

Содержание

Вступительное слово	9	Боль в правом подреберье. Камни и полипы желчного пузыря. Чистка печени	52
Введение: как сохранить здоровье и не утратить желания жить	11	Боль в левом подреберье.	55
Раздел 1. КАРДИОЛОГИЯ.	13	Пищеварение и вес	55
Что нужно знать непрофессионалу о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний?.	15	Раздел 4. ГЕПАТОЛОГИЯ	57
Откуда вообще взялась профилактическая кардиология. Рузвельт и Фремингемское исследование.	15	Неалкогольная жировая болезнь печени.	59
Факторы риска. Какие они бывают и что с ними делать?.	17	Гепатит и гепатопротекторы	61
У меня есть фактор риска... Доктор, все плохо?	20	Гепатит С	62
А что, если их много? Что такое суммарный риск?	20	Цирроз печени	63
Принципы коррекции основных модифицируемых факторов риска	22	Раздел 5. УРОЛОГИЯ	65
Раздел 2. ПУЛЬМОНОЛОГИЯ	29	Предстательная железа, простата, хронический простатит: физиология	67
Астма и ХОБЛ – как избежать этих заболеваний и что делать, если они уже есть.	31	А у вас, батенька, простатит.	68
Лечение астмы и ХОБЛ	33	Острый бактериальный простатит (I категория)	71
Бросаем курить.	35	Хронический бактериальный простатит (II категория)	72
Врачебные хитрости и ужасы кальяна.	36	Хронический абактериальный простатит/ синдром хронической тазовой боли (III категория)	73
О пневмонии	37	Бессимптомный (асимптоматический) хронический простатит (IV категория)	77
Пневмококковая инфекция и вакцинация	38	Цистит – не мужское заболевание.	78
Гриппозная пневмония.	39	Лечение цистита	80
Раздел 3. ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ	41	Хронический цистит	83
Дисбактериоз?! И это в «доказательной-то» медицине?	43	Бактерии в моче. Нужно ли лечить это?	87
Избыточный рост бактерий в тонкой кишке, или СИБР.	44	Раздел 6. ГИНЕКОЛОГИЯ.	89
А как же глисты и лямблии?	45	Восстановление после родов	91
Злобный глютен и СРК.	45	Когда обратиться к врачу	93
Подари мне, Санта, антидепрессанты	47	Раздел 7. НЕВРОЛОГИЯ.	95
Желудок и пищевод	49	Почему болит спина.	97
Рефлюксная болезнь и функциональный рефлюкс.	50	Факторы риска болей в спине	98
		Обследование и анализы.	98
		Раздел 8. ДЕРМАТОЛОГИЯ.	101
		Сухость кожи	103
		Чувствительная кожа	105
		Рак кожи	107
		Меланома	107

Немеланомный рак кожи	109
Профилактика рака кожи	110
Ультрафиолетовое излучение и его эффекты	111
Фотозащитные средства	113
Гелевый маникюр и онкология	115
Грибок ногтей	116

Раздел 9. АЛЛЕРГОЛОГИЯ- ИММУНОЛОГИЯ	119
Вокруг иммунитета	121
Ненужные анализы	123
Иммунитет: врожденный и приобретенный.	123
Иммуномодуляторы, витамины, БАДы	124
Здоровые пути для укрепления иммунитета.	124
Иммунная система и возраст	125
Питание, еда и иммунная система	126
Можно ли улучшить иммунитет с помощью трав и БАДов?	127
Стресс и функции иммунной системы	127
Ослабляют ли простуды иммунитет?	127
Физические нагрузки и иммунитет. Хорошо или плохо?.	128
Волшебная таблетка для иммунитета	129
ВИЧ	129
Когда обследоваться на ВИЧ?.	131
Вакцинация взрослых, или Как не умереть от детской болезни	131

Раздел 10. ПЕДИАТРИЯ	139
Корь	142
Коклюш	142
Расширенный график вакцинации.	144
Сомнения	145

Раздел 11. ОРТОПЕДИЯ	147
Остеоартрит	149
Плоскостопие.	155
Остеопороз Бабина	160

Раздел 12. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ	167
Заболевания щитовидной железы	169
Сахарный диабет и его профилактика	174
Ожирение: оптимальные способы контролировать вес	178

