Национальное медицинское общество профилактической кардиологии

Московский областной кардиологический центр

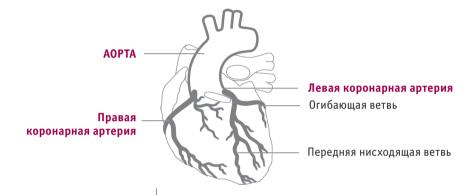
ГБУЗ МО «Жуковская городская клиническая больница»

ПАМЯТКА ДЛЯ БОЛЬНОГО СТЕНОКАРДИЕЙ

ТРЕТЬЕ ДОПОЛНЕННОЕ ИЗДАНИЕ

Сердце — главный орган сердечно-сосудистой системы. Оно обеспечивает циркуляцию крови, совершая около 100000 ударов и перекачивая до 170 л крови за сутки.

Кровоснабжение сердца осуществляется по левой и правой коронарным артериям.



Нормально работающее сердце нас практически не беспокоит, и мы даже забываем о его существовании. Но может наступить момент, когда сердце дает о себе

знать!

Коронарные артерии — это сосуды, отходящие от аорты в самом ее начале. Они доставляют кровь в сердце, обеспечивая его насосную функцию и снабжают все органы и ткани организма питательными веществами.

ЕСЛИ ХОТЯ БЫ ОДНА АРТЕРИЯ ЗАКУПОРИВАЕТ-СЯ ИЛИ СУЖАЕТСЯ, ТО УМЕНЬШАЕТСЯ КРОВОТОК И ВОЗНИКАЕТ ИШЕМИЯ!

Среди сердечно-сосудистых заболеваний самым распространенным является ишемическая болезнь сердца (ИБС).

В России каждый 4-й пациент умирает от ИБС. В настоящее время существуют эффективные лекарственные средства и высокотехнологичные методы лечения этого заболевания.

ЧТО НАДО ЗНАТЬ ОБ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА?

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) включает ряд острых и хронических заболеваний, связанных между собой патологией коронарных артерий (стенозирующий атеросклероз, тромбоз) и нарушениями их функционального состояния (спазм).

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА — ЭТО ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, В ОСНОВЕ КОТОРОГО ЛЕЖИТ ИШЕМИЯ МИОКАРДА, ВОЗНИКАЮЩАЯ ВСЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ РАВНОВЕСИЯ МЕЖДУ КОРОНАРНЫМ КРОВОТОКОМ И ПОТРЕБНОСТЯМИ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ.

В 90% случаев причиной ИБС является атеросклероз (от греч. «атер» — кашица, «склерозис» — затвердение). Поверхностный слой внутренней стенки артерии выстлан тонкой пленкой — эндотелием. В эндотелии под воздействием нарушения холестеринового (липидного) обмена, высокого артериального давления (АД), курения, наследственной предрасположенности происходит выделение вредных веществ, которые нарушают сосудорасши-

3

ИШЕМИЯ — снижение притока крови к органу в результате уменьшения или закупорки просвета сосуда атеросклеротической бляшкой или спазма артерии.

Стенка сердца состоит из 3-х слоев: эндо-карда (внутреннего), МИОКАРДА (мышечной ткани, которая сокращается и расслабляется, выбрасывая кровь), перикарда (наружного).

Липидным профилем называется специальный анализ крови, определяющий уровни концентрации жиров и липопротеидов.



нормальный сосуд



сосуд, пораженный атеросклерозом

ряющую и антитромботическую функцию и способствуют образованию атеросклеротических бляшек.

ХОЛЕСТЕРИН (ХС) — жироподобная субстанция крови. Печень синтезирует 80% необходимого холестерина, с пищей должно поступать не более 20%. У здоровых людей ХС используется для образования новых клеток, синтеза желчных кислот, витамина D, половых и стероидных гормонов, а избыток утилизируется. При нарушении липидного обмена или избытке его поступления лишний ХС откладывается на стенках сосудов в виде бляшек. Холестерин проникает в различные органы и стенки кровеносных сосудов в виде особых частиц: липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПВП).

- ЛПНП способствуют отложению жира на стенках сосудов и приводят к образованию атеросклеротических бляшек, его называют «плохим».
- ЛПВП препятствует образованию атеросклеротических бляшек, он считается «хорошим».
- ▶ ТРИГЛИЦЕРИДЫ еще один тип переносчиков жиров, находящихся в крови. При повышении уровня триглицеридов > 2 ммоль/л риск появления и роста атеросклеротических бляшек возрастает.

