит за обновлением ветхих методических рекомендаций?



Заметки на полях

Приходит ко мне командир спецназа, не вылезающий из командировок по многочисленным «горячим точкам» нашей многострадальной Родины. Сам неоднократно раненый, со мной делится: «Доктор, о чем вы говорите? У нас из укладок изъяли шприц-тюбик с «Промедолом». Как же, наркотик ведь! А то, что это единственный способ избежать болевого шока при пулевом ранении, никого не волнует! Говорят – используйте другие аналгетики. Вот найти бы того, кто это придумал, и плечо ему прострелить! А потом таблетку анальгина дать, чтобы прочувствовал!» Я не злой человек, но иногда думаю: а если к маме того чиновника Минздрава, который должен проверять соответствие рекомендаций современным позициям, придет врач, который будет следовать им, и в результате случится беда, как он будет себя чувствовать? Только боюсь, не поймет он причинно-следственную связь, на врача и свалит!

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

Вообще, исследование глазного дна является обязательным для любого гипертоника. Давность заболевания, склонность к прогрессированию и осложнениям, особенности течения – все это грамотный врач увидит на глазном дне! Причем не только офтальмолог! Приглядитесь как-нибудь к врачу из какого-либо американского фильма: там часто в боевых кадрах показывают приемное отделение госпиталя. У него из кармана халата будет торчать головка офтальмоскопа – приборчика для исследования глазного дна. Там ЛЮБОЙ врач обязан иметь его с собой и уметь им пользоваться! Просто не поймут, если при заполнении истории болезни ты поставишь в графе «глазное дно» прочерк или напишешь: «отправил к офтальмологу». Старший врач не рассердится, не накричит – просто не поймет. Я до сих пор помню недоуменное лицо заведующего приемным покоем Нью-Йоркского госпиталя, когда он указал мне пальцем в пустую графу. Вначале он подумал, что я еще работаю первые дни и не обзавелся офтальмоскопом, и протянул мне свой. Я промолчал, что не умею им пользоваться, но когда он увидел, как я его кручу и трясу, пытаюсь включить лампочку, вот тут его лицо и вытянулось!



Заметки на полях

Что носят с собой студенты-медики старших курсов и интерны в кармане? Наши – понятно: сигареты, зажигалку, телефон, ручку, мелочь, платок, а девушки еще зеркальце и пробник духов. Что в карманах у их сверстников и коллег в Америке? Офтальмоскоп. Причем свой, купленный за кровные 300\$! Еще отоскоп – стоит немного дешевле, похож на крупную

ручку, – смотреть каждому пациенту в ухо, как и на глазное дно, совершенно обязательно! Фонарик – как без него смотреть горло? Калькулятор. Когда в первые дни интернатуры меня спросили, где мой калькулятор, я только хмыкнул и – до сих пор стыдно! – сказал, что врач – это не бухгалтер... Потом увидел многоэтажные уравнения «коэффициента экскреции натрия», кислотно-щелочного баланса, расчет препаратов, вводимых в миллиграммах на килограмм веса в минуту, то понял, что тут без стетоскопа еще можно обойтись, а без калькулятора – нет! Ну, стетоскоп – это то, что весит на шее, а в кармане интерна еще обязательно должны быть тест-полоска и проявитель для определения в кале скрытой крови! Ректальное исследование является важнейшей частью общего осмотра и проводится любому поступившему больному. К примеру, 50 % опухолей прямой кишки располагаются на расстоянии, достижимом пальцем. На перчатке обычно остаются частички кала, вот их и надо протестировать на наличие скрытой крови – очень чувствительный, хоть и мало специфичный тест для выявления патологии желудочно-кишечного тракта, включая онкологию! Эти тест-полоски и пузырьки с проявителем очень маленькие и постоянно куда-то исчезают, поэтому каждый врач носит их с собой в кармане! Но основное место там принадлежит «карманной библии интерна» – универсальному справочнику по внутренним болезням, содержащему алгоритмы поведения во всех возможных ситуациях. Даже если все знаешь – лишний раз перепроверить пойдет только на пользу и врачу, и пациенту! Будучи главным врачом Американского медицинского центра в Москве, я прибил гвоздик на косяк двери при выходе из ординаторской и повесил на него справочник по применению антибиотиков на цепочке (чтобы не увели!). И приказал – каждый раз, выходя из ординаторской к пациенту, открывать его (даже если в себе уверен!), и перепроверять себя! Так вот, даже сейчас, по прошествии лет, те доктора, которые тогда со мной работали, разбираются в рациональной антибиотикотерапии на уровне экспертов!

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

И, конечно же, для почек! Нелеченные гипертония и диабет – вот два основных «поставщика» больных в диализные центры! Причем гипертоников там даже больше... Либо годами не леченная артериальная гипертония иссушает почки, они сморщиваются и перестают работать (это не фигура речи, «сморщенная почка» – медицинский термин!), либо болезнь течет настолько агрессивно, злокачественно, что органы-мишени, и особенно почки, страдают с самого начала! Иногда бывает трудно определить в такой ситуации, что первично. Злокачественная гипертония, подавившая собой почки, или болезнь почек, приведшая к развитию резкого повышения давления? Часто это имеет уже лишь теоретический интерес, так как все, что остается – интенсивно снижать давление, чтобы предотвратить дальнейшее поражение органов-мишеней.

Я когда-то занимался исследованием высокой артериальной гипертонии, резистентной (устойчивой) к терапии. Со всего СССР к нам во Всесоюзный кардиологический научный центр съезжались гипертоники, которым врачи не могли контролировать АД. По определению гипертония считается резистентной, если для ее лечения применяется комбинация трех

препаратов и применяется неуспешно. И мы столкнулись с ситуацией, что истинная резистентность встречается крайне редко! Как только начинаешь давать такому пациенту правильно подобранные препараты в продуманных комбинациях и дозах – казалось бы, резистентная до этого гипертония начинает уходить. Это приносило нам, аспирантам, немало трудностей: за пациентов мы, конечно, рады, но материалы для диссертации откуда-то брать надо! Но с тех пор опыт врача говорит одно: в подавляющем числе случаев уровень АД можно держать в узде, если правильно соблюдать принципы лечения артериальной гипертонии.

4. Принципы немедикаментозного и медикаментозного лечения

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

Вопрос № 1: кого лечить?

Вопрос № 2: как сильно понижать АД?

Вопрос № 3: с чего начинать?

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

Крайне редко встречается гипертония, устойчивая к усилиям по ее лечению. Правильно подобранная комбинация препаратов исправляет ситуацию.

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

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.