Раздел 13. ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ И СОВРЕМЕННЫЙ СНЕКС UP	185
Меняем образ жизни	188
Рекомендации по здоровому питанию	189
Об алкоголе	201
Краткое резюме по рациональному питанию	204
Рекомендации по физической активности.	204
Физическая активность.	205
Физическая активность: техника безопасности	211
Краткое резюме по физической активности	212
Поддержание нормального веса	212
Об авитаминозе и приеме витаминов.	214
О микроклимате в помещениях	216
Не забывайте про защиту от солнца.	216
Современный chek up, общие принципы в зависимости от пола и возраста.	217
Как правильно пройти chek up.	217

Раздел 14. ОФТАЛЬМОЛОГИЯ	219
Компьютерный зрительный синдром.	221
Снижение зрения после 40 лет	223
Коррекция пресбиопии	226
Синдром сухого глаза	227
О профилактике	230

Раздел 15. ОНКОЛОГИЯ	233
Что такое рак	235
Клеточная биология.	235
Виды злокачественных опухолей.	239
Распространенность злокачественных опухолей	239
Профилактика рака	241
Скрининг рака	242
Методы диагностики онкологических заболеваний	246
Морфологическая диагностика.	247
Хирургическое лечение	248
Лучевая терапия	249
Химиотерапия	252
Иммунотерапия	254
Таргетная терапия.	256
Гормонотерапия	260
Контроль после проведенного лечения	262
Паллиативная терапия	263

Раздел 16. ПУТЕШЕСТВИЯ	265	Как мозг обучается.	284
Здоровье в путешествиях.	267	Человек – это его коннектом	286
Аптечка путешественника	267	Можно ли обогатить коннектом	287
Вакцинация и химиопрофилактика	268	Что такое когнитивные функции и где они живут	289
Медицинская помощь вдали от дома	274	Контроль поведения	298
Раздел ПОСЛЕДНИЙ	275	Память	300
Как устроен головной мозг	277	Список литературы и полезные ссылки. .305	
Умное серое вещество	279	Алфавитный указатель.	309
Верный друг и напарник – белое вещество	282		
Клеточное строение мозга.	283		
Ломовая лошадка мозга – нейрон	284		



БЕЗГРАНИЧНО РАЗУМНЫМ ПОСВЯЩАЕТСЯ

Уважаемый читатель!

Авторы этой книги — практикующие врачи, со многими из которых я знаком годы и даже десятки лет.

У книги необычный для обращенной к пациенту литературы формат — она в большей степени направлена на выявление и контроль факторов риска и раннюю диагностику тех заболеваний, где ранняя диагностика может принести пользу, — к сожалению, еще не при всех болезнях медицина способна остановить болезнь.

Кратко содержание книги можно описать так: что делать, пока негативное событие еще не случилось и чтобы не случилось в будущем. Современная медицина не может гарантировать благополучного будущего, но может оценивать его в вероятностных категориях и также с определенной вероятностью предотвращать нежелательные события.

Книга дает пациенту знания, когда нужно обратиться к врачу и что нужно делать, чтобы такая потребность возникала реже. Профилактика заболеваний уже сотни лет декларируется врачами как приоритет, но в лечении мы пока преуспели гораздо больше. Пусть эта книга станет малым вкладом в большое дело профилактики.

Здоровья вам и долгих продуктивных лет жизни.

С уважением, **Алексей Свет**,
кардиолог, к.м.н., доцент,
главный врач Первой градской больницы им. Н.И. Пирогова г. Москвы,
телеведущий

Введение: как сохранить здоровье и не утратить желания жить

Термин *Healthhacking* придуман не нами, но его пока нельзя назвать общепринятым. Мы и некоторые наши единомышленники в разных концах света вкладываем сюда следующий смысл: использование достижений медицинской науки для долгой и комфортной жизни с применением только проверенных в исследованиях методов.

Более распространенная практика биохакинга (*Biohacking*) могла бы показаться, на первый взгляд, в чем-то похожей, но мы ее считаем, скорее, антиподом научной медицины и ее принципов. Биохакинг — движение, призывающее использовать плохо исследованные «новейшие» технологии для продления жизни и получения суперспособностей (необычных памяти, скорости мышления, остроты зрения, слуха и т.д.). Биохаkers «спешат жить». Вчера газеты написали об успешном исследовании нового препарата на крысах, а сегодня биохаkers его добывают любыми средствами, не всегда законными, и принимают. Врачи, участвовавшие в клинических испытаниях, смотрят на эту практику с грустной улыбкой, поскольку знают, как часто успех на одной модели не подтверждается на другой. То, что помогает крысам, для человека может быть убийственным. Биохаkers принимают десятки биодобавок, содержащих витамины, селен, таурин, триптофан, вводят себе половые гормоны, применяют психостимуляторы и антидепрессанты, средства улучшения памяти и многое другое. Общее у биохакеров одно — при серьезной теоретической базе, подведенной под «системы продления жизни», у них нет экспериментального подтверждения. Эксперимент они проводят на себе, поэтому не удивляют сообщения прессы о внезап-

