

ПОВТОРНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА. КАК ЕГО ИЗБЕЖАТЬ?

Инфаркт миокарда, как первичный, так и повторный, опасен своей многоликостью и внезапностью. Приблизительно у 15-20% пациентов в течение 7 лет после первичного инфаркта возникает повторный. Причем у мужчин трудоспособного возраста в 5-7 раз чаще, чем у остальных.

Если после дебютного инфаркта в течение 28 дней выявляют признаки нового некроза миокарда, это называется «рецидивирующий инфаркт», а развившийся в более поздние сроки – повторный. Причина – нарушение кровотока по коронарным артериям. Это могут быть нестабильная атеросклеротическая бляшка, тромб или сильный спазм артерии, вследствие чего сердечная мышца не получает достаточного количества кислорода и питательных веществ.

Пациент, уже имевший опыт столкновения с этой коварной болезнью, вряд ли забудет ощущения и переживания в момент сердечного приступа. Повторный инфаркт миокарда также может сопровождаться типичными длительными болями за грудиной, которые больные описывают, как сжимающие, раздражающие, давящие. «Жжет так, словно в груди горит костер», – описывают они свое состояние. Такая боль сопровождается нехваткой воздуха, паникой, страхом смерти,

а иногда помутнением сознания.

Однако при повторных инфарктах миокарда частую бывает и атипичная клиника, когда боль локализуется не за грудиной, а в области желудка и сопровождается тошнотой, рвотой. Это так называемый гастралгический вариант. Также бывает астматический вариант, когда у пациента отмечаются судорожное дыхание, удушье, одышка. А у больных сахарным диабетом нередко малосимптомные или безболевые инфаркты миокарда.

При сердечном приступе главное – срочно вызвать «скорую помощь», а до этого разжевать таблетку аспирина 500 мг, принять нитроглицерин. Но при низком артериальном давлении нитроглицерин принимать нельзя. Чем быстрее приедет «скорая помощь», тем лучше прогноз. Основная проблема – позднее обращение к врачам, запущенное состояние, некачественная медицинская помощь. Чем дольше продолжается приступ, тем больше

становится зона поражения, отмирает больше клеток сердечной ткани. Золотой час обращения и госпитализации в специализированные сосудистые центры дает больше шансов сохранить жизнь, уменьшить зону некроза или даже предупредить инфаркт миокарда и последующие осложнения.

Что может спровоцировать повторный инфаркт миокарда? Эту угрозу усиливают 4 основных фактора: атеросклероз, артериальная гипертония, повышение свертываемости крови и сахарный диабет. Сдерживать эти факторы можно только с помощью правильно подобранной лекарственной терапии. Такое лечение должно достигать определенных целей, только тогда удастся избежать повторных катастроф. Замедлить прогрессирование атеросклероза, стабилизировать процесс призваны в первую очередь статины. Самые безопасные и эффективные – **аторвастатин** и **розувастатин**. Они обладают так называемым плеiotропным действием. То есть влияют на несколько «мишеней» одновременно: подавляют воспаление сосудистой стенки, улучшают нарушенную функцию внутренней стенки артерий – эндотелия, снижают артериальное давление, предотвраща-

ют образование тромбов на бляшке. Велика роль статинов в быстром купировании острого коронарного синдрома. Ранняя интенсивная терапия препаратом аторвастатин в суточной дозе 80 мг без титрования дает хороший результат. В последующем через 3-6 месяцев необходимо проконтролировать липидограмму. То есть исследовать не только общий холестерин, но и липопротеиды низкой плотности и липопротеиды высокой плотности, триглицериды. Условно говоря, хороший и плохой холестерин.

Цель лечения – снизить липопротеиды низкой плотности, способствующие развитию атеросклероза до 1,4-1,8 ммоль/л. Для липопротеидов высокой плотности, то есть хорошего холестерина, желательны показатели: более 1 ммоль/л для мужчин и более 1,2 ммоль/л для женщин. Также обязателен контроль печеночных ферментов – АЛТ, АСТ, билирубина, поскольку статины в больших дозировках могут негативно влиять на печень.

У гипертоников – своя цель: держать «в узде» артериальное давление. Показатели не должны превышать 140/90 мм рт. ст. Для этого в арсенале врача есть 5 основных групп лекарств: ингибиторы АПФ (**периндоприл**, **лизиноприл**, **эналаприл**, **каптоприл**,

рамирил), сартаны (лозартан, валсартан, азилсартан), антагонисты кальция (амлодипин, верапамил, дилтиазем), диуретики (индапамид и гипотиазид), а также комбинированные препараты, когда в одной таблетке заключены 2 или 3 лекарства из разных групп. Надо помнить, что нельзя одновременно принимать ингибиторы АПФ, название которых заканчивается на «прил» и сартаны. Все остальные группы можно комбинировать. Разумеется, нерационален прием двух препаратов из одной группы. Разовый прием препарата **каптоприл** является скорой помощью при резком повышении артериального давления.

