

Статья: Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

Сердечно-сосудистые заболевания(ССЗ) — основная причина смертности среди населения трудоспособного возраста. Лица с симптомами заболевания ИБС и АГ образуют группу наивысшего риска развития осложнений и смерти от ССЗ.

Профилактика заболеваний — это мероприятия, направленные не только на предупреждение заболевания (иммунизация, борьба с переносчиками болезней или кампания по борьбе с курением), но и на то, чтобы сдержать его развитие и уменьшить его последствия после установления факта заболевания. Исходя из этого определения, в профилактике заболеваний ВОЗ предлагает выделять три стратегии:

Массовая профилактика — мероприятия, направленные на повышение образовательного уровня населения, формирование у людей установки на здоровый образ жизни и создание условий для его реализации. Это, в первую очередь, государственная политика по охране здоровья населения, экономическая политика, а также система средств массовой информации.

Выявление лиц с высоким уровнем риска развития болезни и коррекция факторов риска. Эти мероприятия являются сугубо медицинскими и требуют не только проведения массовых профилактических обследований, но и специальной подготовки медицинского персонала по методам оздоровления и индивидуальной профилактики.

Вторичная профилактика — выявление, лечение и реабилитация больных.

Чтобы успешно бороться с болезнью, следует изучить причины механизма ее развития. Однако в основе большинства заболеваний лежит не одна, а целый комплекс ее различных факторов. Существует длинная цепочка факторов, которые, действуя поодиночке и все вместе, приводят к болезни. При этом у одного человека преимущественное значение имеет одна комбинация факторов, а у другого — другая. Многочисленные исследования позволили выделить факторы риска ССЗ. Их можно разделить на две группы: факторы, изменить которые невозможно, и факторы, на которые можно повлиять. К первым относят пол, возраст, наследственность. Известно, что мужчины болеют ИБС чаще и заболевание у них развивается в более молодом возрасте, чем у женщин. Риск заболеть ИБС увеличивается с возрастом и для мужчин и для женщин. Люди, у которых

ближайшие родственники страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями (особенно, если перенесли инфаркт миокарда в возрасте до 50 лет), имеют неблагоприятную наследственность и повышенный риск заболеть ИБС.

Ко вторым факторам риска(ФР), которые можно изменить, относятся курение сигарет, избыточная масса тела, неумеренное потребление алкоголя, низкая физическая активность.

Появившиеся в последние годы рекомендации по профилактике ИБС, предложенные рабочей группой Европейского общества кардиологов, Европейским обществом по атеросклерозу и Европейским обществом по гипертонии, предлагают выделять степени ФР. Например, по уровню гиперхолестеринемии: легкая — 5-6,5 ммоль/л; умеренная — 6,5-8 ммоль/л; выраженная — выше 8 ммоль/л.

Рекомендации ВОЗ содержат также более детальное разделение по уровням АД:

нормальное АД — систолическое АД (САД) ниже 140 и/или диастолическое АД (ДАД) ниже 90 мм рт. ст.;

мягкая АГ — САД 140-180 и/или ДАД 90-105 мм рт. ст.;

пограничная АГ — САД 140-160 и/или ДАД 90-95 мм рт. ст.;

умеренная и тяжелая АГ — САД выше 180 и/или ДАД выше 105 мм рт. ст.;

изолированная систолическая АГ — САД выше 140 и ДАД ниже 90 мм рт. ст.;

пограничная изолированная АГ — САД 140-160 и ДАД ниже 90 мм рт. ст.

Как уже отмечалось, риск развития ИБС возрастает пропорционально количеству ФР, но среди нескольких десятков выделяют три основных ФР: АГ, курение и гиперхолестеринемия (ГХС). Особое место занимает АГ, имеющая значение не только как ФР при ИБС, но и как самостоятельное патологическое состояние, опасное для жизни больного.

Около 23% взрослого населения страдает артериальной гипертонией, в старшей возрастной группе это число увеличивается. Около четверти больных не знает об имеющемся у них заболевании, а лечатся эффективно не более 15% больных. Четверть больных не лечились никогда, хотя имели многолетнюю историю повышения АД. Несмотря на то, что большинство больных (около 60%) имеют умеренное повышение АД, у 3/4 это повышение носит стабильный характер.

