

- ☞ ИНСУЛЬТ.
УСПЕХ
ПРЕДОТВРАТИТЬ
- ☞ БОЛЬ В ГРУДИ
- ☞ ЛЕГКАЯ ПОХОДКА

НА ЗДОРОВЬЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА

ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

СОВМЕСТНАЯ РАБОТА — ЗАЛОГ УСПЕХА

РАЗГОВОР С ГЛАВНЫМ СПЕЦИАЛИСТОМ СЛУХ — ЭТО ВАЖНО!

Слух — один из важнейших органов чувств, с помощью которого человек, начиная с рождения, познает окружающий мир, что дает ему возможность адаптироваться и быть полноценным членом общества.

Даже небольшое снижение слуха у ребенка первых лет жизни влечет за собой задержку речевого и психоэмоционального развития, затрудняет его дальнейшее обучение и адаптацию в социуме. У детей даже 1 — 2 степень снижения слуха приводит к задержке речевого развития.

Успехи детской сурдологии следует признать в числе самых значительных достижений медицины за последнее десятилетие. Одним из наиболее актуальных вопросов современной аудиологии является совершенствование методов диагностики нарушений слуха. Особое место занимают так называемые объективные методы исследования слуха, не требующие содействия пациента и не зависящие от его сознания.

■ число людей с нарушениями слуха в России превышает 13 млн, из них более 1 млн — это дети;

■ На 1000 нормальных родов приходится один ребенок с полной глухотой, у двух — глухота развивается на первом году жизни;

■ среди новорожденных, находящихся в палате интенсивной терапии, рожденных раньше срока или массой тела при рождении менее 2 кг, частота встречаемости тугоухости составляет 15 — 20 детей на 1000 новорожденных;

■ несвоевременное выявление тугоухости дает неуклонный рост инвалидизации населения по слуху и составляет 9 процентов от общего числа детей-инвалидов;

■ по данным ВОЗ, к 2020 году ожидается увеличение численности населения с социально значимыми дефектами слуха более чем на 30 процентов.



И.Д. ДУБИНЕЦ,
главный детский сурдолог
Челябинска.

Вопросы, которые наиболее часто задают сурдологу родители

— Как можно выявить нарушения слуха у ребенка?

— Начиная с этапа новорожденности, ребенок проходит раннюю скрининговую аудиологическую диагностику. Метод отоакустической эмиссии сегодня является безопасным, самым информативным и легко переносится в любом возрасте. Врач любой специальности (неонатолог, педиатр, оториноларинголог и др.) приобретает навык работы на специальном портативном приборе. Эмиссия — акустический ответ, который регистрируется с внутренних рецепторов слухового анализатора, которые генерирует улитка.

— С какого возраста и как проводить исследование?

— Исследование проводят, начиная с возраста трех суток после рождения.

Перед обследованием необходимо освободить от серных масс и родовой смазки наружные слуховые проходы, ребенок должен быть неподвижным и спокойным; желательно, чтобы он спал. Не рекомендуется использовать соску, так как сосание вносит дополнительный шум и продлевается время процедуры.

В наружный слуховой проход новорожденному вводится зонд с индивидуальным мягким резиновым вкладышем, внутри прибора располагается миниатюрный микрофон и телефон. В слуховой проход подаются акустические щелчки высокой частоты. Интенсивность звука настолько минимальна, что ребенок не просыпается во время сна.

Результаты исследования выдаются на руки матери при выписке из роддома.



В случае отрицательного ответа или отсутствия его в документации новорожденного обследование проводится малышу при первом посещении детской поликлиники по месту жительства в месячном возрасте. При получении отрицательного результата скрининга ребенок направляется в детский сурдологический кабинет. Также к нам направляются дети с наличием факторов риска по тугоухости и глухоте, из семей с наследственным синдромом, отягощенным тугоухостью, рожденные от глухих родителей.

— Где можно пройти обследование?

Аудиологический скрининг проводят во многих учреждениях здравоохранения Челябинска и Челябинской области: ГУЗ «Областной перинатальный центр», родильные дома МУЗ ГKB № 3, 5, 6, 9, 10, ДГП № 5, детские поликлиники и больницы Магнитогорска, Копейска, Верхнеуральска, Златоуста, Каслей, Троицка, Катав-Ивановска, Миасса, Сатки и другие.