ной смерти 28-летнего основателя биохакинг-компании. На наш взгляд, первым биохакером был Майкл Джексон, который путем посещения барокамеры и дезинфекции всего вокруг планировал прожить 150 лет. Результат нам известен.

Книгу, которую вы держите в руках, написала команда врачей, работающих по принципам *Evidence Based Medicine* (медицины, основанной на доказательствах, или доказательной медицины). Тут не будет рекомендаций, которые мы не могли бы объяснить и сослаться на источник — исследование, где данные были получены. Это главный, но не единственный принцип, который лег в основу этой книги.

Другой принцип — рецепты, которые мы предлагаем, должны либо продлевать жизнь, либо улучшать ее качество. Абстрактные рекомендации, ценность которых нельзя оценить, такие как «улучшение мозгового кровообращения» или «очистка сосудов от шлаков», вы здесь не встретите.

Третий принцип — рекомендации должны быть посильны и исполнимы. Известно, что среди деревенских жителей небогатых горных районов много долгожителей. Там люди питаются не слишком калорийно, едят много растительной пищи, у них регулярные физические нагрузки. Но мы не будем предлагать переселиться в горный аул: думаем, немногие из вас согласятся. Если мы даем рекомендации, требующие от вас известных усилий, например бросить курить, мы сообщим и о наиболее эффективных и реалистичных способах достичь этой цели.

Из третьего принципа проистекает и понятие комплаенса, то есть приверженности данным рекомендациям. Если мы будем предлагать вам «бремена тяжелые и недо-

боносимые», надеяться на долгое их ношение не придется. В этой книге особое внимание уделено легкорезализуемым рецептам, которые приносят очевидный результат.

Издание может быть полезно людям любого возраста, но в первую очередь оно ориентировано на читателей средней возрастной категории, когда факторы риска уже появляются, но болезни либо еще нет, либо она не приняла необратимый характер. Поэтому в разделе «кардиология» не будет информации, как лечить стенокардию напряжения, мы напишем, как не допустить ее развития. В «гастроэнтерологии» мы не пишем, как лечить язву желудка, но напишем, как максимально снизить ее

риск и риск развития рака желудка и толстой кишки.

Поскольку книга ориентирована на людей наиболее активного возраста, особое внимание в ней уделено сохранению мужского и женского здоровья, восстановлению после беременности и медицинским рискам, которым подвержены много путешествующие.

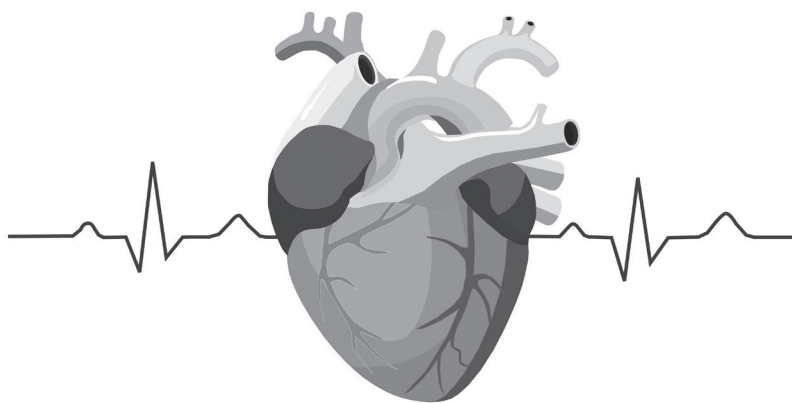
Завершает издание краткая, но достаточная информация об объеме профилактического обследования *check up*, которое разумно проходить в зависимости от вашего пола и возраста.

Приятного чтения, уважаемые будущие долгожители!

