

Вероятността за сериозен инфаркт е най-голяма в понеделник сутрин в сравнение с всички останали дни от седмицата. Заключението идва от ново изследване, представено на годишната конференция на британските специалисти по сърдечносъдови болести.

Проучването, проведено от лекари от Тръста за здравеопазване и социални грижи в Белфаст и от Кралския колеж по хирургия в Ирландия, анализира здравните истории на малко оповече от 10 500 души, приети в кардиологични клиници със сърдечен удар между 2013 г. и 2018 г.

Всички са постъпили с най-тежкия тип инфаркт, известен като миокарден инфаркт с елевация на ST сегмента (STEMI). При него основната коронарна артерия, която доставя кръв към сърцето, се блокира напълно, за разлика от инфарктите с по-добра прогноза, при които запушването на собствените съдове на сърцето е частично, съобщава Британската сърдечна фондация.

Изследователите откриват значително увеличение на тежките инфаркти в началото на работната седмица, като

честотата е най-висока в понеделник - с 13% нагоре

Без спешна медицинска помощ STEMI могат да бъдат фатални. Пациентите се нуждаят от неотложни действия за отваряне на блокираната коронарна артерия, за да се възобнови подаването на кръв към сърцето.

Въпреки че е по-рисково максимално застрашаващите инфаркти да ударят в понеделник, това не означава, че е малко вероятно да се случат през останалата част от седмицата. И в понеделник, и във вторник, и във всеки друг ден от седмицата сърдечните удари са едни от най-честите спешни състояния.

И други екипи учени са отчитали повече съдбовни сърдечносъдови инциденти в първия работен ден след уикенда.

Отговорът на въпроса защо е така не е еднозначен. Повечето изследователи

обвиняват стреса от връщането на работа за повишения риск

Друга възможност е връзка със седмичните циркадни ритми, които задават периодичност на пика на излъчване на хормони с отношение към артериалното налягане. (Когато кръвното е повишено, това създава условия за запушване на артериите.)

Има и хипотеза за роля на

натрупването през почивните дни на неблагоприятни фактори като прекаляване с цигари, алкохол, солени и мазни храни, а при по-млади - и недоспиване заради купони

Възможно е също организъмът да реагира с екстремно повишаване на кръвното в резултат на неразтоварен хроничен стрес, който се нуждае от една капка напрежение от предстоящия нов цикъл работна седмица, за да прелее в живото-застрашаващо състояние.

Всеки случай е различен, но най-вероятно причината за инфарктите е комбинация от различни рискове.

Освен в ден като понеделник кардиолозите имат повече пациенти и през студения сезон, и през месеца на коледно-новогодишната суетня, както и в дните след преминаването към лятно часово време.

При инфаркт и особено при най-неблагоприятната му разновидност прогнозата много зависи от бързото започване на лечение за възобновяване на снабдяването на сърцето с кръв. Оплаквания, които сигнализират за търсене на медицинска помощ без отлагане, са:

- Болка зад гръдната кост
- Прималяване
- Гадене
- Болка/дискомфорт в ръката или рамото
- Скваност/болка в гърба, врата и че-

В понеделник сутрин е по-вероятно от всеки друг ден

да ни събори тежък инфаркт



ЛЮБОМИРА НИКОЛАЕВА

LNikolaeva
@24chasa.bg

Facebook:
24 часа

- **Учените: Да не се прави погрешен извод, че това е моментът за специални мерки, най-ефективната защита е всекидневната грижа за доброто здраве на сърцето**
- **Ако пушите, откажете се, хранене се балансирано, бъдете активни физически, разтоварвайте се от стреса**
- **Известно е и сутрешното повишаване на случаите по принцип**
- **Зачестяват и в студения сезон, през месеца на коледно - новогодишната суетня и в дните след минаване към лятно часово време**

люстта

- Задух

При жените знаците в повечето случаи са нюансирани

Най-честите оплаквания са от стомашен дискомфорт, гадене, повръщане, задух и болка в гърба или челюстта.

Според друго проучване, публикувано в Европейския журнал по епидемиология,

в деня след уикенда рискът за инфаркт от всеки вид е с около 20% по-висок за мъжете и с 15% повишен за жените

Когато коментират данните за понеделнишко повишаване на тежките ин-

фаркти, кардиолозите уточняват да не се прави погрешен извод, че началото на седмицата е време за специални мерки.