Жителям Челябинска консультацию врача-сурдолога можно получить в отделении реабилитации слуха МУЗ детской городской поликлиники № 10 (ул. 3-я Арзамас-

ская, 5) по предварительной записи по телефону 772-25-29.

Детям, проживающим в области, — в сурдологопедическом кабинете консультативной поликлиники ГЛПУЗ Челябинской областной детской клинической больницы (ул. Блюхера, 42а) по направлению от врача по месту жительства.

— Как слышит здоровое ухо?

— Ушная раковина, как лоцатор, улавливает звуковую волну и направляет в наружный слуховой проход, приводя в движение барабанную перепонку, цепь слуховых косточек и внутренние рецепторы слухового анализатора. Но эти структуры являются только проводником звука, слышим мы головой. Чтобы услышать, структуры головного мозга анализируют и распознают звуки.

— Как у новорожденного ребенка проверить способность реагировать на звуки в домашних условиях?

Во-первых, у новорожденных исследование лучше проводить в стадии легкого сна (за 1 час до кормления или через 1 час после кормления). Ребенка необходимо уложить на твердый матрас таким образом, чтобы голова лежала свободно и прямо, а руки и ноги

оставались свободными. После каждого поворота головы на звук необходимо уложить голову ребенка вновь на затылок. Погремите на расстоянии одного метра со стороны правого уха, ребенок не должен видеть вас. Реакция ребенка проявится не сразу — сначала он как бы замирает, затем может раскрыть широко глаза, раскинуть руки, ноги, затем медленно направляет взгляд в сторону продолжающегося звука. Верните голову в прямое положение и повторите то же самое со стороны левого уха. Следует отметить, что ребенок привыкает к знакомым звукам и в следующий раз может не отреагировать. Кроме того, это субъективная оценка и проводится родителями только с целью развития у ребенка реакции слухового сосредоточения.

Во-вторых, ответьте на вопросы анкеты:

1. Вздрагивает ли ваш ребенок от громких звуков первые 2 — 3 недели жизни?

2. Появляется ли замирание ребенка на голос в возрасте 2 — 3 недель?

3. Поворачивает ли ребенок голову в сторону звучащей игрушки или голоса в возрасте 4 месяцев?

4. Оживляется ли ребенок в

возрасте 1 — 3 месяцев на голос матери?

5. Реагирует ли ребенок в возрасте 1,5 — 6 месяцев криком или широким открытием глаз на резкие звуки?

6. Есть ли гуление у ребенка в возрасте 2 — 4 месяцев?

7. Переходит ли гуление в лепет у ребенка в возрасте 4 — 5 месяцев?

8. Замечаете ли Вы у ребенка появление нового (эмоционального) лепета, например, на появление родителей?

9. Беспokoится ли спящий ребенок при громких звуках и голосах?

10. Замечаете ли Вы у ребенка в возрасте 8 — 10 месяцев появление новых звуков и каких?

Если при анкетировании Вы не смогли ответить утвердительно на вопросы, запишитесь на прием к сурдологу.

Этапы слухоречевого развития

Слышащий ребенок начинает понимать речь раньше, чем говорить. Развитие речи начинается с использования доречевых средств общения, так называемый протоязык: мимика, жесты, крик, гуление, лепет, слоги.

— Что такое тугоухость?

— Тугоухость — это потеря слуха как врожденного, так и приобретенного характера. Бывает кондуктивной — на уровне наружного и среднего уха, нейросенсорной — на уровне рецепторов слухового анализатора и смешанной — патология наружного, среднего и внутреннего уха.

При врожденных пороках развития ушных раковин, наружного и среднего уха с тугоухостью смешанного характера тяжелой степени используются методики костной имплантации. В грудном возрасте и дооперационном периоде пациенты носят протектор на голову с помощью мягкого бандажа. Таким образом, ребенок начинает слышать, а значит, и говорить.

Окончание на 2-й странице.



СОВМЕСТНАЯ РАБОТА — ЗАЛОГ УСПЕХА

Окончание. Начало на 1-й странице.

— Что такое глухота?