РАЗДЕЛ 1

КАРДИОЛОГИЯ

Автор: Ольга Соколова,
врач-кардиолог высшей квалификационной категории,
кандидат медицинских наук

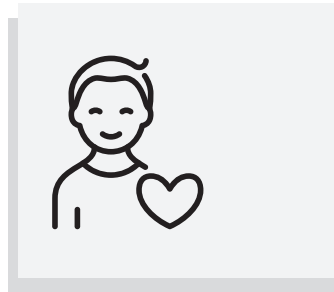


Что нужно знать непрофессионалу о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний?

За последние сто лет мир сильно изменился, и люди научились противостоять угрозам, которые до того успешно убивали их в течение многих столетий. Но золотой век почему-то не наступил. С тех пор как люди, во всяком случае в развитых странах, научились не умирать в молодом возрасте от голода и инфекций и в среднем стали жить дольше, оказалось, что пальма первенства среди причин смертности принадлежит сердечно-сосудистым заболеваниям. Поскольку инфарктам и инсультам свойственно убивать людей внезапно, часто в совершенно активном еще возрасте, а тем, кто остается в живых, существенно портит качество жизни, вполне понятно, что человечество тратит довольно много сил и других ресурсов для того, чтобы избежать этой напасти. Следует признать, что мы многому научились в этой области и многое знаем. Мы — это и человечество в целом, и каждый случайный прохожий на улице, и каждый конкретный читатель этой книги. Да-да, сейчас люди, как правило, значительно более информированы в этом вопросе, чем их родители и тем более бабушки и дедушки, даже если они совершенно не интересуются здоровым образом жизни. «Здоровый образ жизни» звучит сейчас, как говорится, из каждого утюга, и что «соль/сахар/ненужное

зачеркнуть — белая смерть» уже давно знает каждый школьник. Даже то количество шуточек и анекдотов, которые немедленно всплывают в голове любого из нас при мысли о здоровом образе жизни и активном долголетии («курящая мать никогда не станет отцом», «кто не курит и не пьет, тот здоровеньким помрет» и т.д.), свидетельствует о том, что тема давно и прочно укоренилась в общественном сознании.

С другой стороны, поскольку научный поиск в любой области всегда идет через череду ошибок и заблуждений и новая информация нередко опровергает предыдущую, в общественном сознании существует значительная путаница в отношении того, что именно надо и не надо делать, чтобы не умереть от инфаркта или не инвалидизироваться в результате инсульта, не закончив еще все свои жизненные планы. В этой главе мы постараемся разобраться во всей этой путанице, ориентируясь на ту научную информацию в области профилактической кардиологии, которая существует на данный момент. При этом следует учитывать, что развитие этого направления продолжается, и вполне возможно, что уже через год-два этот текст будет нуждаться в существенной правке.



Откуда вообще взялась профилактическая кардиология. Рузвельт и Фремингемское исследование

Так вот. Начнем с начала. Сейчас в это уже сложно поверить, но совсем недавно никакой профилактической кардиологии еще не было. Еще в 30-40-х годах XX века — среди нас живут люди, которые помнят это время, —

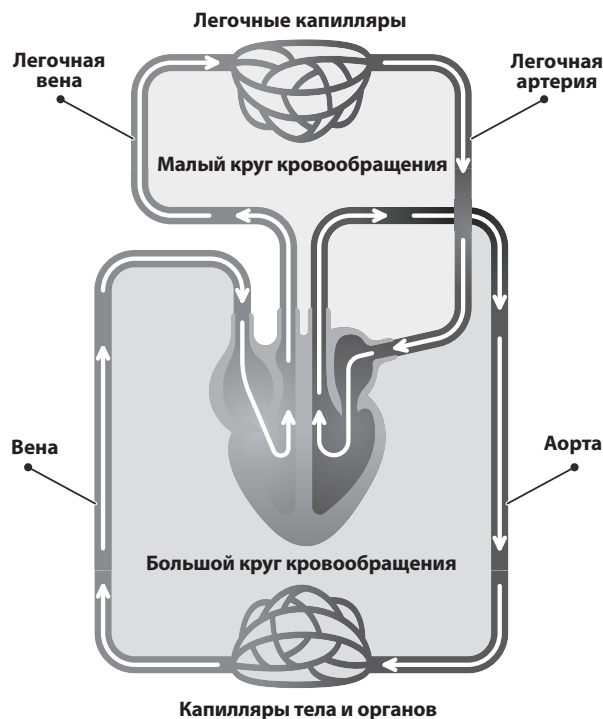
человечество не знало очень многих вещей, которые теперь известны даже школьникам. И тогдашние доктора считали естественными проявлениями нормального старения очень многое из того, чего мы давно привыкли

опасаться, например повышение уровня холестерина или артериального давления. Более того, в те времена единственным риском, с которым в массовом сознании связывалось курение, был ущерб для семейного бюджета. И так бы все продолжалось и дальше, если бы не 32-й президент США, Франклин Делано Рузвельт. Да, появлением профилактической кардиологии мы обязаны ему, но не как политику, а как пациенту.