Многие больные с АГ не предъявляют жалоб. В то же время известно, что стойкое бессимптомное повышение АД не препятствует прогрессированию заболевания и не ограждает больного от опасных для жизни осложнений.

В каждом случае обнаружения повышенного уровня АД врачу предстоит:

- а) определить стабильность подъема АД и наличие патологических изменений со стороны внутренних органов, в первую очередь сердца, мозга, почек;
- б) установить причину повышения АД (гипертоническая болезнь, симптоматическая гипертензия).

От успешного решения этих задач будет зависеть тактика лечения и прогноз. Чтобы установить возможные причины повышения АД, следует провести по возможности полное углубленное обследование для исключения симптоматической АГ, особенно у лиц молодого и среднего возраста. Больным среднего возраста, у которых при профилактическом обследовании обнаружена АГ, в большинстве случаев удается доступными в поликлинике методами поставить диагноз, причем у лиц старше 40 лет в подавляющем большинстве причиной повышения АД оказывается гипертоническая болезнь (например, у мужчин 40-59 лет причиной повышения АД в 86% была гипертоническая болезнь, в 7% — симптоматическая АГ). Углубленное обследование потребовалось только 5-10% больных с активно выявленной АГ. Это были преимущественно пациенты с сомнительным анамнезом заболевания, клиническими признаками симптоматической гипертензии, с высоким АД.

Согласно последним рекомендациям Комитета экспертов ВОЗ, профилактическое вмешательство требуется начинать:

Если даже однократно артериальное давление достигает 160/95 мм рт. ст. и выше, или обнаруживается наличие в анамнезе артериальной гипертензии у лиц, принимающих в момент обследования гипотензивные препараты вне зависимости от регистрируемого уровня АД.

Если индекс массы тела Кетле равен 29,0 и более.

Если уровень общего ХС крови натощак составляет 250 мг/дл или 6,5 ммоль/л и более; уровень триглицеридов (ТГ) достигает 200 мг/дл или 2,3 ммоль/л и более; уровень ХС ЛВП падает до 39 мг/дл или 1 ммоль/л и ниже у мужчин и 43 мг/дл или 1,1 ммоль/л и ниже у женщин.

При регулярном курении даже по одной сигарете в сутки.

При низкой физической активности — то есть когда более половины рабочего времени проводится сидя), а на досуге ходьба, подъем тяжестей и т. п. занимают менее 10 часов в неделю.

Наиболее распространенным ФР среди трудоспособного населения, особенно среди мужчин, является курение. У курящих, по данным ВОЗ, чаще развиваются сердечно-сосудистые, онкологические (с поражением дыхательной системы), бронхолегочные заболевания. Выраженность патологии, частота осложнений связаны не только с фактом курения, но и с его интенсивностью. По мнению экспертов ВОЗ, нет “неопасных” видов табачных изделий, так как спектр вредных веществ в табачном дыме настолько широк, что меры по уменьшению одного-двух из них (например, с помощью специальных фильтров и др.) в целом не снижают опасность курения.

В настоящее время борьба с курением в той или иной форме проводится во многих странах и в основном направлена на предотвращение начала курения некурящими, ликвидацию пассивного курения, снижение ядовитых свойств табачных изделий, отказ от курения и лечение лиц, желающих избавиться от этой вредной привычки. Для успешной пропаганды борьбы с курением нужна постоянная и терпеливая пропаганда, причем в последнее время все большее внимание уделяется не разъяснению вредных последствий курения, а положительным аспектам отказа от курения (улучшение самочувствия, исчезновение запаха изо рта, улучшение цвета лица и зубов и др.)

В борьбе с курением важную роль играют все медицинские работники, но особенно практикующие врачи и медицинские сестры, чаще всего контактирующие с населением. Люди чаще всего прекращают курить под влиянием совета медработников. Несомненно важен личный пример медсестер и врачей.