Больные, страдающие ИБС должны регулярно контролировать липидный профиль!

Целевые (нормальные) уровни липидного профиля

Показатели	Для здорового человека	Для пациента с ИБС
Общий холестерин (ХС)	< 5 ммоль/л	< 4,5 ммоль/л
«Плохой» ХС ЛПНП	< 3 ммоль/л	< 1,8 - 2 ммоль/л
«Хороший» ХС ЛПВП	> 1 ммоль/л	> 1 ммоль/л
Триглицериды	< 1,7 ммоль/л	< 1,7 ммоль/л

Повреждение эндотелия ведет к тому, что «плохой» ХС проникает в стенку артерии и накапливается, приводя к образованию бляшки. Со временем бляшка заполняется солями кальция, соединительной тканью, покрывается толстой капсулой, она увеличивается в размерах и значительно сужает просвет сосуда, нарушая кровоток. Если просвет коронарной артерии перекрыт менее, чем на 50-60%, то кровоток остается достаточным в состоянии покоя и обычно не вызывает клинических проявлений болезни.

ИБС начинает проявляться, когда хотя бы одна из крупных коронарных артерий сужена БОЛЕЕ чем на 70%. Доставка крови значительно уменьшается, сердечная мышца не получает достаточного количества кислорода и питательных веществ, в результате возникает ЗАГРУДИННАЯ БОЛЬ (СТЕНОКАРДИЯ).



- 4



Существует около 40-50 причин болей в грудной клетке: от нео-пасных кардиалгий (остеохондроз, межреберная невралгия и т.д.) до сердечно-сосудистых катастроф (инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты, тромбоэмболия легочных артерий).

Одним из наиболее частых синдромов боли в груди является СТЕНОКАРДИЯ. Точный диагноз может поставить только врач кардиолог после тщательного опроса и осмотра пациента, проведения ряда функциональных исследований.

Для диагностики стенокардии и определения степени ее тяжести необходимо проведение следующих функциональных исследований.

ЭКГ в динамике, особенно на высоте приступа — графическая регистрация электрических потенциалов сердца. ЭКГ предназначена для диагностики наруше-

ний сердечного ритма и проводимости, а также выявления очаговых поражений сердечной мышцы (инфаркт миокарда, миокардит и др.).

ЭХО КГ — ультразвуковое исследование сердца, с помощью которого определяются размеры полостей сердца, толщина сердечной

мышцы и ее сократительная способность, изучается клапанный аппарат сердца и наличие перенесенного инфаркта миокарда.

Суточное мониторирование ЭКГ — суточная запись ЭКГ сердца в свободном режиме с регистрацией расстройств сердечного ритма и ишемии миокарда.

Нагрузочная проба — диагностический тест, проводимый на фоне физической нагрузки (на велоэргометре, «бегущей дорожке») под контролем ЭКГ, пульса, АД и самочувствия пациента. Позволяет определять переносимость физической нагрузки у пациентов, коронарный резерв и объективно подтверждать стенокардию напряжения.



СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ

Характер боли: ЧУВСТВО ТЯЖЕСТИ, ДАВЛЕНИЯ, ЖЖЕНИЯ ЗА ГРУДИНОЙ. БОЛЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ФИЗИЧЕСКИХ ИЛИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАГРУЗКАХ. ПРИСТУПЫ СТАБИЛЬНЫ ПО СВОЕЙ ЧАСТОТЕ И ИНТЕНСИВНОСТИ.

Локализуется боль ЗА ГРУДИНОЙ, МОЖЕТ ПЕРЕДАВАТЬСЯ ПОД ЛЕВУЮ ЛОПАТКУ, В ЛЕВУЮ РУКУ, ШЕЮ ИЛИ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ.

Основными проявлениями ИБС являются стабильная стенокардия, нестабильная стенокардия, острый коронарный синдром и инфаркт миокарда.



Купирование приступа: БОЛЬ ПРОХОДИТ В ПОКОЕ В ТЕЧЕНИЕ 3-5 МИН. ИЛИ ПОСЛЕ ПРИ-ЕМА 1-2 ТАБЛ. НИТРОГЛИЦЕРИНА ИЛИ 1-2 ДОЗ НИТРОСПРЕЯ ЧЕРЕЗ 1-1,5 МИН.

