

НА ЗДОРОВЬЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА

ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ



Заболевания суставов коварны, развиваясь незаметно, исподволь, они постепенно выводят человека из строя, буквально ломая его и даже приковывая к постели. Так было и с Натальей Борисовной, врачом-анестезиологом-реаниматологом. Она родилась с врожденным вывихом бедра. В двухлетнем возрасте была удачно прооперирована. В подростковом возрасте ей проведена повторная операция на тазобедренных суставах. До 30 лет все было благополучно, а затем начали развиваться диспластические изменения в тазобедренных суставах. Вывики рецидивировали, разился неоартроз. Последние десять лет одолевали сильные боли, из-за которых стало тяжело передвигаться.

Лечение этих заболеваний требует от больного мужества и терпения, а от врача — высокой квалификации. Наталья Борисовна отказалась от услуг столичных клиник, предпочла оперироваться дома. А дома, как известно, и стены помогают. О Владимире Петровиче Сурьянинове узнала от коллег-врачей, решила рискнуть, вернее, рискнули они вдвое. И победили, несмотря на все сомнения и страхи. Благодаря этой операции Наталья в ближайшее время встанет на ноги и снова будет радоваться жизни, ведь по характеру она оптимист.

О работе отделения, трудовых буднях мы беседуем с хирургом, заведующим травматолого-ортопедическим отделением № 2, ведущим травматологом-ортопедом больницы, врачом высшей категории Владимиром Петровичем Сурьяниновым.



РАЗГОВОР СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ХИРУРГИЯ СУСТАВОВ

— Владимир Петрович, почему Вы выбрали именно хирургию?

— После школы я мечтал стать военным моряком, даже поступил в Высшее военное морское училище. Однако учиться там не захотел. Затем была армия. После службы поступил в Челябинский медицинский институт. Медицина всегда привлекала меня своей неизведанностью. С третьего курса я уже понял, что мое призвание — хирургия. После окончания института был распределен в ортопедо-травматологическое отделение ГКБ № 9, где и работаю по сей день. У меня были очень хорошие учителя: Полляк Н.А., Шмидт Л.Е. и многие другие коллеги медицины, у которых я многому научился.

— Что такое эндопротезирование суставов?

— Эндопротезирование — это хирургический метод лечения заболеваний и повреждений суставов, когда анатомия сустава нарушена настолько, что движения в нем затруднены и вызывают острую боль. Эндопротез — искусственный сустав, позволяющий восстановить утраченные движения и функцию ходьбы, жить прежней активной жизнью многие годы. Однако надо сказать, что при этом необходимо соблюдать особые правила и все рекомендации, данные лечащим врачом.

— Какие эндопротезы используются в вашей клинике при эндопротезировании, отечественные или импортные?

— Эндопротезированием в ГКБ № 9 начали заниматься еще в далекие 60-е годы. Тогда были только отечественные промышленные эндопротезы тазобедренного и коленного суставов. В середине 90-х годов в России появились импортные протезы, которые по качеству значительно отличаются от отечественных конструкций и качеством материала, из которого они изготовлены, что оказывается на долговечности и сроках приживления в человеческом организме. Значительную роль в выборе эндопротеза играет диагноз, состояние кости, в которую имплантируется ионорный материал, и возраст пациента.

В настоящее время мы используем большую часть импортные эндопроте-



зы тазобедренного и коленного сустава, особенно у пациентов молодого возраста. Применяем также и отечественные аналоги. Это зависит не только от медицинских показаний, но и от программы финансирования ЛПУ.

— Каков возраст ваших пациентов?

— Пожилым людям в возрасте 60–80 лет проводим эндопротезирование по «социальным», жизненным показаниям, часто больным с переломом шейки бедра на фоне остеопороза. Если этого не сделать, то за очень короткое время человек оказывается прикованным к постели и погибает от присоединившихся осложнений и инфекций. Самый «старый» пациент, которому было произведено эндопротезирование, 91-летний мужчина, поступивший в наше отделение с переломом шейки бедра. В ближайшее время будем делать операцию 80-летней женщине.