— Это медико-социальное понятие. Высокая степень снижения слуха у ребенка младшего возраста при отсутствии реабилитации приводит к недоразвитию речи вплоть до немоты в среднем к 1,5-годовалому возрасту. Если это вовремя не заметить и не предотвратить, то достичь нормального звучания голоса и характеристик речи с возрастом практически невозможно.

— Как помочь детям с глухотой?

— Ребенок с поражением слуха имеет все шансы для нормального развития и полноценной социальной реабилитации и интеграции, если ему вовремя и правильно подобраны и индивидуально настроены слуховые аппараты и/или установлен кохлеарный имплант. Важно регулярно заниматься с сурдопедагогом (логопедом, учителем-дефектологом и др.) при активной поддержке родителей, обеспечивающих слухоречевую обстановку.

— Что нового предложено в методах по улучшению слуха?

— Сотрудниками ФГУ «Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи» создана инновационная психолого-педагогическая методика слухоречевой реабилитации «Я слышу мир». Ее цель — создание единого стандарта реабилитации детей с врожденной глухотой для интеграции в общество слышащих людей. Диагноз — тугоухость и глухота — не приговор. Ребенок должен находиться в среде своих «слышащих» сверстников и общаться не при помощи жестов и знаков, создавая «свой мир», а с помощью современных технических средств и методов реабилитации для того, чтобы стать полноценным членом общества, иметь возможность выбора профессии, специальности.

Практика показала, что для жителей Южного Урала доступны все современные методы диагностики патологии слуха и новейшие реабилитационные средства по возвращению слуха и инновационные методики высокотехнологичной медицинской помощи, включая кохлеарную имплантацию.

— Что такое кохлеарная имплантация?

— Это система мероприятий, направленных на восстановление слуха, дающая возможность детям слышать окружающие звуки, что очень важно для их развития, ориентации в окружающем мире и личной безопасности. На Южном Урале 150 пациентов (дети и взрослые) успешно прооперированы и проходят этап реабилитации. Несомненно, лучшим показателем эффективности данной методики у детей является инклюзия (перевод) в общеобразовательную среду. Это реальный шанс полной социальной реабилитации, ведь раньше жизненный путь слабослышащего ребенка был предопределен заранее: он посещал детский сад для глухонемых, где его учили разговаривать мимикой и жестами, затем он продолжал учебу в интернате для глухих, после окончания приобрел специальность узкой направленности, то есть жил в своем, закрытом от других людей мире. На сегодняшний день после операции ребенок может посещать обычный детский сад и школу, общаться со своими сверстниками. После окончания школы имеет возможность выбрать специальность по душе, не оставаясь при этом изолированным от общества.

— А взрослым пациентам можно провести кохлеарную имплантацию?

— Несомненно, успех кохлеарной имплантации во многом зависит от возраста и речевых навыков пациента. Чем раньше была проведена операция, тем меньше времени уходит на восстановление. Но это не лишает надежды взрослого пациента. Мы считаем, что кохлеарная имплантация способна вернуть слух и взрослому человеку.

Своевременная операция и грамотно выстроенная система реабилитации позволяют улучшить качество жизни людям с проблемами слуха.

Инсульт — серьезное заболевание сосудов, которого сознательно или бессознательно опасается каждый из нас. К сожалению, современный ритм жизни, социальные катаклизмы не позволяют человеку расслабиться, хронические стрессы сопровождают практически на каждом шагу, и, конечно, это в первую очередь сказывается на здоровье.

Ежегодно в России инсульт развивается у 400 — 450 тысяч человек, половина из этих больных погибает. В остром периоде летальность составляет 35 процентов, увеличиваясь на 12 — 15 процентов к концу первого года.

По прогнозам ученых Гарвардского университета, сердечно-сосудистые заболевания вытесняют инфекционные болезни как ведущую причину смерти и инвалидности, при этом ишемическая болезнь занимает первое, а инсульт четвертое место во всем мире. А ведь предотвратить трагедию вполне реально, и сегодня мы поговорим о хирургических методах лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

О выдающемся достижении XXI века — реконструктивной хирургии сосудов рассказывает сосудистый хирург, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии, реанимации и интенсивной терапии ГОУ-ВПО ЧелГМА, заслуженный врач России, руководитель центра сосудистой хирургии Дмитрий Иванович АЛЕХИН.