Стабильная стенокардия на фоне физической нагрузки или СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ подразделяется на четыре функциональных класса в зависимости от тяжести заболевания, состояния коронарных артерий, оценки прогноза и трудоспособности больного.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КЛАССЫ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ

ФК	Когда возникает боль?	Что необходимо для прекращения боли?
I	При интенсивных физических на- грузках (бег, подъем по лестнице, т.д.)	Достаточно прекратить нагрузку
II	При ходьбе на дистанции более 500 м, при подъеме более чем на 1 этаж	Если недостаточно прекраще- ния нагрузки, то принять 1 табл.нитроглицерина или 1 дозу нитроспрея
III	При умеренной ходьбе 100-300 м, при подъеме на 1 этаж	1 -2 табл. нитроглицерина или 1-2 дозы нитроспрея
IV	При медленной ходьбе по ровному месту менее 100 м или в покое. Больные нетрудоспособны.	Более 1-2 табл. нитроглице- рина или более 1-2 доз нит- роспрея

Нитроглицерин — это лекарство, расширяющее коронарные сосуды, применяется как средство экстренного купирования приступов стенокардии. Эффект наступает в течение 1-2 мин. Нитроспрей — аэрозольная форма нитроглицерина, удобен в применении, действует быстрее таблетки.

У некоторых больных приступы стенокардии возникают вне физической нагрузки в состоянии покоя под влиянием стресса, холода и т.д.. В этих случаях врачи говорят о СТЕНОКАРДИИ ПОКОЯ или СПОНТАННОЙ или ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ.

Приступы спонтанной стенокардии развиваются чаще ночью или ранним утром, нередко в одно и то же время. Также приступ может возникнуть неожиданно во время привычной, обычно хорошо переносимой нагрузки. Вне приступов больные чувствуют себя практически здоровыми.



ПРИЧИНЫ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ

- 1. Физические нагрузки (быстрая ходьба, подъем по лестнице, перенос тяжестей)
- 2. Эмоциональный стресс
- 3. Нарушение рекомендаций врача
- 4. Резкая смена погоды (холод, ветер, влажность)
- 5. Повышение артериального давления
- 6. Переедание
- 7. Злоупотребление алкоголем
- 8. Сексуальная активность



«Те, кто больны ею, БЫВАЮТ ЗАСТИГНУТЫ. осовенно при выст-РОМ ПОДЪЕМЕ В ГОРУ, ПОСЛЕ ПРИНЯтия пищи, сильными, болезненными и очень неприятными ощущениями в грудной клетке. Они, кажется, задушат жизнь, если ДАЛЬШЕ БУДУТ ПРОдолжаться и усиливаться. Но в момент. когда больной ос-ТАНАВЛИВАЕТСЯ, ЭТИ неприятные ощущения исчезают».

W. Heberden, 1798 г.



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРИСТУПЕ СТЕНОКАРДИИ

- 1. Прекратите физическую нагрузку. Остановитесь, при возможности сядьте, нельзя лежать, т.к. повышается нагрузка на сердце. Обеспечьте приток свежего воздуха.
- 2. Измерьте артериальное давление (АД). При подъеме АД до 160–180/100 мм рт. ст. и более разжуйте 1 табл. капотена (25 мг) или 1 табл. коринфара (10 мг).
- 3. Успокойтесь и расслабьтесь. Примите успокоительные средства (настойка валерианы, 30–40 капель корвалола или валокордина).
- 4. Если такой приступ произошел впервые, особенно в покое, надо сразу вызвать «Скорую помощь».
- 5. Если это уже не первый приступ и есть рекомендации врача, примите 1 таблетку нитроглицерина под язык или 1 дозу нитроспрея.
- 6. Если боль не проходит через 5 мин, то повторите прием 1 табл. нитроглицерина под язык или 1 дозу нитроспрея.

ЕСЛИ ПРИСТУП ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ НЕ УДАЕТСЯ СНЯТЬ В ТЕЧЕНИЕ 20 МИН., ТО НАДО РАЗЖЕВАТЬ 1 ТАБЛ. (0,5 Г) АСПИРИНА, Т.К. НЕЛЬЗЯ ИСКЛЮЧИТЬ ИНФАРКТ МИОКАРДА, И СРОЧНО ВЫЗВАТЬ «СКОРУЮ ПОМОЩЬ»!

НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ

Больному необходимо запомнить длительность, характер болей и реакцию на прием нитроглицерина во время приступа стенокардии!

Это важно для того, чтобы отличить стабильное течение болезни с постоянной частотой приступов от нестабильной стенокардии и инфаркта миокарда, когда приступы вдруг начинают возникать также в состоянии покоя или чаще обычного.

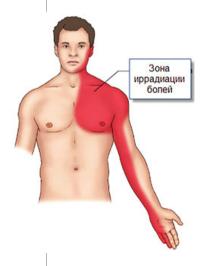
Например, раньше вы могли без приступа пройти в привычном темпе 500 м и вдруг боль стала возникать после 100 м ходьбы.

Характер боли: ЧУВСТВО ТЯЖЕСТИ, ДАВЛЕНИЯ, ЖЖЕНИЯ ЗА ГРУДИНОЙ. БОЛИ ПОЯВЛЯЮТСЯ В ПОКОЕ ИЛИ ПРИ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗКАХ, КОТОРЫЕ РАНЬШЕ ХОРОШО ПЕРЕНОСИЛИСЬ.

Локализация боли КАК ПРИ СТА-БИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ.

Купирование приступа: ТРЕБУЕТ-СЯ БОЛЕЕ 1-2 ДОЗ НИТРОГЛИЦЕРИНА ИЛИ 1-2 ИНГАЛЯЦИЙ НИТРОСПРЕЯ, ПРОДОЛЖАЕТСЯ 15-20 МИН.

Если воли не проходят, то СРОЧНО ВЫ-ЗВАТЬ «СКОРУЮ ПОМОЩЬ». При нестабильной стенокардии увеличиваются частота, продолжительность и интенсивность приступов во время нагрузки, которая раньше хорошо переносилась, а также в состоянии покоя.



ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ (ОКС) — ОСТРАЯ ФАЗА ИБС ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ ДО 24 ЧАСОВ. ОКС — ПЕРВИЧНЫЙ (ВРЕМЕННЫЙ) ДИАГНОЗ, ТРАНСФОРМИРУЮЩИЙСЯ В ТЕЧЕНИЕ 24 ЧАСОВ В ИНФАРКТ МИОКАРДА ИЛИ НЕСТАБИЛЬНУЮ СТЕНОКАРДИЮ.

Острый коронарный синдром — это пограничное состояние между нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда.

Больные с нестабильной стенокардией являются группой высокого риска и нуждаются в экстренном и интенсивном лечении: «Скорая помощь» и госпитализация в блок реанимации и интенсивной терапии или Сосудистый центр.

ИНФАРКТ МИОКАРДА

Частые приступы стенокардии могут

привести к разрыву атеросклеротической бляшки. На месте разрыва начинают скапливаться и склеиваться тромбоциты, в итоге может образоваться тромб, который полностью перекрывает сосуд, кровоснабжение миокарда прекращается и развивается жизнеугрожающее состояние — ИНФАРКТ МИОКАРДА (ИМ).

Характер боли: СЖИМАЮЩАЯ, ДАВЯЩАЯ БОЛЬ ЗА ГРУДИНОЙ, ПО ИНТЕНСИВНОСТИ ОЧЕНЬ СИЛЬНАЯ И ЧАСТО ИМЕЕТ ВОЛНООБРАЗНЫЙ ХАРАКТЕР.

Локализация боли В ЦЕНТРЕ ГРУДИ, В ОБЛАСТИ СЕРДЦА, В ОТДЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ ГРУДИ И В ПОДЛОЖЕЧНОЙ ОБЛАСТИ, ОТДАЕТ В ШЕЮ, ЛЕВУЮ РУКУ, ПЛЕЧО.

Купирование приступа:

не купируется нитроглицерином или нитроспреем, продолжается более 20-30 мин.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ, ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ И ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

При подозрении на ИМ своевременный вызов «Скорой медицинской помощи» является решающим фактором, так как первые два часа от начала болевого синдрома наиболее опасны для жизни пациента в связи с тяжелыми осложнениями острого ИМ

В настоящее время появились новые эффективные лекарственные средства и высокотехнологичные методы для оказания специализированной кардиологической помощи.

ИНФАРКТ МИОКАРДА
— ГИБЕЛЬ УЧАСТКА
СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ
ВСЛЕДСТВИЕ ЗАКУПОРКИ КОРОНАРНОЙ
АРТЕРИИ ТРОМБОМ
НА ФОНЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ.



