Автор: Е.Трисветова, д.м.н., профессор кафедры военно-полевой терапии БГМУ



Последние годы прошлого столетия были отмечены значительными успехами в изучении механизмов развития **ишемической болезни сердца**, а также созданием новых лекарственных препаратов для ее лечения и предупреждения. Вместе с тем данные экономически развитых стран свидетельствуют об увеличении заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. По данным ВОЗ, причиной ухода из жизни каждого второго человека являются именно недуги сердца и сосудов. При этом основная доля смертельных исходов в результате ИБС приходится на инфаркт миокарда и его осложнения.

Инфаркт миокарда — это острое заболевание, обусловленное развитием очагов некроза (омертвения) в сердечной мышце, возникших в результате нарушения кровоснабжения участка миокарда. Просвет коронарных артерий — сосудов, кровоснабжающих сердце, — изменяется под влиянием многих факторов. Наиболее частой причиной их поражения является **атеросклероз**. При атеросклерозе артерии постепенно становятся менее эластичными в результате уплотнения стенок отложениями, которые в местах их скопления называются атеросклеротическими бляшками. Просвет сосуда суживается, и поступление крови к миокарду уменьшается или прекращается.

К тому же атеросклеротическая бляшка, суживающая просвет сосуда, создает условия для образования в коронарной артерии кровяного сгустка — тромба. Это означает, что поступление крови к соответствующему участку сердца значительно уменьшается либо внезапно прекращается.

Через 15—20 минут после прекращения кровотока клетки сердечной мышцы в зоне ишемии начинают гибнуть, а через 6—8 часов зона мертвеет — развивается инфаркт миокарда. Инфаркт миокарда проявляется различными нарушениями сердечной дея-тельности и многообразием клинических симптомов.

Главная причина болезни — атеросклероз, который с возрастом развивается почти у

каждого человека. Однако существуют обстоятельства жизни, при которых вероятность заболеть наиболее высока. Одни из них зависят от нас и даже создаются нами — питанием, образом жизни, вредными при-вычками. Другие не зависят, это так называемые немодифицируемые факторы риска. К этой группе причин относятся пол, возраст, наследственность, семейный анамнез.

Модифицируемые причины составляют другую группу, в которую входят:

- курение;
- нарушения липидного обмена;
- артериальная гипертензия;
- сахарный диабет;
- абдоминальное ожирение;
- психосоциальные факторы (стресс, депрессия);
- малоподвижный образ жизни;
- нерациональное питание (малое потребление фруктов и овощей, злоупотребление алкоголем и пр.).

Наличие хотя бы одного из этих факторов реально повышает риск развития инфаркта миокарда. Причем присоединение каждого дополнительного фактора риска увеличивает вероятность заболеть в геометрической прогрессии.

Инфаркт миокарда часто наблюдается у мужчин старше 50 лет, у женщин — после 60 лет. Однако и в молодом возрасте (30—40 лет) также могут возникать нарушения коронарного кровотока и некроз мышцы сердца. У жителей больших городов инфаркт миокарда регистрируется значительно чаще, чем в сельской местности.

В крупных международных исследованиях установлено, что 9 легко измеряемых факторов определяют более 90% риска инфаркта миокарда. Отсюда вывод: устранение известных факторов риска потенциально способно преду-предить большинство случаев преждевременного инфаркта миокарда.

КУРЕНИЕ. Существует доказанная связь между курением и инфарктом миокарда, однако разные группы курильщиков имеют различные уровни риска. Более уязвимы курящие с повышенным артериальным давлением либо страдающие сахарным диабетом.

Курение и повышенное давление, а также нарушения углеводного обмена оказывают синергическое, т.е. взаимно усиливающее воздействие на риск развития инфаркта миокарда. У таких пациентов инфаркт миокарда возникает в 2,5—3 раза чаще по сравнению с некурящими.

НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА являются одной из основных причин развития атеросклероза. Кардиологи всего мира придерживаются мнения, что каждый человек старше 20 лет должен знать свой уровень холе-стерина.

Оптимальные значения липидных параметров плазмы крови представлены в Европейских рекомендациях 2003 г.:

- общий холестерин — < 5,0 ммоль/л;
- липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) — < 3,0 ммоль/л.

Для других показателей липидного обмена указаны уровни, на которые необходимо ориентироваться:

- липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) — > 1,0 ммоль/л у мужчин и > 1,2 ммоль/л у женщин;
- триглицериды — < 1,77 ммоль/л.

Увеличение показателей холестерина и ЛПНП выше названных значений свидетельствует о риске развития атеросклероза и тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний. Снижение общего холестерина и ЛПНП достигается изменением образа жизни, отказом от курения, диетическим питанием, приемом лекарственных препаратов.

Основные требования липиднормализующей диеты предусматривают снижение потребления жира до 30% от общего количества потребляемых калорий (2000 ккал в сутки); замену большей части животных жиров раститель-ными маслами (оптимальное соотно-шение 1:3); снижение потребления холестерина до 300 мг в день; увеличение в рационе морской рыбы, растительных волокон, продуктов из цельных злаков, овощей, фруктов, богатых естественными антиоксидантами и витаминами.

Соблюдение диеты позволяет снизить уровень холестерина на 10—12%.