Привычка к курению — сложная психосоматическая зависимость, нередко определяемая типами курительного поведения. Врач должен терпеливо, но настойчиво ставить акцент на поиск “альтернативной” замены курения в каждом конкретном случае, вовлекая курильщика в “сотрудничество”, постепенно подводя его к мысли о необходимости и реальной возможности прекращения курения. Нужно создать у курильщика положительную мотивацию к отказу от этой привычки и убедить его, что всегда предпочтительнее одномоментный отказ от курения. Рекомендуется научить пациента элементам аутотренинга с введением специальных формул (“Прекратив курение, я подарил себе пять-шесть лет полноценной жизни”, “Бросив курить, я почувствовал прилив здоровья” и т. п.). Иногда приходится прибегнуть к седативной и другой симптоматической терапии,

а в случаях физиологической зависимости — к специфическому медикаментозному лечению.

Лекарственная терапия курения условно может быть разделена на аверсионную и заместительную. (Цель первой — выработать отвращение к табаку, для чего используются различные вяжущие средства, полоскание рта перед закуриванием сигарет и т. п.) Заместительная терапия позволяет снять симптомы никотиновой абстиненции путем введения в организм веществ, сходных по действию на организм с никотином, но лишенных его вредных свойств (лобелин, цитизин), или никотина (жевательные резинки “Никоретте”, пластыри, пластинки).
Вспомогательная терапия (седативные, снотворные и другие психотропные средства, а также рациональная витаминотерапия) назначается для снятия невротических расстройств, нарушений сна и снижения работоспособности, часто сопровождающих отказ от курения.

Методом выбора при лечении табакокурения в последние годы является рефлексотерапия, которая оказывается весьма эффективной не только в отношении непосредственного отказа от курения, но и для профилактики возврата к курению, что часто наблюдается при краткосрочных методах лечения.

Большинство курильщиков свое нежелание бросить курить объясняют тем, что опасаются прибавить в весе. Действительно, отказ от курения, постепенная ликвидация симптомов хронической табачной интоксикации сопровождается улучшением вкусовой чувствительности, аппетита, нормализацией секреции пищеварительных желез, что в целом приводит к увеличению приема пищи и, следовательно, прибавке массы тела. Этого нежелательного для многих явления можно избежать, если следовать некоторым несложным диетическим советам: избегать переедания и соблюдать основы рационального питания.

Физиологическое равновесие у курильщика восстановится быстрее при употреблении продуктов, содержащих витамин С (шиповник, черная смородина, зеленый лук, капуста, лимоны и др.), витамин В1 (хлеб грубого помола, крупы), витамин В12 (зеленый горошек, апельсины, дыни), витамин РР (фасоль, крупы, дрожжи, капуста, молочные продукты, картофель), витамин А (овощи, особенно морковь), витамин Е (хлеб грубого помола, растительное масло, зеленые овощи, зародыши пшеницы). Никотиновую зависимость, сопровождающуюся, как правило, “закислением” внутренней среды организма, уменьшает щелочное питье — минеральные воды, соки, овощные отвары.

Особенно внимательно следует относиться к жалобам, появляющимся сразу после отказа от курения, чтобы вовремя прервать формирование у пациента причинно-следственной связи своего состояния с отказом от курения и убрать повод к возврату этой вредной привычки. Это касается в первую очередь развития

невротических расстройств, явлений абстиненции, нежелательной прибавки в весе. У ряда курильщиков, особенно с большим стажем, в первое время после прекращения курения усиливается кашель с отделением мокроты. Нужно объяснить пациенту, что это — естественный процесс, и назначить отхаркивающие средства и щелочное питье.

Следует рекомендовать пациенту избегать ситуаций, провоцирующих курение. Психологическая поддержка окружающих, одобрительное отношение к некурению способствуют закреплению отказа от этой вредной привычки.

Избыточная масса тела, нарушения липидного обмена, как правило, тесно связаны с неправильными привычками и характером питания, поэтому их коррекция предполагает, прежде всего, комплекс диетических рекомендаций, в основе которого лежит принцип рационального питания. У лиц, не контролирующих калораж своего пищевого рациона, увеличивающих потребление животных жиров, углеводов, в два-три раза чаще развивается избыточная масса тела.