„Най-ефективната защита - казват те - е всекидневната грижа за доброто здраве на сърцето. Ако пушите, откажете цигарите, хранене се балансирано и в умерени количества, бъдете активни физически, разтоварвайте се от стреса.

Следете кръвното си налягане, холестерола и кръвната захар

Фамилна история за сърдечни заболявания също може да увеличи риска.

А за хипертониците е важно да си пият предписаните им лекарства редовно и точно според указанията на лекуващия ги кардиолог.“

Проф. Добрин Василев, председател на Българското дружество по интервенционална кардиология:

Лошото хранене, пушенето, обездвижването и стресът са врагове на сърцето – **спреш ли ги, спираш да губиш години живот**

МАРИНА ЗЛАТЕВА

- Проф. Василев, инициативи като Световния ден на сърцето, който се отбелязва на 29 септември, целят повишаване на вниманието и информираността за сърдечносъдовите заболявания. От вашия опит на кардиолог какво знаят хората за сърцето и какво все остава неразбрано?

- Всекидневните ми разговори с пациентите показват, че повечето хора все още знаят твърде малко за сърцето и сърдечносъдовото здраве. Ученето на това как да живеем, да се храним здравословно, как да се грижим за здравето си трябва да започне от училищна възраст – когато се възпитават навиците.

Трудно е вече на 50-60 г. човек да започне да променя навиците и начина си на живот

Случва се, но като изключение: един на 50 пациенти може да се промени значително, даже изцяло, един на 20 ще се съобрази с някои препоръки, останалите ще изпълняват съветите седмица-две-три след остър инцидент и дотам. Острите сърдечносъдови инциденти - например инфаркт, както и прединфарктни и постинфарктни състояния или тежка аритмия, която води до разстройство на хемодинамиката, разтърсват живота, ежедневния ритъм, човек изпитва истински страх от това, че диша тежко и не му стига въздух. Реалната промяна на живота и навиците обаче е много трудна, особено за българите. Това е и причината за постоянно високата честота на сърдечносъдовите заболявания и България да е все на едно от челните места по сърдечносъдова смърт в света от години. Тези заболявания и особено коронарната болест на сърцето, която представлява 70-80% от кардиологичната патология, са социални болести.

През 2011 г. American College of Cardiology (ACC) представи компютърна томография на 57 мумии от египетските пирамиди, починалите са със средна възраст около 60 г. От тези изследвания със скенер се вижда, че още преди хилядолетия хората са боледували от атеросклероза, имали са отлагания на плаки в съдовете на сърцето, в сънните артерии.

Нашите тела не са се променили: реагират на охолното хранене с отлагания на различни холестеролови продукти в стените на съдовете, а това води до стеснения и запушвания и следват огромните проблеми с функциите на сърцето и правилното протичане на кръвта в съдове и органи. Промяната на начина на живот и начина на хранене може да доведе до сериозна промяна във възникването на болестта – може да не развиеш до болестни нива всичко това или да стане в напреднала възраст.

Когато станем пациенти обаче, болестта вече не може да бъде излекувана,

може да бъде добре лекувана, забавена, дори спряна като развитие, но няма да настъпи излекуване

Затова и във всички съвременни учебници по кардиология вече се говори за време, продължителност на експозиция на вредни фактори и интензивност на експозицията – не е все едно дали ядем мазна пържола веднъж седмично, или е всеки ден. Имат значение нивата на холестеро-



● Според световната статистика ние сме в групите с най-висок риск от атеросклероза и най-много болни на глава от населението - става дума за стотици хиляди българи със сърдечносъдови заболявания

● Профилактиката у нас ще бъде ефективна, когато стане задължителна

● Кръвното трябва да е под 120/80, а лошият холестерол – до 3 mmol/l

ла, който възниква вследствие на такова хранене и дали е леко, или силно повишен.

В моята практика все пак има примери на пациенти, които променят навиците си, след като са диагностицирани. Жена с коронарна болест, предсърдно мъждене, аортна склероза на възраст малко след 70-те спря да пуши, изцяло промени начина си на живот и хранене, придържа се към лекарствената терапия и това подобри качеството ѝ на живот.

- Каква е статистиката за сърдечносъдовите заболявания в България?