В 1932 году во время своей избирательной кампании Франклин Рузвельт обнародовал, как это принято и сейчас, свои медицинские данные. На тот момент его уровень артериального давления составлял 140/100 мм рт. ст., и это совершенно не считалось тогда поводом для какого-либо вмешательства. После того, как Рузвельт стал президентом, он выбрал в качестве своего персонального врача отоларинголога, потому что самыми частыми медицинскими проблемами в его предшествующей жизни были синуситы. К 1941 году артериальное давление президента достигало уже 188/105 мм рт. ст., но это тоже считалось вполне нормальным для мужчины его возраста. Несмотря на то что президент выглядел откровенно плохо, и это стало бросаться в глаза окружающим, тогдашняя медицина признала проблему только в 1944 г., когда у Рузвельта уже появилась сердечная недостаточность. Впрочем, эффективных лекарств ни от высокого артериального давления, ни от сердечной недостаточности тогда не существовало, и Франклин Делано Рузвельт умер от кровоизлияния в мозг в апреле 1945 г. Ему было 63 года, и его артериальное давление на момент инсульта составляло 300/190 мм рт. ст. Так президент Рузвельт разделил судьбу очень многих своих соотечественников, поскольку, по тогдашней статистике, сердечно-сосудистые заболевания уже были наиболее частой причиной смертности в стране. На тот момент всем уже было ясно, что это проблема,

и проблема серьезнейшая, но еще практически не было никакой научной информации о том, какие причины лежат в основе сложившейся ситуации. Было понятно, что для поиска этих причин нужны серьезные исследования, которые потребуют серьезных денег. Получить согласие Конгресса на финансирование таких исследований следующему президенту США Гарри Трумэну удалось только в 1948 г., и именно судьба его предшественника и послужила решающим аргументом.

ДВА КРУГА КРООБРАЩЕНИЯ



К тому моменту представители североамериканского Минздрава и медицинской школы Гарвардского университета уже вовсю занимались планированием большого эпидемиологического исследования. В качестве идеального места для его проведения был выбран город Фремингем в штате Массачусетс — далеко не в последнюю очередь

из-за географической близости к Гарварду и энтузиазма местных врачей. Впрочем, Фремингем, который насчитывал на тот момент около 28 тысяч жителей и относительно недавно превратился из сельскохозяйственной местности в промышленный город, действительно считался вполне репрезентативным для США 1940-х годов. Жители города, которые уже имели некоторый опыт участия в эпидемиологических проектах (раньше там уже проводилось такое исследование в области туберкулеза), дали свое согласие, и профилактическая кардиология родилась.

На первом этапе Фремингемского исследования, которое потом стало легендой (кстати, оно продолжается до сих пор),

в него были включены 5209 здоровых жителей города в возрасте от 28 до 62 лет. Каждые 2 года они проходили достаточно подробные медицинские осмотры и сдавали анализы, кроме того, исследователи отслеживали информацию о болезнях, госпитализациях и смертях участников. Уже через 6 лет такого наблюдения ученым удалось сформулировать то, что сейчас лежит в основе всей современной профилактической кардиологии, — что существуют определенные обстоятельства, которые сами по себе могут и не быть медицинскими проблемами, но которые увеличивают вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний в будущем. Их назвали факторами риска.

Факторы риска.

Какие они бывают и что с ними делать?

Сейчас принято делить все факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний на те, на которые мы можем воздействовать, например с помощью лекарств или изменения образа жизни (их называют модифицируемыми), и на те, которые мы изменить не в силах (они называются немодифицируемыми).

К *немодифицируемым* факторам риска относятся:

- Возраст. Чем старше мы становимся, тем выше шансы стать пациентом кардиолога. Увы, это так, особенно после 65 лет.

- Мужской пол. Мы против гендерной дискриминации, но это факт. Женщины до менопаузы естественным образом защищены от сердечно-сосудистых катастроф. После менопаузы риск увеличивается, но все равно женщины в среднем начинают болеть примерно на 10 лет позже мужчин.