— Как можно выявить заболевание сустава?

— Из существующих на сегодня методов диагностики одним из самых перспективных является артроскопия суставов. Мы являемся пионерами этого метода на Южном Урале, внедрив его в нашей больнице 15 лет назад. Артроскопия — это малоинвазивный (без разрезов) диагностический метод для выявления заболеваний и повреждений суставов. Он наиболее эффективен при начальных стадиях артритов I–II степени, ревматоидных артритов, синovитов, размягчения суставного хряща, менисков, крестообразных связок и другой внутрисуставной патологии.

Наши операционные оснащены тремя артроскопическими стойками. Две стойки «Карл Штурц» немецкого производства, американская — «Страйкер». За эти годы выполнено более 3000 артроскопий у детей и взрослых с различной патологией суставов. Накоплен колоссальный опыт.

Артроскопические операции позволили нам сократить сроки лечения

больных с артозами суставов в стационаре в два раза и получить более выраженный положительный эффект при последующей лекарственной терапии.

Длительность лечения больных с травмами коленного сустава сократилась в два-три раза. Раньше на лечение поврежденного мениска требовалось не меньше месяца, а сейчас уже через 10 дней пациент возвращается к труду.

— За время работы что изменилось в службе?

— Надо сказать, что ортопедо-травматологическая служба ГКБ № 9 самая крупная на Южном Урале, в ее состав входит детское и взрослое ортопедо-травматологические отделения, единственный дневной стационар в Челябинске, травмпункт, ортопедический кабинет, есть также другие подразделения, необходимые для реабилитации пациентов. У нас самый большой коечный фонд — 145 стационарных коек и 60 коек дневного стационара.

За год мы делаем более 3000 опе-

раций, из них более 600 высокотехнологичных. Это позволяет сокращать сроки стационарного лечения с продолжением амбулаторного долечивания и реабилитации в дневном стационаре. Для городских жителей открыт стационар на дому. Наши врачи выезжают на дом и оказывают помощь пациентам в домашних условиях.

Таким образом, каждый пациент, обратившись к нам, получает лечение по замкнутому циклу — от операции до полной реабилитации и выхода на работу. Все прооперированные больные находятся на диспансерном учете.

Кроме того, мы первыми начали заниматься артроскопией, эндопротезированием крупных суставов, костной онкологией, хирургией позвоночника, коррекцией и удлинением конечностей по методикам академика Г.А. Илизарова и многим другим. По всем методам лечения накоплен большой опыт, который передается молодым докторам.

В службе сложились определенные традиции по подготовке молодых кадров. У нас работают прекрасные специалисты, владеющие самыми современными технологиями в области ортопедии и травматологии: Н.А. Боев — заведующий детским травматолого-ортопедическим отделением № 1, главный детский травматолог города, Б.Е. Гелозутдинов — заведующий операционным отделением, ведущий артроскопист больницы, А.М. Ериков — заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии, И.Н. Кузнецова — заведующая дневным стационаром и стационаром на дому. Мы широко сотрудничаем с кафедрой травматологии и ортопедии и военно-полевой хирургии в подготовке студентов и интернов. На базе нашей больницы работает ассистент кафедры кандидат медицинских наук О.В. Стариков, который прекрасно владеет методиками лечения академика Г.А. Илизарова. Из молодых докторов хотелось бы отметить А.М. Троценко, А.С. Филиппова и многих других.

Жители города могут получить бесплатную консультацию любого специалиста нашего отделения по предварительной записи.

— Владимир Петрович, вернемся к вашей пациентке, которой были проведены такие сложные операции на тазобедренных суставах. Можно сказать, что для нее все самое страшное уже позади?

— У этой женщины, нашей коллеги, действительно очень сложная ситуация. Такие операции достаточно редкие в нашей стране, их мало кто выполняет. От лечения в Санкт-Петербурге и Москве она отказалась. Прежде чем операция состоялась, был проведен очень долгий подготовительный период. Мы исправили ей искривленную ось левой конечности, после этого подобрали эндопротезы разных видов фиксации для первичного ревизионного протезирования (специально заказывали во Франции). Был завезен специальный инструментарий. В мае этого года с участием коллег из Москвы мы прооперировали ей левый тазобедренный сустав. В сентябре — правый. Сейчас она самостоятельно передвигается с помощью ходунков, впереди сложный реабилитационный период. Уже сейчас можно с уверенностью сказать, что все самое страшное для нее позади.