- Тя е силно изкривена и изключително трудна за интерпретация. Може да се разчита основно на тези специализирани центрове, които поддържат бази данни и водят наблюдение на пациентите си през годините. Световните данни сочат, че сме в групите общества с най-висок риск от атеросклероза и най-много болни на глава от населението. Това означава, че става дума за стотици хиляди българи със сърдечносъдови заболявания. Трябва да се грижим за тях. Първо те самите трябва да осъзнаят, че са болни и че имат сериозен, понякога животозастрашаващ проблем. Голяма част от пациентите не разбират, не приемат сериозността на състоянието си. У нас никой не иска да мисли, че е смъртен. Нашето обществено съзнание като че ли е настроено на очакване за безсмъртие. Наскоро казвам на възрастен пациент с инфаркт и усложнения, че има нужда от сърдечна операция и без нея ще умре, а той ми отвръща: „А стига, бел!“. Затова и българите масово не ходят на доктор. В нашата професия се виждат много често последиците от изкривения мъжкарски принцип: „Стискай, да ти мине.“ Чака се, докато положението стане нетърпимо, но очакванията са докторът да оправи нещата. В такава фаза на болестта обаче, какъвто и ресурс да инвестираш в лечението, в най-добрия случай можеш само да спреш развитието ѝ.

- Защо профилактиката е толкова трудна цел в България?

- Първо, на нейното осъществяване се гледа несериозно. На хартия всичко е

разписано. По състоянието на пациентите, които идват при нас, се вижда, че твърде малко се изпълнява. Второ, профилактиката по принцип трябва да има задължителен характер. Оставена само на свободната воля на българина, няма да стане ефективна.

У нас се ходи на доктор, когато си много зле. Когато си просто зле, се лекуваш сам

- Кои са най-вредните навици за сърдечносъдовото здраве у нас?

- Поставям погрешното хранене на първо място. Качеството на храните е лошо, най-достъпните продукти в магазините са свръхпреработени и съдържат всичко, което не трябва да се яде. Следва тютюнопушенето, с чието масово разпространение България също е в челните редици сред страните от ЕС. Третият стълб на вредните навици е обездвижването. Ако на един автомобил се слагат масло и гориво с ниско качество, двигателят в един момент се разваля. Ако стои само в гараж, след известно време ръждясва и се разпада. Сърцето е нашият двигател, принципът е същият.

Ако обаче човек е съзнателен, в който момент да спре лошите навици, ще има добър ефект. Ще спре да губи години живот.

- Къде стои стресът в списъка на враговете на сърцето?

- Той е фактор, който със сигурност влияе на телата ни. Хроничният стрес разболява, има връзка с развитието на хипертонията и съдовите промени. Говорим постоянно за стреса, но той не може да се оразмери количествено. Ако човек пуши по 2 кутии цигари на ден, класификацията казва „тежък пушач“. Ако живее със стойности на кръвното 150/100 постоянно, значи е „тежък хипертоник“. Ако „лошият“ холестерол (LDL) е над 4 mmol/l постоянно, има висок риск от атеросклероза. Това са рискови фактори с количествено измерение, при които целим намаление на количествената експозиция – прилагаме терапия за намаляване на холестерола, артериалното налягане и т.н. При стреса това е изключително трудно, защото по думите на Джон Йейтс, специалист по невронаука, изследовател на медитацията: „Дори да си много напреднал в медитацията и да си постигнал добър баланс в личния живот,

само едно силно стресогенно събитие е достатъчно, за да елиминира всичко постигнато“

Докато, ако си на терапия за висок холестерол и прейдеш веднъж с мазна храна, холестеролът няма да се вдигне.

- Какво включва профилактичният преглед и какви са съвременните норми на показателите, които трябва да следим?

- Нормите вече са обвързани с рисковия профил и са много индивидуални. Лошият холестерол например трябва да е под 3 – 3,6 mmol/l и донякъде е универсална норма. Всяко атеросклеротично заболяване, всеки рисков фактор сваля стойността на холестерола за конкретния човек. Оптималното артериално налягане е под 120/80. Дефиницията за артериална хипертония е стойности над 140/90, измерени при 2 последователни визити при лекаря, като измерването става след 5 мин в покой, без влияние на дразнителни и стресогенни фактори.

При стандартен профилактичен преглед трябва да се измери кръвното, да се направи електрокардиограма, да се разговаря с пациента за начина му на живот. При изследванията да се видят холестеролът, щитовидните хормони – има масова патология на щитовидната жлеза, кръвната захар на гладно, серумният креатинин (за бъбречната функция), чернодробните ензими (особено при полиберално отношение към алкохола). Алкохолът вече не се препоръчва дори и в минимални количества като профилактика за сърдечносъдовото здраве.