- Наследственность. Если у кого-либо из ваших ближайших родственников случился инфаркт или инсульт в относительно молодом возрасте (до 55 лет, если речь идет

о родственнике мужского пола или до 65 лет, если речь идет о женщине), то это увеличивает ваши шансы стать пациентом кардиолога.

- Принадлежность к определенным этническим группам. У людей африканского происхождения и у выходцев из некоторых стран Азии риск выше, чем у европейцев.

Как все понимают, на современном этапе развития человечества мы действительно ничего не можем поделать с этими обстоятельствами. Хорошая новость состоит в том, что тех факторов риска, которые мы можем изменить (*модифицируемых* факторов), существенно больше.

- Курение. Несмотря на то что у каждого из нас есть пример родственника или знакомого, который всю жизнь дымил как паровоз и умер в глубокой старости в результате несчастного случая, курить действительно вредно. При этом курящий приносит вред не только себе, но и всем тем, кто вдыхает

дым от его сигареты. По статистике, курение сокращает продолжительность жизни в среднем примерно на десять лет. Поскольку этот раздел посвящен профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, мы сконцентрируемся здесь на том, что курение делает с системой кровообращения и не будем касаться здесь онкологических рисков, повреждающего воздействия на органы дыхания и прочих медицинских последствий этой привычки.

Итак, в кровеносной системе курение повреждает внутренний слой сосудистой стенки (эндотелий), чем способствует атеросклерозу — процессу отложения в толще сосудистой стенки жиров, который в конечном итоге приводит к сужению артерий за счет формирования атеросклеротических бляшек. Кроме того, курение увеличивает склонность артерий к спазму и способность крови к тромбообразованию. Дополнительной проблемой является тот факт, что курение усиливает действие других факторов риска, о которых речь будет идти немного позже: повышает уровень вредной разновидности холестерина и снижает содержание полезной, приводит к повышению артериального давления и частоты сердечных сокращений.

В результате всех этих обстоятельств у курильщиков заметно выше риски практически всех сердечно-сосудистых осложнений по сравнению с некурящими. Это касается и риска заболевания у ранее здоровых людей, и риска новых проблем у пациентов с уже имеющимся диагнозом. Различные кардиологические риски увеличиваются под действием курения в разной степени, но в среднем надо исходить из того, что, продолжая финансировать табачную промышленность,

мы увеличиваем вероятность серьезных проблем со здоровьем примерно в два раза.

Следует помнить, что риск сердечно-сосудистых заболеваний увеличивают любые табачные продукты и все многообразные способы их употребления, которые за свою долгую историю придумало человечество. Выраженность их повреждающего действия максимальна при тех способах потребления табака, когда человек вдыхает дым, но риск статистически достоверен и при употреблении бездымных продуктов. Следует отдельно оговорить, что переход на сигареты, которые маркируются как «легкие», совершенно не решает эту проблему: давно удалось показать, что потребители таких сигарет, как правило, просто глубже и чаще затягиваются и в результате получают ту же дозу никотина, что и обычно.

- Высокий уровень холестерина. Если говорить очень упрощенно, то холестерин — это то самое жироподобное вещество, которое при неудачном стечении обстоятельств может забиваться в толщу сосудистой стенки и образовывать атеросклеротические бляшки, о которых мы уже писали чуть выше. Правда, здесь надо оговориться, что в крови холестерин плавает не сам по себе, а в составе комплексов с белками (липопротеинов), и разные липопротеины ведут себя в этом отношении очень по-разному. Липопротеины низкой плотности (ЛПНП, так называемый вредный холестерин) действительно так и норовят проникнуть в артериальную стенку и учинить там форменное безобразие, а липопротеины высокой плотности (ЛПВП, «полезный холестерин»), наоборот, тащат хо-

Большинство людей с повышенным уровнем холестерина — это вовсе не любители фастфуда, а просто обладатели тех или иных биохимических дефектов, чаще всего — не слишком удачной конструкции рецепторов к липопротеинам низкой плотности.

лестерин подальше от греха в печень, чтобы та использовала его для чего-то нужного.