Нам же остается пожелать Владимиру Петровичу дальнейших успехов в его нелегком труде, здоровья ему и его пациентам.

Ж.КИСЕЛЕВА.



ПОДКОВА ЗДОРОВЬЯ

Щитовидная железа расположена на передней поверхности шеи и по своей форме напоминает подкову. Она весит 20 – 40 граммов, но от сбоев в работе этой крошечной железы в организме человека могут возникнуть очень серьезные проблемы. Щитовидная железа вырабатывает чрезвычайно важные гормоны, которые стимулируют тканевое дыхание, управляют скоростью потребления кислорода, синтезом белков, и вместе с другими гормонами она обеспечивает все виды обмена, без чего невозможно поддержание важнейших функций организма.

Последние годы среди населения Челябинской области значительно увеличилась частота запущенных заболеваний щитовидной железы. Это при том, что у большей части пациентов даже при обычном обследовании можно обнаружить изменения в щитовидной железе. В связи с широким внедрением в практику ультразвуковой диагностики стали доступны для распознавания и очень мелкие, не прощупываемые образования. Тем не менее выявление заболеваний на начальной стадии и своевременное их лечение в настоящее время оставляют желать лучшего. Это связано с поздней обратимостью пациентов к врачу вследствие отсутствия активного выявления болезни на ранних стадиях и отсутствия их профилактики.

В городе Челябинске много лет функционирует и успешно занимается лечением заболеваний щитовидной железы и других эндокринных органов областной центр хирургической эндокринологии. О его работе рассказывает руководитель, заведующий кафедрой общей хирургии ЧелГМА, доктор медицинских наук, профессор Валерий Алексеевич ПРИВАЛОВ.

Оластной центр хирургической эндокринологии был открыт по инициативе известного хирурга, профессора В.А. Крижановского в 1976 году на базе ГКБ № 1. Это был первый специализированный центр эндокринной хирургии такого типа в России. Основная деятельность центра была направлена на лечение заболеваний щитовидной железы, так широко распространенных на Южном Урале. До этого времени пациенты с заболеваниями эндокринной системы (щитовидной, парашитовидных, поджелудочной желез, надпочечников и др.) лечились во всех хирургических отделениях города и области, что не обеспечивало должного высокого уровня.

В 1976 году в отделении было 50 коек, где больные помимо хирургического вмешательства проходили предоперационную подготовку и послеоперационную реабилитацию. В настоящее время в состав центра входит консультативно-диагностическое отделение поликлиники, терапевтиче-

ское и хирургическое отделения. Каждый житель города и области может получить консультацию в центре у таких специалистов, как профессор О.В. Селиверстов, доцент С.В. Сергейко, кандидат медицинских наук Л.Г. Федченко и заведующий хирургическим отделением Р.В. Еремин.

Сейчас центр располагает современными лабораториями и высококлассной аппаратурой. Ежегодно в центре получают лечение до 1000 больных, проводится более 800 операций. Благодаря раннему выявлению заболеваний и использованию современных методов лечения снизилось число пациентов с запущенными стадиями и значительно улучшились результаты лечения. Нашим центром разработаны и применяются новые методы диагностики и лечения, в том числе с применением лазерного излучения, успешно проводятся видеоэндоскопические операции, диагностические и лечебные пункции под ультразвуковым контролем и др.

Так как мы живем в эндемичном



Хорошее мочеиспускание – это единственное удовольствие, которое можно получить, не испытывая потом угрызений совести

Иммануил Кант.



МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Большинство мужчин заботятся о своем сердце: измеряют артериальное давление, часто посещают кардиолога, терапевта. Однако не многие обращают внимание на здоровье органа, который называют «вторым сердцем» мужчины – предстательной железы. Она требует к себе серьезного отношения! Этот маленький орган, о местонахождении и предназначении которого знает далеко не каждый, является одним из самых частых источников проблем со здоровьем в зрелом и пожилом возрасте. Знание симптомов, сопровождающих заболевания простаты, позволит своевременно заподозрить недуг и обратиться к урологу.

Предстательная железа – часть половой системы мужчины. Она расположена в области таза под мочевым пузырем, имеет приблизительно те же размеры и форму, что и каштан, весит около 30 граммов. Простата охватывает начальную часть мочеиспускательного канала (уретры). По уретре моча из мочевого пузыря выводится наружу.

Основная функция предстательной железы – выработка жидкости (секрета), входящей в состав спермы.

Заболевания предстательной железы могут быть воспалительного и невоспалительного характера. В данной статье мы рассмотрим простатит – воспаление предстательной железы. Это очень распространенный недуг, чаще встречающийся у мужчин младше 50 лет.

ВЫДЕЛЯЮТ 4 ТИПА ПРОСТАТИТА:

- 1. Острый бактериальный.** Это редкий, но наиболее легко определяемый тип. Как видно из названия, вызывают его различные бактерии.

Симптомы бывают столь тяжелы, что пациенты быстро обращаются к урологу. Повышается температура тела до 38 – 39 градусов, появляются боли в надлобковой области, рези при мочеиспускании, учащенные позывы, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря.

- 2. При отсутствии лечения или самолечении острый переходит в хронический бактериальный простатит.** Симптомы становятся менее выраженным, иногда вовсе отсутствуют, но это не свидетельствует о выздоровлении.

Наши пациентами в основном являются люди трудоспособного и пожилого возраста, так как для развития зоб требуется длительное время. Большая часть больных с эндемическим зобом в операции не нуждается. Операция показана лишь в тех случаях, когда зоб начинает прогрессировать, сдавливая соседние органы. Узлы щитовидной железы (узловый зоб) – это опухолеподобные заболевания, отличающиеся от ткани щитовидной железы по строению, структуре, составу. Они чаще носят доброкачественный характер, но среди них могут встречаться и злокачественные образования. Различить, разграничить эти состояния может только высококвалифицированный специалист-эндокринолог. Вот почему нужны узкоспециализированные эндокринологические центры с высококвалифицированными сотрудниками. В этих центрах можно своевременно поставить правильный диагноз и назначить лечение. Пациенты с узловым зобом требуют обязательного длительного диспансерного наблюдения. Выбор метода лечения всегда индивидуален и зависит от результатов обследования. Раннее лечение новообразований щитовидной железы (в том числе и злокачественных) является очень эффективным, а прогноз при своевременном вмешательстве благоприятным.

Но даже самые современные, самые оснащенные специализированные центры не могут решить всех вопросов диагностики, профилактики, лечения и реабилитации. Для этого нужен системный подход, и ведущую роль здесь должен играть именно эндокринологический диспансер с его широкими связями на местах (в районах и городах области) на уровне отделений, кабинетов, школьных врачей и т. д. Именно активное и своевременное выявление больных на ранних стадиях болезни, обеспечение преемственности всех лечебно-профилактических учреждений и административных структур может гарантировать высокий уровень оказания помощи данной группе пациентов (включая больных сахарным диабетом).

Всем жителям города и области хотелось бы напомнить, что в нашем центре они всегда могут получить бесплатную консультацию, адекватное и эффективное лечение.

Ж.КИСЕЛЕВА.

3. Хронический абактериальный простатит, или синдром хронической тазовой боли. Такой диагноз ставится, когда появляются симптомы простатита, но нет признаков бактериальной инфекции. В последнее время это называют простатодинией. Могут беспокоить боли внизу живота и области гениталий, болезненность и трудность при мочеиспускании, симптомы извержения или после него.

4. Асимптоматический простатит. Воспаление в предстательной железе протекает скрыто, пациенты не предъявляют жалоб.

ЧТО ВЫЗЫВАЕТ ПРОСТАТИТ?