УСПЕТЬ ПРЕДОТВРАТИТЬ

В прежние годы больные с сосудистыми заболеваниями неизбежно становились инвалидами либо погибали. Ситуация изменилась в результате технического прогресса и успехов сосудистой хирургии, одного из самых молодых направлений в медицине. Почему это так важно сегодня? Первое место по инвалидизации и смертности вот уже много лет занимают сердечно-сосудистые заболевания. Печальный факт — каждые полторы минуты в России происходит инсульт. Это не только медицинская проблема, но и социальная, так как, к сожалению, очень часто люди становятся инвалидами в молодом возрасте. Таким образом, они не только не пополняют государственный бюджет, но и сами становятся активными его потребителями.

Именно поэтому в медицине ведущим остается профилактическое направление, а в сосудистой хирургии это прежде всего предупреждение инсультов путем восстановления нормального кровотока в сосудах, питающих головной мозг.

Главная задача, которая на сегодня стоит перед сосудистой хирургией, — провести предупредительную операцию пациенту для предотвращения инсульта, устранив хирургическим путем причину развития грозного заболевания до появления клинических признаков.

Каковы основные симптомы заболевания? Это либо преходящие нарушения мозгового кровообращения: головная боль, шум, головокружение, ухудшение памяти, преходящие нарушения зрения (выпадение полей зрения на один глаз на короткое время, явления так называемых вспышек, всполохов в глазах) либо сам инсульт.

В мире уже существует стандартная и широко распространенная практика, которая при небольших затратах может существенно изменить ситуацию. В США таких больных оперируют в 97 процентах случаев на асимптомной стадии. Выявленное сужение или извитость сосуда, которое считается клинически значимым, но пока не проявилось в виде инсульта — это уже показание к операции. Как правило, медикаментозное лечение, даже самое современное, в этой ситуации не дает таких результатов. И если больного срочно не прооперировать, инсульт неизбежен.

В клинике Челябинской государственной медицинской академии в 2009 году открыт Центр сосудистой хирургии. Он объединяет работу сердечно-сосудистой хирургии, ангиографии, кардиореанимации, кардиологии. В поликлиническом отделении данного ЛПУ ведется ежедневный прием сосудистого хирурга, где при необходимости можно провести сразу и ультразвуковые исследования сосудов. Нужно отметить, что центр оснащен современным оборудованием, что позволило за период 2009 — 2010 гг. провести более 300 операций на сонных артериях, более 100 реконструкций аортоподвздошной зоны, около 700 операций на венах нижних конечностей. Мы внедряем в практику самые передовые методы лечения — без-

операционное удаление варикозно расширенных вен с помощью радиочастотной энергии, эмболизацию маточных артерий, ультразвуковое сканирование для сопровождения операций на сосудах.

Однако каким бы высокотехнологичным не было оборудование, без грамотных специалистов хороших результатов не добьешься. В отделении удалось собрать команду единомышленников, высокопрофессиональных специалистов: сосудистые хирурги М.А. Кокоришвили, С.Б. Тимофенко и О.А. Михайлова, врач функциональной диагностики А.В. Кудрина, флеболог Е.В. Персева, кардиолог Д.С. Киселева, невропатолог М.В. Шестакова, хирург О.А. Балтрушевич и другие. Врачи центра прошли стажировку в ведущих клиниках России, Германии, Швейцарии.

В центре активно разрабатываются и используются новые технологии:

■ лазерные методики лечения атеросклероза, диабетической ангиопатии, варикозной болезни;

■ оригинальные операции под постоянным ультразвуковым контролем с применением высокоинтенсивного лазерного и радиочастотного излучения при варикозной и посттромбофлебитической болезни;

■ операции из мини-доступов, склерооблитерация вен, компрессионная терапия;

■ эмболизация маточных артерий при миоме матки.

Основное направление работы — хирургическое лечение патологии брахиоцефальных сонных и подключичных артерий. К сожалению, пока мы еще мало выявляем эту патологию на стадии, когда возможно путем проведения хирургического вмешательства предотвратить инсульт. Однако по результатам исследований видим, что процент инсультов у прооперированных больных в отдаленном периоде намного ниже, чем у тех, кому операция при выявленном стенозе артерий не проводилась.