Если в течение 6—8 недель диетический режим не дал желаемого эффекта, лечащий врач рекомендует медикаментозную терапию. Основными препаратами для лечения нарушений липидного обмена являются статины. Препараты группы статинов снижают холестерин на 20—40%, ЛПНП — на 20—60%, повышают уровень ЛПВП на 10—15%. Длительное (не менее 5 лет) применение статинов снижает частоту смертельных исходов от ишемической болезни сердца и других сердечно-сосудистых заболеваний на 25—40%. В последние годы доказано, что статины, кроме гиполипидемического действия, обладают плейотропным эффектом, т.е. положительно влияют на состояние сосудистой стенки. Лечение статинами уменьшает склонность коронарных артерий к спастическим реакциям, а также препятствует тому, чтобы атеро-склеротические бляшки отрывались от стенки сосудов и пускались в опасное для жизни человека путешествие по кровеносному руслу.

Группа статинов немногочисленна, она включает аторвастатин (липримар), ловастатин (мевакор, липрокс, холетар), правастатин (липостат), симвастатин (зокор, вазилип), флувастатин (лескол).

Статины применяют для первичной профилактики ишемической болезни сердца у лиц с высоким риском развития коронарного атеросклероза и по-вышенным уровнем ЛПНП. Кроме того, доказана эффективность статинов при проведении вторичной профилактики у людей, страдающих ишемической болезнью сердца.

ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС. Обычно при нормализации массы тела снижается и уровень холестерина, происходят другие положительные изменения в организме. Индекс массы тела (ИМТ)* не должен превышать 25 кг/м2. Оптимальным является величина в пределах 18,5—24,9 кг/м2.

Избыточный вес (ИМТ более 25 кг/м2) способствует не только увеличению содержания в крови холестерина, но и повышению артериального давления, увеличению риска развития са-харного диабета. По информации ВОЗ, в Европе 10—20% мужчин и 25% женщин имеют избыточную массу тела. Причем в странах Европы с более низким уровнем экономического развития распространенность ожирения, как правило, более высокая.

Большое значение имеет распределение жира по телу. Избыток жира на животе, т.е. абдоминальное ожирение ("мужское", форма яблока), представляет больший риск развития ишемической болезни сердца, чем его избыток на бедрах ("женский" тип, форма груши). Для оценки формы тела анализируют соотношение окружностей талии и бедер. Величины, близкие к единице или превышающие ее, означают наличие абдоминального ожирения. Для выявления преимущественного накопления жира в полости живота (абдоминальный жир) достаточно измерить окружность талии. Риск развития осложнений атеросклероза высок у мужчин с окружностью талии более 102 см, у женщин — более 88 см. Наиболее эффективный путь уменьшения массы тела и абдоминального жира известен — это повышение физической активности и снижение калорийности съедаемой пищи.

СТРЕССОВЫЕ СИТУАЦИИ также являются фактором риска развития осложнений ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда. Исследования, проведенные в Украине, показали, что состояние стресса часто испытывают 88% женщин, а эпизоди-чески — 61%. К тому же большая часть людей при стрессе сдерживает свои эмоции и тем самым повышает риск развития инфаркта миокарда.

Существуют немедикаментозные и медикаментозные методы лечения нарушений эмоционального фона. К медикаментозным относятся психотропные средства, помогающие справиться с отрицательными эмоциями, состоянием угнетенности (депрессией). Кроме того, применяют препараты, содержащие магний, которые обладают антистрессорным и многими другими положительными эффектами.

В числе препаратов магния, предлагаемых фармацевтическим рынком Беларуси, — Магнефар В6, Магне В6, Магнерот и др. Препараты магния участвуют во многих энергетических процессах, синтезе и превращении белков, углеводов, жиров, нуклеиновых кислот. Ионы магния нормализуют ионный баланс в мышцах, передачу нервного возбуждения, повышают устойчивость к стрессу, замедляют развитие атеросклероза.

ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ при риске развития инфаркта миокарда необходимо ограничить количественно и качественно. Чрезмерное потребление способствует повышению ар-териального давления, увеличению веса тела, усугубляет нарушения ли-пидного обмена, приводит к необратимым изменениям клеток мышцы сердца, печени, поджелудочной железы. Вместе с тем сухое красное вино препятствует окислительным процессам ЛПНП в организме и тем самым замедляет возникновение атеросклеро-тических бляшек. Согласно рекомендациям Национальной

образовательной программы по холестерину, суточное потребление алкогольных напитков не должно превышать 280 г сухого вина или 680 г пива, либо 85 г крепких напитков (40-градусных). Чаще в качестве допустимой границы называют 30 мл в расчете на чистый этанол в день для мужчин, 20 мл — для женщин. Между тем статистические данные по странам СНГ показывают, что потребление алкогольных напитков в 5—11 раз превышает безопасную дозу.

Несомненно, правильное и своевременное лечение АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА способствует снижению риска развития осложнений ишемической болезни сердца.

Таким образом, воздействуя на известные модифицируемые факторы риска развития инфаркта миокарда, можно улучшить качество своей жизни и ее прогноз. Посоветовавшись с лечащим врачом, определите наиболее подходящую тактику профилактики либо лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы и причин, способствующих их развитию. Помните, что именно сочетание немедикаментозной и медикаментозной коррекции факто-ров риска поможет достичь успеха.

Индекс массы тела рассчитывается по формуле:

ИМТ= масса тела (кг)/ рос т(м) в квадрате.

Например, если человек весит 60 кг, а его рост — 1,65 м, то ИМТ = 60 : 1,652 = 22 (в пределах оптимальных величин).