Причина бактериальных простатитов ясна – это определенные виды бактерий, попадающих в простату при забросе мочи из уретры в протоки предстательной железы (гонококк, трихомонады, хламидии, микоплазмы, вирусы).

Причиной абактериального простатита могут быть аутоиммунные процессы, раздражение, вызываемое попадающей в простату мочой, нервные или мышечные нарушения структуры шейки мочевого пузыря. Факторами риска развития простатита являются инфекции мочевыводящих путей, медицинские вмешательства – катетер или другие инструменты, вводимые в уретру.

Лечение зависит от типа простатита. Первый этап терапии бактериального простатита – антибиотики. При остром простатите зачастую необходима госпитализация в урологическое отделение. Длительность лечения антибиотиком зависит от ти-

па простатита и особенностей самого лекарства. При приеме антибиотиков необходимо строго следовать инструкциям и не прерывать курс лечения, даже если больному стало легче. Могут быть назначены альфа-блокаторы, расслабляющие мышцы простаты и шейки мочевого пузыря, они снимают боль и улучшают мочеиспускание. По показаниям назначается массаж предстательной железы, горячие сидячие ванны, упражнения, направленные на укрепление мышц таза, иглоукалывание. Важное значение имеет диета с исключением алкоголя, острой и кислой пищи, кофеинодержащих напитков. Упорядоченная половая жизнь – необходимый фон для лечения. Нежелательны сексуальные перегрузки, длительное половое задержание, частая смена половых партнеров, использование практики прерванного полового акта, переохлаждение, даже кратковременное, например, при купании в реке или озере, сидячий образ жизни. Хронические запоры, нарушающие кровообращение в предстательной железе, приводят к обострению воспаления. Особое внимание нужно уделять выбору нижнего белья. Предпочтительно носить свободные хлопчатобумажные трусы, не затрудняющие кровообращение в органах малого таза. Активный подвижный образ жизни, физический труд, занятия спортом благотворно влияют на здоровье и помогают преодолеть недуг.

Желаю всем отличного мужского здоровья.

**А.Н. ЗЕЛЬ,
уролог ГКБ № 1.**

Н.Н. НЕПОМНЯЩИЙ,
зав. пятым отделением ЧОКНБ.

В последнее время наркологи озабочены рядом негативных тенденций в ситуации распространения наркологических заболеваний, в частности, тенденцией роста подросткового и женского алкоголизма.

Среди основных мотивов приобщения несовершеннолетних к алкоголю можно отметить стремление удовлетворить любопытство по отношению к алкоголю, желание поднять настроение, испытать чувство принадлежности, единства с подростковой группой (особенно при эмоциональной отверженности, холдности в семье), почувствовать себя сильным и независимым. При этом если присутствует хотя бы один из таких факторов риска, как наличие ранней органической патологии головного мозга, умственная отсталость, алкоголизм родителей, неполная или конфликтная семья, недостаточный контроль, например, над времепрепровождением подростка со стороны родителей, экономическое и социальное неблагополучие, мотив имеет возможность реализоваться в конкретную ситуацию употребления алкоголя.

При сравнении алкоголизации взрослых с процессом алкоголизации подростков выявляется ряд особенностей. Во-первых, это своеобразие опьянения при употреблении алкоголя несовершеннолетними: выраженное возбуждение, частые проявления агрессии, направленной как на окружающих, так и на себя, противоправные поступки. Во-вторых, быстрое развитие зависимости — в некоторых случаях буквально в течение 2–3 месяцев, тогда как у взрослых алкоголизм формируется 3–5 лет. Привлекать к лечению и профилактическим мероприятиям «ранних» алкоголиков очень сложно. У большинства из них какое-то время еще

ЖЕНЩИНЫ ДЕТИ АЛКОГОЛЬ

нет таких, как у взрослых, острых проявлений болезни, например, алкогольного абстинентного синдрома с нарушением сна, страхом, тревором, нарушениями в работе сердца и других органов. Абстинентный синдром (физическая зависимость) у подростков, который обычно возникает в большинстве случаев через 1–3 года после первых признаков заболевания, характеризуется малой выраженностью и незавершенностью своих проявлений с преобладанием нарушений со стороны вегетативной нервной системы (слабость, головные боли, головокружение, отрыжка, изжога и другие диспепсические явления). Поэтому самостоятельно и осознанно подростки за помощью не обращаются. Кроме того, на первый план могут выходить не физические проявления алкоголизма, а нарушения эмоциональной сферы и поведения, такие как агрессивность, непослушание и оппозиция к близким, кrimинальные действия, прекращение учебы и т. д.