- Кои от дадените съвети прилагате лично?

- Всичко, което препоръчвам, е част от моя начин на живот. Никога не съм пушил, алкохол употребявам изключително рядко и в минимално количество, придържам се към хранене с много зеленчуци и плодове, без индустриално обработени храни, без добавена захар, с ниско съдържание на мазнини.

Чл.- кор. проф. д-р Асен Гудев, дмн:

Какво ни казва нивото на липопротеин (а)

Проф. Асен Гудев, дмн, член-кореспондент на БАН, е завършил медицина в Медицинския университет в София и е специалист по вътрешни болести и кардиология. Специализирал е във Великобритания, в Австрия и Германия. Доктор на медицинските науки (2006 г.), професор по кардиология (2008 г.), Fellow of European Society of Cardiology, FESC, Fellow of American College of Cardiology, FACC. Председател на дружеството на кардиолозите в България (2010 - 2012 г.), и за мандата 2020 - 2022 г.



Ръководител на клиниката по кардиология на УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“, национален консултант по кардиология (2014 - 2019 г.)

Към добре познатите рискови фактори за атеросклеротични сърдечносъдови заболявания (инфаркт, инсулт, заболяване на периферните артерии и сърдечна недостатъчност) като възраст, пол, високо кръвно налягане, висок холестерол, диабет и тютюнопушене все повече се говори за ролята и мястото на така наречения липопротеин (а) [Lp(a)] в процесите на атерогенеза.

Увеличеният Lp(a) е независим, наследствен и причинно-следствен рисков фактор за атеросклеротични сърдечносъдови заболявания. Повишените нива на Lp(a) могат също да бъдат свързани и с повишен риск от дегенеративна стеноза на аортната клапа.^{1,5}

Научните изследвания предполагат, че Lp(a) може да има съществена добавена стойност за превантивната медицина. Време е кардиолозите и пациентите да повишат знаята си за него и да обмислят използването му в практиката.

Какво представлява липопротеин (а)^{1,9}

- Lp(a) е подобна на LDL холестерола молекула, съдържаща допълнително белтъка апо(a), което я прави особено атерогенна.^{3,8}

- В допълнение към проатерогенните си свойства Lp(a) притежава провъзпалителни свойства.^{2,9}

- Нивата на Lp(a) са >90% генетично обусловени и остават сравнително постоянни през целия живот на човека, като полът, възрастта, влиянието на околната среда и начинът на хранене имат само минимално въздействие върху циркулиращите нива на Lp(a).^{1,2}

- Приблизително 20% от населението имат плазмени нива на Lp(a), които са смятани за повишени (дефинирани като >50 mg/dL или >125 nmol/L)¹⁰

Измерването на Lp(a) може да помогне за идентифициране на скрит сърдечносъдов риск.⁶

Рискът от сърдечносъдови инциденти нараства с увеличаване концентрацията на Lp(a).^{6,7}

Повишеният Lp(a) е съществен компонент на индивидуалния риск за сърдечносъдови усложнения.^{1,13,15}

Познаването на действителната стойност на Lp(a) подпомага:

- Вземането на обосновани клинични решения^{1,9}

- Идентифициране на пациентите с висок сърдечносъдов риск¹

- Засилване на контрола над липидите и останалите модифицирани рискови фактори^{1,16,17}

- Скрининг за ранно откриване на лица с висок Lp(a) чрез изследване на близки членове на семейството на пациента^{1,9}

Ключови препоръки на водещите кардиологични



дружества в Европа – Европейското дружество по кардиология и Европейската асоциация по атеросклероза, относно Lp(a):^{1, 13, 15}

- Lp(a) трябва да се изследва при всеки възрастен поне веднъж в живота

- При стойности на Lp(a) над 50 mg/dL или >125 nmol/L трябва да се приеме, че сърдечносъдовият риск е повишен. Колкото по-висока е концентрацията на Lp(a), толкова по-висок е рискът.

- Високият Lp(a) е допълнителен и независим от други рискови фактори показател.

Кои пациенти е препоръчително да се изследват за ниво на Lp(a):^{18,19}

- Фамилна анамнеза за повишени нива на Lp(a).