Болевой приступ

в груди при ОКС

продолжается бо-

лее 20 мин. и не

купируется нит-

РОГЛИЦЕРИНОМ.

При подозрении на ИМ «Скорая помощь» может оказать 2 вида помощи в зависимости от расположения больного относительно влижайшего Сосудистого центра.

- 1. Доставляют больного в Сосудистый центр в течение первых 2 часов от начала приступа, там ему делают
- коронароангиографию

Коронароангиогра-

фия — рентгенокон-

трастное исследова-

ние сосудов сердца,

которое с большой

определить харак-

тер, место и степень

сужения коронарной

артерии.

точностью позволяет

- при подтверждении диагноза стентирование коронарных артерий
- 2. Если больной находится в отдаленном районе и нет возможности доставить его в Сосудистый центр в течение первых 2 часов, то на «Скорой помощи»:
- **ВНУТРИВЕННО ВВОДЯТ ТРОМБОЛИТИЧЕС-**КИЕ СРЕДСТВА, РАСТВОРЯЮЩИЕ ТРОМБЫ
- затем в течение 24 часов от начала приступа доставляют в Сосудистый центр для проведения коронароангиографии и при подтверждении диагноза – СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ **АРТЕРИЙ**

АЛГОРИТМ СПАСЕНИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

ПРИСТУП СТЕНОКАРДИИ БОЛЕЕ 20 МИН.

«Скорая помошь»

Сосудистый центр

Спасенная жизнь

ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОКАРДИИ

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Лекарственная терапия стенокардии должна назначаться только врачом-кардиологом после тщательного обследования с учетом тяжести заболевания и сопутствующей патологии.

Антиагреганты

препятствуют быстрому свертыванию крови и образованию тромбов: аспирин, кардиомагнил, тромбоасс.

Статины

применяются для снижения уровня холестерина в крови: крестор, аторвастатин, инеджи (новый инновационный препарат, сочетающий разные варианты гипохолестериновой терапии).

Бета-адреноблокаторы

урежают ритм сердца, благодаря чему оно работает более экономно: конкор, небилет, беталок-Зок, эгилок.

Пролонгированные нитраты

расширяют просвет кровеносных сосудов, используют для профилактики приступов стенокардии: нитросорбит, моночинкве, моносан, кардикет и др.

ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ

- **УСТРАНЕНИЕ** КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ (боли)
- ПРЕДУПРЕЖДЕние развития осложнений (ОКС, ИМ)
- улучшение КАЧЕСТВА и увеличение ПРОДОЛЖИТЕЛЬности жизни ПАЦИЕНТА

Каждому больному стенокардией необходимо постоянно иметь при себе НИТРОГЛИЦЕРИН ИЛИ НИТРОСПРЕЙ для снятия приступа стенокардии

Ангиопластика

со стентированиемнеинвазивный

способ восстановле-

ния внутреннего про-

света стенозирован-

ных артерий сердца

с помощью эндовас-

кулярных приспособ-

лений — баллонных

катетеров и стентов.

Антагонисты кальция

препятствуют поступлению кальция в клетку и расслабляющие сосуды, питающие сердечную мышцу: норваск, амлодипин, леркамен, плендил, верапамил, дилтиазем.

Метаболические корректоры

В некоторых случаях эффекта при лечении стенокардии можно добиться путем дополнительного назначения метаболических корректоров: предуктал, милдронат, ранекса. Только по назначению врача!

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА

При неэффективности медикаментозного лечения стенокардии и сужении диаметра одной или нескольких коронарных артерий на 70% и более может быть назначена реваскуляризация миокарда.

Реваскуляризация миокарда — восстановление кровоснаєжения пораженной части сердечной мышцы с использованием АНГИОПЛАСТИКИ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ или АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ.

Решение о возможности такого вмешательства и выбора метода принимается после специального обследования (велоэргометрия, ЭХО КГ, коронароангиогра-

фия) на консилиуме в составе лечащего врача кардиолога, врача ренгенэндоваскулярной специальности и кардиохирурга.

Реваскуляризация миокарда восстанавливает кровоток, но не вылечивает причину стенокардии - АТЕРОСКЛЕРОЗ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ.

После вмешательства больному необходимо принимать поддерживающую терапию и выполнять назначения врача по коррекции факторов риска ИБС.