Особо хотелось бы подчеркнуть значимость в формировании наркоситуации такого фактора, как нахождение употребления пива, расцвет пивной алкоголизации среди несовершеннолетних. Этому способствует распространяемая в СМИ некомпетентная ошибочная информация о полезности пива, экспансивная пивная реклама и отсутствие должного противодействия со стороны старших. Вместе с тем при употреблении пива отмечается быстрое развитие психической зависимости, поражение печени, сердца и других внутренних органов, импотенции и бесплодия из-за содержащихся в пиве растительных аналогов женских половых гормонов — фитоэстрогенов.

Следующей современной тенденцией в наркоситуации как в России, так и за рубежом является рост женского алкоголизма и постепенное выравнивание соотношения больных алкоголизмом женщин и мужчин. Если в 80-е годы оно составляло 1:12, то на сегодняшний день 1:4,5. Сравнивая женский алкоголизм с мужским, следует отметить более высокий темп развития зависимости, негативных психических, физических и социальных последствий болезни. В частности, у женщин быстрее развивается так называемая алкогольная анорексия (снижение аппетита, угнетение пищевого инстинкта), в результате чего формируется общее истоще-

ние, поражение нервной ткани, сердца, печени, бесплодие, более быстрое развитие атрофии головного мозга. Потомство злоупотребляющих алкоголем матерей отличается слабыми адаптивными возможностями и находится в высокой группе риска по развитию уродств, аномалий, дефектов внутренних органов, горбов сердца, различной нервно-психической патологии. Из-за сниженного иммунитета организма таких детей уязвим перед различными инфекционными болезнями.

В целом женский алкоголизм, как собственно и подростковый, следует рассматривать как комплексную семейную проблему. Значительную роль в приобщении к алкоголю женщин играют их мужья или партнеры. В этом случае возможно несколько сценариев развития болезненного пристрастия. В первых, это парадоксальное добровольное соучастие в алкоголизации супруга с адаптационными намерениями, т. е. с целью психологического присоединения к алкогольной проблеме. При этом женщины могут объяснять причины алкоголизации следующим образом: «пила, чтобы муж меньше досталась», «пила за компанию, чтобы ему не скучно было», «давала выпить, чтобы по друзьям не ходил» и т. п. Это является угрозой стабильности семьи, ее существованию.

Встречается и ситуация спаивания со стороны одного из партнеров. Анализируя поведение мужчины в подобной мотивации, часто обнаруживаются

попытки «уравнять» внутрисемейные отношения, достичь единства с женой, сделав ее «событывником». Так же упорное принуждение к употреблению алкоголя путем уговоров, а иногда и побоев может быть следствием подсознательного желания привить супруге аналогичный порок, создать у нее схожий дефект.

Следующий вариант становления зависимости связан с большими психическими травмами, например, с безвременной смертью мужа, детей, близких родственников, с уходом супруга из семьи и т. п. Такие пациенты утверждают, что пили, «чтобы забыться», «притупить боль», «заслить горе вином» и т. д. Алкоголь использовался как средство оглушения, блокирования негативной информации.

Не редок вариант, когда основным фактором, способствующим злоупотреблению алкоголем женщинами, является одиночество. Мотивы начала или усиления алкоголизации при этом сценарии многообразны и до конца не осознаются самими пациентками: «пила от скуки», «пусто, делать нечего», «выпьешь с подругами — веселее станет». Одиночество может возникать из-за развода, тюремного заключения или смерти мужа, взросления детей и оставления ими родительского дома, выхода на пенсию. Общий для всех перечисленных ситуаций является потеря или отсутствие таких социальных ролей, как «жены», «матери», «дочери», «сотрудница». В ситуации одиночества у женщин

возникает недостаток привычного общения, оскудение эмоциональной жизни. Алкоголь в данном случае становился для женщин своеобразным средством адаптации и одновременно ловушкой, выход из которой требует титанических усилий как со стороны пациентки, так и со стороны врача.