Еще одна цель – оптимизация и экономная работа сердца, что достигается приемом бета-блокаторов. Это препараты **бисопролол, метопролол, карведилол**. Пациенты после инфаркта в покое должны иметь число сердечных сокращений 55-70 в одну минуту.

И еще обязательный компонент базовой терапии дают антиагреганты – препараты, улучшающие текучесть крови, предотвращающие тромбообразования. Это

ацетилсалициловая кислота (аспирин), клопидогрел, брилинта.

Лечение для больных, перенесших инфаркт миокарда, постоянное и пожизненное. Если пациенту проводилось стентирование, то от шести месяцев до года он должен принимать двойную комбинацию: **брилинта с аспирином** или

аспирин с клопидогрелом. После года в активе остается один **аспирин**. Зачастую через какое-то время после перенесенного инфаркта миокарда самочувствие нормализуется, и некоторые пациенты расслабляются. Кажется, непосредственная угроза жизни и здоровью миновала, вследствие чего они прекращают лечение. Так поступать ни в коем случае нельзя. Это основная причина повторных инфарктов миокарда.

При сборе анамнеза врач обязательно выясняет факторы риска и диагностирует сопутствующую патологию, влияющую на прогноз: сахарный диабет, почечная недостаточность, потенциальные источники кровотечения. Прогноз это, разумеется, не улучшает, особенно, если пациент к тому же всю жизнь коллекционировал вредные привычки: курил, мало уделял времени физическим нагрузкам, нерационально питался, оброс жирком, не контролировал артериальное давление, холестерин, глюкозу крови. То есть сознательно создавал платформу для повторных сердечных катастроф.

А ведь все перечисленное можно корректировать! Приводить в норму. В этих случаях «первая скрипка» – сам пациент, его мотивация. Например, по силам человеку бросить курить или не дышать сигаретным дымом? Причем полностью. По силам. Один только этот фактор уменьшает риск развития повторного инфаркта на 50 процентов. Однако на три фактора

риска, увы, повлиять не можем. Это пол, возраст, наследственность.

Благотворный результат дает физическая активность. Она улучшает функцию сосудов, снижает риск прогрессирования атеросклероза, тромбообразования, повышает концентрацию хорошего холестерина – липопротеидов высокой плотности. Также способствует снижению веса, уменьшает риск развития сахарного диабета, улучшает психологическое состояние пациентов, их социальную реабилитацию. При этом не требуется изнурительных тренировок, достаточно по 30 минут 5 раз в неделю ходить, кататься на лыжах, плавать. Силовые упражнения и соревновательные виды спорта не рекомендуются. Программа физической реабилитации должна подбираться индивидуально. Но необходимо пациенту всегда иметь чувство меры и знать, что после перенесенного первого инфаркта предпочтительны умеренные регулярные динамические нагрузки, даже если человек чувствует себя здоровым.

Один пример из практики: 38-летний пациент, перенесший инфаркт миокарда, наблюдался кардиологом, правильно лечился, возвратился к своей работе. Через полтора года, почувствовав себя здоровым, он решил проложить на даче дорожку из крупных тяжелых плиток. Сам их разгружал, сам укладывал. Но дорожку уложил лишь наполовину. Подняв очередную плиту, ощутил сильное жжение

за грудиной, слабость, холодный пот. Диагноз: повторный инфаркт миокарда.

Для благоприятного прогноза важен психологический настрой пациента. Не нужно готовиться к худшему. Надо учиться управлять стрессом, который может повышать риск развития сердечных заболеваний и осложнений. Рекомендуются медитация, йога, дыхательные упражнения. Зачастую перенесенный инфаркт миокарда нередко отражается на психике человека. Больного охватывают печаль, подавленность, он чувствует себя беспомощным. Кажется, что жить осталось совсем немного, и нет никаких перспектив. У одних это приводит к чрезмерной заботе о своем здоровье. Другие пытаются проигнорировать происходящее, быть выше болезни, перестают соблюдать предписания специалиста. Третьи «уходят» в болезнь. Но все это не прибавляет человеку здоровья.

После инфаркта миокарда жизнь не кончается. Да, придется ограничивать себя в некоторых привычках. Но при разумном подходе качество жизни может сохраниться и работоспособность тоже. Таким образом, на то, сколько живут после инфаркта миокарда, влияют скорость оказания помощи, выбранное место лечения и общее состояние организма. А главное – дисциплинированность и мотивация пациента на лечение.

Светлана ПЛАХОВА, врач-кардиолог высшей категории, заслуженный работник здравоохранения Московской области.