Да-да, нужного. На самом-то деле холестерин — это очень полезная молекула, хотя у читателей научно-популярных страшилок, скорее всего, сложилась противоположная точка зрения. Холестерин — это универсальный строительный материал, который входит в состав любых мембран (оболочек) всех клеток человеческого тела, из которого наш организм делает многие гормоны, витамин D и даже компоненты желчи для переваривания пищи. Именно поэтому мы прекрасно застрахованы природой от нехватки холестерина из-за неудачной охоты на мамонта или внезапного решения стать веганом: большую часть содержащегося у нас в крови холестерина синтезирует печень, и она будет его синтезировать даже если мы перейдем на хлеб и воду. Наоборот, вопреки распространенным стереотипам с пищей человек получает относительно немного холестерина — не более 15% от общего количества.

- Высокое артериальное давление (артериальная гипертензия). Устойчивое повышение уровня артериального давления $\geq 140/90$ мм рт. ст. при измерении на приеме врача (или $\geq 135/85$ мм рт. ст. при самоконтроле) способно испортить многое в нашем организме. Артериальная гипертензия повреждает эндотелий сосудов (а это, как мы помним, помогает холестерину проникать через него и образовывать бляшки). Кроме того, повышенное артериальное давление ухудшает функцию почек, заставляет утолщаться стенки сердца, увеличивает вероятность развития инфарктов, инсультов, сердечной недостаточности, некоторых нарушений сердечного ритма.

- Недостаточная физическая активность. Да, образ жизни «диван-руль-компьютер-руль-диван» где-то на треть увеличивает вероятность в какой-то момент жизни стать пациентом кардиолога. Кроме того, физическая

активность помогает держать под контролем другие факторы риска — артериальное давление, холестерин, сахар крови, массу тела и психологические факторы.

- Сахарный диабет. При всех типах сахарного диабета примерно в 2-4 раза повышен риск разнообразных, но одинаково малоприятных приключений в области кардиологии. Собственно, большинство людей с диабетом в конечном итоге умирают именно от сердечно-сосудистых заболеваний. Это связано с тем, что повышенный уровень глюкозы в крови повреждает сосуды, делая их более уязвимыми для атеросклероза. Плохая новость заключается в том, что наличие диабета увеличивает кардиологические риски даже у людей с хорошим контролем заболевания, то есть даже у тех, кому удалось достичь нормальных или практически нормальных уровней сахара. Поэтому при диабете важно максимально корректировать и все остальные факторы риска, тем более что у людей с диабетом чаще бывают повышенное артериальное давление и проблемы с холестерином.

- Избыточная масса тела и ожирение. На самом деле это фактор риска с наиболее противоречивой доказательной базой, потому что существует так называемый парадокс ожирения: с одной стороны, наличие лишнего веса увеличивает сердечно-сосудистый риск у здоровых людей молодого и среднего возраста, особенно если речь идет об отложении жира в брюшной полости — абдоминальном ожирении. С другой стороны, у людей с уже имеющимися сердечно-сосудистыми заболеваниями, особенно с сердечной недостаточностью, наличие нетяжелого ожирения улучшает прогноз, и это же относится к пожилым людям старше 65 лет. Как бы то ни было, у людей с избыточной массой тела чаще встречаются другие факторы ри-



ска — артериальная гипертензия, сахарный диабет, проблемы с холестерином.

Несколько особняком стоит группа *психосоциальных факторов риска* — некоторые авторы относят их к категории модифицируемых, некоторые — к категории немодифицируемых. Действительно, если человек еще как-то может изменить свой уровень стресса, то очень немногим удастся что-то сделать, например, с бедностью. Как бы то ни было, сердечно-сосудистые риски действительно выше у людей с низким образовательным

уровнем, с низким уровнем дохода, у тех, кто одинок и не имеет социальной поддержки, при наличии депрессии, тревожности, высоком уровне стресса, некоторых личностных характеристиках (так называемом типе личности D). Отчасти эти факторы действуют за счет прямого изменения биохимии организма, отчасти — за счет худшего контроля других факторов риска: например, человек в депрессии, скорее всего, не будет пытаться бросить курить, у него может не быть сил регулярно принимать таблетки и т.д.

У меня есть фактор риска... Доктор, все плохо?