Аорто-коронар- ное шунтирование

— хирургическая операция на коронарных артериях с целью создания дополнительного кровоснабжения миокарда в обход пораженного сосуда.

диспансерное наблюдение

Все больные, страдающие стенокардией должны состоять на диспансерном учете.

- Визит к врачу при отсутствии жалоб на боли в груди 1 раз в год для назначения адекватной терапии и коррекции факторов риска ИБС.
- Функциональные методы исследования (по назначению врача): ЭКГ, ЭХО КГ, нагрузочная проба на велоэргометре или тредмиле («бегущей дорожке»), суточное мониторирование ЭКГ (Холтер ЭКГ)
 1 раз в год.



 Контроль липидного профиля 1 раз в год или чаще по назначению лечащего врача при подборе гиполипидемической терапии.

КОРРЕКЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА

ФАКТОРЫ РИСКА ИБС

- ► НЕЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ (НАРУ-ШЕНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА)
- ► ИЗБЫТОЧНАЯ МАС-СА ТЕЛА
- ► ПОВЫШЕННОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ
- **▶** КУРЕНИЕ
- ► СНИЖЕННАЯ ФИ-ЗИЧЕСКАЯ АКТИВ-НОСТЬ
- ► ДЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС

Развитию сердечно-сосудистых заболеваний способствуют факторы риска, связанные с вредными привычками, нездоровым питанием, недостаточной физической активностью. Оздоровление образа жизни может предотвратить развитие этих болезней. Если вы уже страдаете стенокардией, то коррекция факторов риска ИБС необходима для предупреждения осложнений и улучшения качества жизни.

КАК ИЗМЕНИТЬ ОБРАЗ ЖИЗНИ, ЧТОБЫ УМЕНЬ-ШИТЬ ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИБС?

Гиполипидемическая диета

- Уменьшить потребление животных жиров. В диете должны преобладать тощие сорта мяса и птицы (150 г/день.)
- Увеличить долю ненасыщенных жиров: растительное, оливковое масла, жирная рыба «холодных морей» (сельдь, скумбрия, форель и лосось)
- ► Низкокалорийные кисломолочные и молочные продукты (0,5–1%)

- ▶ Овощи и фрукты не менее 500 г/день
- Хлеб из муки грубого помола, отруби, крупы из неочищенных зерен
- Ограничить сахар, соль (не более 1 чайной ложки без верха, включая готовые продукты)
- Исключить алкоголь

Нормализация массы тела

Для определения избыточной массы тела используйте индекс Кетле:

ИK = масса тела (кг) : poct² (м²)

ИК, кг/м²	Классификация	Риск заболеваемости
менее 18,5	Дефицит массы тела	Повышенный
18,5-24,99	Норма	Минимальный
25–29,9	Избыточная масса тела	Повышенный
30-34,9	Ожирение I степени	Высокий!
35–39,9	Ожирение II степени	Очень высокий!!
более 40	Ожирение III степени	Чрезмерно высокий!!!

Избыточная масса тела является независимым фактором риска ИБС и сопровождается увеличением потребности иокарда в кислороде. Причиной ожирения в 80% являются переедание и малоподвижный образ жизни, 20% — эндокринные и церебральные нарушения.

Для нормализации веса при ожирении рекомендуется низкокалорийная диета (1600–1800 ккал в сутки) и аэробная

Риск для здоровья определяется не только количеством лишней жировой ткани, но и ее локализацией и распределением.



физическая активность (ходьба, плавание, кардиотренировки и др.) 30–60 мин. 2–3 раза в неделю с соблюдением рекомендаций врача.

- Ожирение типа «груша», когда жир распределяется под кожей (большая часть в области бедр и ягодиц), чаще встречается у женщин и, как правило, сопровождается развитием заболеваний позвоночника, суставов и вен нижних конечностей.
- Ожирение типа «яблоко» (жир локализуется внутри брюшной полости, вокруг внутренних органов) наиболее опасно для здоровья! Именно при этом типе чаще развиваются такие заболевания как сахарный диабет, артериальная гипертония, инфаркты миокарда и инсульты.
- Смешанный, или промежуточный тип ожирения характеризуется равномерным распределением жира по всему телу.

Чтобы определить тип ожирения, нужно измерить окружности талии и бедер и рассчитать их соотношение: 0T/0Б.