Современное общество переживает кризис, проявляющийся в том числе и в виде распада института семьи, ориентации личности на «индивидуальность», стремления к материальному обогащению, низкого уровня религиозности, своеобразной «защиты» от одиночества и травмирующих жизненных событий. Женщина утрачивает привычные для себя социальные роли матери и «хранительницы семьи», а взамен этого приобретает ряд мужских ролей (процесс эманципации). Безусловно, все это способствует дальнейшему росту женского алкоголизма.

С другой стороны, выбор всегда остается за человеком. Для решения проблем всегда можно найти альтернативные позитивные варианты, при необходимости прибегнуть к помощи профессионалов — врачей, психологов. Алкоголь не может являться средством выхода из создавшейся ситуации. Современная жизнь предлагает много других вариантов для удовлетворения своих внутренних мотивов и желаний, но не имеющих таких разрушительных последствий, какие возникают при употреблении психоактивных веществ.

ШКОЛА ГИПЕРТОНИКА БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ГИПЕРТОНИЕЙ

В медицине существует такое понятие, как ассоциированные или сочлененные болезни. Я обращаюсь к пациентам, которые страдают сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца или имеют метаболический синдром (нарушение обмена веществ).

В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что наличие сахарного диабета связано с большим риском развития ишемической болезни сердца, острого инфаркта миокарда и других сердечно-сосудистых заболеваний. Ишемическая болезнь и сердечно-сосудистые осложнения при сахарном диабете возникают в большей мере из-за повышения уровня инсулина в крови, именно это способствует атеросклерозу сосудов и в дальнейшем развитию острых форм ишемической болезни сердца и других осложнений. При сахарном



диабете чаще встречается безболевая форма ишемической болезни сердца и острого инфаркта миокарда за счет изменения порога болевой чувствительности. Поэтому больные поздно обращаются за медицинской помощью, несвоевременно госпитализируются, что значительно осложняет течение болезни. Пациентам следует в этих случаях обратить внимание на одышку (при нагрузке или в покое), влажный кашель, что может говорить об отеке легких, нарушение ритма сердца. Страдающим сахарным диабетом необходимо знать, что у них раньше развиваются

чие ишемической болезни сердца.

Сахарный диабет является неблагоприятным фактором для развития сердечно-сосудистых заболеваний, и поэтому мероприятия по коррекции этих факторов и их устранению необходимо начинать как можно раньше и проводить более активно. Уменьшение влияния факторов риска при сахарном диабете чрезвычайно важно и стоит на первом месте. При этом одновременно достигается профилактика возникновения микро- и макрососудистых осложнений. Немедикаментозная профилактика заключается в следующем:

■ Достижение оптимального ин-

декса массы тела: ИМТ = вес (кг) / рост² (м) = 18–25.

■ Повышение физической активности (ходьба 30–40 минут в день, утренняя гимнастика, езда на велосипеде, плавание).

■ Полный отказ от курения (при прекращении курения в течение первого года риск развития острого инфаркта миокарда снижается на 50 процентов, повышается продолжительность жизни на 10 лет).

■ Диета с ограничением соли и животных жиров, богатая овощами и фруктами (не менее 600 граммов в день) — капуста, морковь, свекла, яблоки, ягоды и т. д.

Медикаментозное лечение следует проводить только под наблюдением врача:

■ Контроль уровня сахара крови (до 5,0 ммоль/л натощак и до 7,5 ммоль/л через 2 часа после еды достоверно снижают количество микрососудистых осложнений).

■ Постоянный контроль артериального давления и удерживание его на показателях до 130/80 мм. рт. ст. обеспечивает снижение частоты развития сердечной недостаточности, инсультов и инфарктов миокарда.

Окончание на 4-й странице.