Наиболее распространенным подходом к снижению массы тела является назначение низкокалорийных, сбалансированных по основным пищевым веществам диет. Степень уменьшения калорийности зависит от избыточности массы тела. Пациенты с избыточной массой тела, когда еще нет клинической формы ожирения, уже нуждаются в квалифицированных диетических рекомендациях с использованием психотерапевтических подходов, так как чаще всего эти лица не имеют достаточной мотивации к снижению веса. Для людей с выраженной избыточной массой тела (индекс 29,0 и более) наибольшее значение имеет улучшение самочувствия при похудении.

Лицам с клиническими формами ожирения (индекс массы тела 29,0 и выше) необходимо более значительное уменьшение калорийности: до 1200-1800 ккал в сутки с назначением одного-двух разгрузочных дней (мясных, творожных, яблочных) в неделю. В эти дни следует питаться дробно пять-шесть раз.

Больным с гиперхолестеринемией (ГХС) и у лиц с риском ее появления (тучных, с нарушением обмена, наследственной предрасположенностью) необходимо выполнять следующие рекомендации по рациональному питанию:

не употреблять более трех яичных желтков в неделю, включая желтки, используемые для приготовления пищи;

ограничить потребление субпродуктов (печень, почки), икры, креветок; всех видов колбас, жирных окороков, сливочного и топленого масла, жирных сортов молока и молочных продуктов;

глубокое прожаривание пищи на животных жирах заменить тушением, варкой, приготовлением на пару, в духовке, перед приготовлением срезать видимый жир с кусков мяса, а с птицы удалить кожу;

отдать предпочтение рыбным блюдам, продуктам моря, овощам и фруктам;

использовать обезжиренные сорта молочных продуктов, готовить на растительных маслах.

ограничить поваренную соль — она вызывает отек тканей, в том числе и тканей стенок сосудов, отчего их просвет суживается. Особенно важно ограничивать соль тем, у кого стенокардия сочетается с артериальной гипертонией.

запретить употребление алкоголя. Хроническое употребление алкоголя нередко сопровождается перееданием, что приводит к ожирению со всеми вытекающими отсюда последствиями в отношении сердечно-сосудистых заболеваний. Помимо этого, сразу же после приема алкоголя в большинстве случаев возникает подъем артериального давления, создающий перегрузки для сердечной мышцы и увеличивающий тем самым вероятность коронарных осложнений. Установлено, что алкоголь уменьшает силу сердечных сокращений, а при длительном употреблении вызывает структурные изменения в сердечной мышце, которые могут привести к нарушению ритма сердечных сокращений и другим нарушениям сердечной деятельности, получившим название алкогольной кардиопатии.

Принципы рационального питания

Сбалансированность энергопоступления и энергозатрат организма в соответствии с полом, возрастом, характером труда.

Обеспеченность физиологических потребностей организма в незаменимых пищевых веществах: белках, жирах, углеводах, витаминах, минеральных веществах.

Для нормальной жизнедеятельности организма основные пищевые вещества должны содержаться в рационе в следующих пропорциях: белок — 15% от общей калорийности (90-95 г), жир — 35% от общей калорийности (80-100 г), углеводы — 50% от общей калорийности (300-350 г).

Желательно принимать пищу не реже четырех-пяти раз в день, распределяя ее по калорийности суточного рациона приблизительно следующим образом: завтрак до работы — 30%, второй завтрак — 20%, обед — 40%, ужин — 10%. Последний

прием пищи должен быть не менее чем за два-три часа до сна. Интервал между ужином и завтраком должен быть не более 10 часов.

Если соблюдение диеты в течение трех-шести месяцев не приводит к снижению уровня общего ХС в крови, рекомендуется лекарственная терапия. В последние годы появились сообщения о том, что гиполипидемическая терапия, способствуя снижению уровня атерогенных фракций липидов крови и уровня общего ХС, приводит к стабилизации атеросклеротических бляшек.