Индекс «талия/бедро» = окружность талии/окружность бедер

Индекс талия/бедро	Тип распределения жировой ткани	
0,8-0,9	Промежуточный	
< 1,0 у мужчин, < 0,85 у женщин	«Груша»	0
> 1,0 у мужчин, >0,85 у женщин	«Яблоко»	

Контроль артериального давления

Возьмите за правило периодически измерять свое артериальное давление (АД). Его характеризуют две цифры: систолическое давление (максимальное, «верхнее»), которое наблюдается в момент выброса крови из желудочков сердца, и диастолическое (минимальное, «нижнее») — давление крови в артериях, когда сердечная мышца полностью расслаблена и кровь свободно заполняет предсердия и желудочки.

Нормальное АД — 120/80-129/84 мм рт ст

Высокое нормальное АД — 130/85 -139/89 мм рт ст

Артериальное давление	Как часто измерять?
Никогда не повышалось	Не реже 1 раза в год и на приеме у врача
Повышается иногда	Не реже 1 раза в месяц и на приеме у врача
При артериальной гипертонии	Каждый день утром и вечером, при ухудшении самочувствия и для контроля эффективности гипотензивных препаратов

При повышении артериального давления более 140/90 мм рт. ст. необходимо обратиться к врачу!

Отказ от курения



Отказ от курения значительно снижает риск развития осложнений. Уже в первые недели и месяцы после отказа от этой вредной привычки стабилизируется артериальное давление; урежается пульс; уменьшается кашель, одышка, слабость и утомляемость; увеличивается выносливость к физическим нагрузкам; улучшается память, повышается умственная работоспособность.

КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИЯ

Нагрузочный тест

проводится врачом на велоэргометре или «бегущей дорожке» с регистрацией АД, ЧСС, ЭКГ. ЧСС в момент возникновения болей в груди или ишемических изменений на ЭКГ считается пороговой, а зона безопасного пульса (ЗБП) определяется следующим образом:

35Π = **4CC ποροr x** (0,6...0,75)

Кардиореабилитация позволяет повысить качество жизни и снизить смертность среди больных стенокардией. После выписки из стационара реабилитацию необходимо продолжить в амбулаторных центрах кардиореабилитации, коронарных клубах, загородных базах реабилитации, кардиологических санаториях. Кардиореабилитация поможет больному адаптироваться к реальным условиям жизни после того, как он окажется без постоянного медицинского наблюдения.

Физическая реабилитаци

Допустимая интенсивность и режим физической активности подбираются индивидуально в зависимости от тяжести заболе-

вания на основании порогового значения частоты сердечных сокращений (ЧСС), которая определяется врачом во время нагрузочного теста. С учетом ЗБП для каждого больного кардиолог и врач ЛФК составляют индивидуальную программу дозированных физических тренировок, определяют их интенсивность, продолжительность и частоту.

Психологическая реабилитация

Частые приступы стенокардии, страх перед возможным инфарктом миокарда нередко являются причиной длительного стресса. Консультация психотерапевта поможет выявить депрессию, тревогу и другие психоневротические отклонения и назначить адекватное лечение.

Профессиональная реабилитация

Необходимо согласовать допустимую интенсивность нагрузок, режим и условия труда с лечащим врачом. При необходимости лечащий врач с кардиологом направляют больного на специальную комиссию для решения вопроса о группе инвалидности и перехода на более легкий труд.

Сексуальная реабилитация

Во время интимной близости у больных ИБС может увеличиваться пульс



Для больных стенокардией рекомендуются регулярные аэробные нагрузки умеренной интенсивности в среднем по 30 мин. 3 раза в неделю с соблюдением ЗБП. Статические нагрузки (подъем тяжестей) противопоказаны.



до 120–130 уд./мин. и значительно повышаться АД. Это приводит к росту потребности сердца в кислороде и может явиться провоцирующим моментом для развития приступа стенокардии. Вопрос возможности возобновления сексуальных отношений решается врачом индивидуально для каждого пациента.



Стенокардия — это хроническое заболевание, требующее своевременного, постоянного и правильного лечения, которое должно быть направлено на уменьшение частоты болевых приступов и предупреждение опасных для жизни осложнений.

Партнерство врача и пациента поможет не только адекватно контролировать течение стенокардии, но и вернуться к полноценной жизни, эффективно используя возможности кардиореабилитации и профилактики факторов риска ИБС.