Нет, в большинстве случаев наличие фактора риска совершенно не означает, что вы обязательно заболите, — оно лишь увеличивает статистическую вероятность такого хода событий в будущем. Если попробовать объяснить это на медицинском примере, то фактор риска — это что-то типа плохо закрепленного листа кровельного железа на крыше одного из домов той улицы, по которой вы каждый день ходите на работу. Вероятность, что этот лист жести оторвется и упадет вам на голову, действи-



тельно выше, чем если бы он был закреплен идеально, но это лишь один из возможных сценариев. Этот лист может вообще никогда не оторваться, потому что в городе не будет достаточно сильного ветра, он может попасться на глаза сотрудникам коммунальных служб, и они примут необходимые меры, наконец, он может все же оторваться, но ночью, когда на улице не будет людей.

Единственным исключением тут могут быть ситуации с очень высокими уровнями отдельных факторов риска, например при некоторых генетических синдромах, связанных с экстремально высоким уровнем холестерина.

А что, если их много? Что такое суммарный риск?

На самом деле очень часто бывает, что у человека имеется вовсе даже не один, а несколько факторов риска. Что происходит в таких ситуациях, мы знаем тоже благодаря Фремингемскому исследованию: построенные на основании его данных математические модели

показали, что факторы риска усиливают действие друг друга. В результате этого может оказаться так, что, допустим, курящий 1-2 сигареты в день человек с немного повышенным давлением и холестерином на верхней границе нормы может рисковать в той же степени,

что и его некурящий ровесник с нормальным давлением и очень высоким холестерином. В связи с этим было придумано понятие суммарного риска — вероятности развития сердечно-сосудистых заболеваний или смерти от них у конкретного человека на основании имеющихся у него факторов риска. Этот суммарный риск определяют с помощью так называемых калькуляторов риска, которые создаются для определенных географических регионов с учетом местной статистики распространенности, с одной стороны, сердечно-сосудистых заболеваний, а с другой — наиболее важных факторов риска. Необходимость географической привязки обусловлена тем, что в разных частях света живут люди с довольно разными генетическими особенностями, разным рационом питания, культурными традициями и образом жизни в целом, наконец, они живут в разных экологических условиях. В результате судьба людей с одинаковым профилем факторов риска, живущих, например, на Средиземноморском побережье и в отечественной глубинке, может быть очень различной. В разных странах к этой необходимости подходят по-разному: где-то создают принципиально новый калькулятор риска, проведя перед этим собственные эпидемиологические исследования, где-то берут готовый инструмент и адаптируют его к своим условиям, используя локальную статистику. В большинстве стран Европы для оценки суммарного риска используется калькулятор SCORE, который существует в виде таблиц или в виде онлайн-калькулятора. В своем классическом варианте таблицы SCORE основаны на пяти параметрах: пол, возраст, курение, уровень общего холестерина и уровень систолического артериального давления, при этом существуют отдельные таблицы для стран с низким и высоким уровнем риска (к последней категории относится и Россия). При создании версии SCORE для стран с высоким уровнем риска использовались российские данные, так что мы вполне можем пользоваться этим

калькулятором, но его валидизация (проверка работоспособности) применительно к нашим условиям пока не завершена, так что верить ему следует с определенными ограничениями. Более того, вполне может оказаться так, что создание одного-единственного инструмента, который одинаково хорошо будет предсказывать риск в разных регионах огромной и очень разной России, — это просто-напросто нереальная задача. Впрочем, поскольку лучшего калькулятора риска у нас нет и в ближайшее время не предвидится, мы используем этот.

Да, SCORE (как и другие калькуляторы) можно использовать самостоятельно, но свой результат лучше обсудить с врачом (особенно если вы в чем-то сомневаетесь). Начать с того, что у некоторых людей вообще не нужно использовать таблицы SCORE, и речь идет даже не о том, что этот калькулятор риска рассчитан только на людей среднего возраста — от 40 до 65 лет. Дело в том, что уровень риска у некоторых людей можно определить сразу, не прибегая к помощи калькулятора.

Например, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений однозначно имеют люди с уже приобретенными сердечно-сосудистыми заболеваниями. Кроме них, к этой категории относятся люди с тяжелой почечной недостаточностью, а также с сахарным диабетом при наличии у них или признаков диабетического поражения каких-либо органов (например, почек или глаз), или других факторов риска, например курения, высокого холестерина, высокого давления.

Также без помощи таблиц нередко можно распознать категорию высокого риска: сюда относятся люди с умеренной почечной недостаточностью, с очень высоким уровнем одного из факторов риска (например, с концентрацией общего холестерина ≥ 8 ммоль/л или артериальным давлением $\geq 180/110$ мм рт. ст.), а также большинство остальных людей с диабетом (за исключени-