Физическая активность. Доказано, что физически активный досуг предупреждает последствия малоподвижного образа жизни (развитие ожирения, АГ, заболеваний сердечно-сосудистой системы, обменных нарушений). Режим и методы повышения физической активности следует выбирать совместно с пациентом, учитывая реальные условия его труда, быта, сложившиеся стереотипы. Физическая активность должна сопровождаться положительными психо-эмоциональными установками и не иметь оттенка бремени. Перед началом самостоятельных занятий необходимо провести медицинское обследование в зависимости от возраста больного:

— до 30 лет достаточно обычного врачебного осмотра;

— от 30 до 40 лет к осмотру необходимо добавить снятие ЭКГ-покоя;

— старше 40 лет рекомендуется начинать тренировки под наблюдением инструктора врачебно-физкультурного диспансера с предварительным проведением пробы с физической нагрузкой.

При занятиях физическими упражнениями рекомендуют соблюдать следующие условия:

1. Темп (интенсивность) физических упражнений должен быть достаточным, чтобы привести к увеличению частоты сердечных сокращений (ЧСС) до 50-75% от максимальной.

2. Продолжительность выполнения физических упражнений, при которой ЧСС достигает 50-75% от максимальной, должна быть 15-30 минут.

3. Физические упражнения следует выполнять регулярно, не менее 3 раз в неделю.

Если человек прекращает регулярно заниматься физическими упражнениями, то достигнутая им степень тренированности сердечно-сосудистой системы довольно быстро снижается и через некоторое время он уже ничем не отличается от

человека, постоянно ведущего малоподвижный образ жизни. Следует иметь в виду, что все перечисленные рекомендации предназначены для людей без клинических признаков сердечно-сосудистых заболеваний и желающих заниматься физическими упражнениями с целью укрепления здоровья и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Лицам старше 40 лет физическую нагрузку рекомендуется назначать с дозированной ходьбы, постепенно увеличивая темп и дистанцию. Лицам с ожирением рекомендуется более медленный темп и длительный период тренировки.

Необходим самоконтроль нагрузки: она не должна приводить к учащению пульса выше возрастного предела, который определяется как “180 — возраст в годах”. Появление одышки служит сигналом для уменьшения интенсивности нагрузки. Тренирующий эффект нагрузки проявляется в снижении частоты пульса в покое, сокращении времени восстановления пульса после стандартной нагрузки (например, 20 приседаний). Ухудшение самочувствия (сна, аппетита, работоспособности, появление неприятных ощущений) требует снижения или прекращения нагрузок.

Необходимо подчеркнуть, что большинство рекомендуемых профилактических мер носят универсальный характер и показаны не только при ССЗ, но и для целого ряда хронических неинфекционных заболеваний — хронических обструктивных заболеваний легких, некоторых форм злокачественных новообразований, сахарного диабета и др. Вот почему широкое внедрение мероприятий медицинской профилактики в практическое здравоохранение, развитие системы целенаправленного применения этих мер может рассматриваться как шаг к переходу служб практического здравоохранения на реальное профилактическое направление, которое декларируется в основных законодательных документах и нашло отражение в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации на ближайшие годы.

Результаты комплексных профилактических мероприятий определяют социально-экономическую и этическую значимость всей профилактической работы. Дело только за ее реальным осуществлением, активизацией резервов служб практического здравоохранения. И наконец, необходимо создать социальные условия, при которых человеку выгодно (и материально, и морально) быть здоровым.

Использованная литература.

1. Борьба с артериальной гипертонией. // Доклад Комитета экспертов ВОЗ., М.2007.

2. Калинина А. М., Чазова Л. В. Многофакторный подход к профилактике ишемической болезни сердца среди населения (руководство для врачей), М., 2003.
3. Калинина А. М., Чазова Л. В., Павлова Л. И. Влияние многофакторной профилактики ишемической болезни сердца на прогноз жизни // Кардиология, 2009,
4. Оганов Р. Г, Первичная профилактика ишемической болезни сердца // БПВ, М., Медицина. 2009.
5. Чазова Л. В., Калинина А. М., Иванов В. М. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в деятельности врача практического здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. 1996.