- Фамилна анамнеза за атеросклеротично съдово заболяване в ранна възраст (под 55 години за мъже и под 65 години за жени)

- Фамилна хиперхолестеролемия (FH)

- Анамнеза за преживян

Повишеният Lp(a) е рисков фактор за атеросклеротични сърдечносъдови заболявания и стеноза на аортната клапа
Препоръчва се изследване на нивото му чрез кръвен тест веднъж в живота

инфаркт или инсулт без други свързани рискови фактори като тютюнопушене, висок LDL-C, диабет или затлъстяване

- Анамнеза за рецидивирани съдови инциденти въпреки липидопонижаващото лечение (статици)

- Анамнеза за дегенеративна стеноза на аортната клапа

- Висок LDL-C въпреки приема на лекарства за понижаването му.

Какви възможности за лечение са налични за хора с повишени нива на Lp(a)?^{13,20}

Въпреки текущите мащабни клинични проучвания все още

няма одобрени възможности за фармакологично лечение за ефективно намаляване на нивата на Lp(a) в кръвта и свързаните неблагоприятни сърдечносъдови последици. Това налага за хората с високи нива на Lp(a) да предприемат определени стъпки, за да подобрят здравето си и да контролират по-добре другите си рискови фактори.^{13,20}

6 причини да се направи измерване на Lp(a)¹:

1. Повишеният Lp(a) е независим, наследствен и причинен рисков фактор за сърдечносъдово заболяване и

стеноза на аортната клапа.^{2,3,13}

2. В насоките на европейските кардиологични дружества от 2019 г. и 2022 г. се препоръчва измерването на Lp(a) поне веднъж в живота на всеки възрастен.^{1,13}

3. Идентифициране на повишен Lp(a) може да прекласифицира пациент в по-висока категория на сърдечносъдов риск.^{3,14}

4. Чрез каскаден скрининг допълнително могат да бъдат идентифицирани по-рано членове на семейство с повишен Lp(a).^{1,9}

5. Повишеният Lp(a) е причина за по-агресивно третиране на други модифицирани сърдечносъдови рискови фактори, включително лошият холестерол и високото кръвно налягане, с цел намаляване на общия сърдечносъдов риск.^{1,16,17}

6. Lp(a) се измери чрез обикновен тест на кръвта.^{9,13}

Литература: 1. Kronenberg F, et al. Eur Heart J. 2022;43(39):3925–3946; 2. Tsimikas S, et al. J Am Coll Cardiol. 2018;71(2):177–192; 3. Kronenberg F, Utermann G. J Intern Med. 2013;273(1):6–30; 4. Schmidt K, et al. J Lipid Res. 2016;57:1339–1359; 5. Nordestgaard BG, Langsted A. J Lipid Res. 2016;57:1953–1975; 6. Kronenberg F, et al. Curr Opin Lipidol. 2022; 33(6):342–352; 7. Patel AP, et al. ArteriosclerThrombVasc Biol. 2021;41:465–474; 8. Toth PP. J Am Coll Cardiol. 2020; 75(21):2694–2697; 9. Reyes-Soffer G, et al. ArteriosclerThrombVasc Biol. 2022;42(1):e48–e60; 10. Nordestgaard BG, et al. Eur Heart J. 2010;31:2844–2853; 11. Tsimikas S. J Am Coll Cardiol. 2017;69(6):692–711; 12. Willeit P, et al. Lancet. 2018;392(10155):1311–1320; 13. Mach F, et al. Eur Heart J. 2020;41(1):111–188; 14. Nurmohamed NS, et al. Eur J Prev Cardiol. 2022;29:769–776; 15. Pearson GJ, et al. Can J Cardiol. 2021;37(8):1129–1150; 16. Cegla J, et al. Atherosclerosis. 2019;291:62–70; 17. Perrot N, et al. Atherosclerosis. 2017;256:47–52. 18. American College of Cardiology. Lipoprotein(a) in Clinical Practice. 2019. Available at: <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2019/07/02/08/05/lipoproteina-in-clinical-practice>. 19. Scientific American. Lipoprotein „Little A“ Can Cause More Than a Little Damage to the Heart. 2019. Available at: <https://blogs.scientificamerican.com/observations/lipoprotein-little-a-can-cause-more-than-a-little-damage-to-the-heart/20>. Dolgin E. Lp(a)-lowering drugs bolster cardiovascular pipeline. Nat Rev Drug Discov. 2020;19(3):154–155.

Риск за инфаркт на миокарда според нивото на Lp(a)⁶