Во всем мире давно принято выделять так называемые группы риска по развитию инсульта. Сегодня мы активно работаем с такими пациентами, обследуем их, то есть работаем на предупреждение. В первую очередь к группе риска относятся больные с атеросклерозом нижних конечностей, ведь атеросклероз — заболевание, которое поражает все сосуды. У части больных при обследовании мы находим значимые стенозы, что является прямым показанием к операции. В группу риска также попадают больные с ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью и возрастная группа старше 50 лет.

Помимо этого внедряем новые способы обследования и лечения при:

■ патологии артерий нижних конечностей;

■ венозной и лимфатической патологии (варикозная болезнь, посттромбофлебитическая болезнь, осложнения варикозной болезни, трофические язвы, лимфостаз);

■ патологии артерии сердца, головно-

го мозга, артерий внутренних органов — коронарография, ангиография аорты, ветвей дуги аорты, сонных артерий, артерий конечностей, ангиопластика и стентирование;

■ миоме матки. Эндovasкулярные методы позволяют в ряде случаев отказаться от хирургического вмешательства, это органосохраняющая операция, после которой возможно наступление беременности у бездетной пары. С помощью данной технологии можно также подготовить пациентку к обширному хирургическому вмешательству, прогноз в этом случае более благоприятный.

Еще раз хочу отметить, что для улучшения качества работы и уменьшения очередей в поликлинике мы организовали в центре постоянный прием сосудистого хирурга, к которому могут попасть все желающие не только из Челябинска, но и практически со всей страны.

Заканчивается лето. И именно летом у многих людей, чаще женщин, появляются эстетические проблемы с ногами, к тому же варикозная болезнь и венозная недостаточность проявляются усталостью, дискомфортом, тяжестью в ногах, жжением и покалыванием, судорогами в икроножных мышцах, тянущими и жгучими болями в нижних конечностях, отеками в области голеностопного сустава, усиливающимися к вечеру, после длительной статической нагрузки или долгой ходьбы, варикозно расширенными венами или «сосудистыми звездочками». Решать венозные проблемы лучше осенью — зимой, тогда летом вы сможете продемонстрировать красивые и здоровые ноги.

В нашем центре используются самые современные методы диагностики и лечения этой патологии. Безоперационные методы лечения варикозного расширения вен позволяют провести операцию с максимальным косметическим эффектом, без разрезов и швов, с использованием радиочастотной и лазерной энергии, вся процедура проходит под постоянным контролем ультразвука. По согласованию с пациентом операции проводятся под наркозом или под местной анестезией.

При этом не требуется длительная госпитализация, уже через сутки пациент трудоспособен. Консультативный прием ведет высококвалифицированный флеболог.

ОТ АВТОРА: после разговора с Дмитрием Ивановичем АЛЕХИНЫМ я подумала о том, что большим везением в жизни каждого человека, нуждающегося в медицинской помощи, является встреча с хорошим врачом-профессионалом, неформально относящимся к своим обязанностям, заинтересованным в конечном результате. Такой врач способен убедить больного в необходимости хирургического вмешательства, безоговорочно следовать рекомендациям и вселить надежду на полное выздоровление. Ведь только построеными на полном доверии совместными усилиями врача и пациента можно предотвратить сосудистую катастрофу, сохранить здоровье и жизнь.

Ж. КИСЕЛЕВА.



29 сентября — Всемирный день сердца

Этот симптом является наиболее распространенным в общей врачебной практике. В современной медицинской литературе насчитывается до 40 заболеваний, сопровождающихся болью в груди. Условно их можно разделить на следующие группы:

- заболевания сердца и крупных сосудов (аорты, легочной артерии, их ветвей);
- патология бронхолегочного аппарата, плевры и органов средостеня;
- патология костей, суставов, позвоночника, передней грудной стенки и мышц плечевого пояса;
- заболевания желудочно-кишечного тракта, органов брюшной полости и патология диафрагмы;
- прочие заболевания (психогенные, неврологические).



БОЛЬ В ГРУДИ

Л.Н. МОВЧАН, гл. специалист по общей врачебной практике (семейная медицина) г. Челябинска, к.м.н.

Наиболее опасные заболевания

Боль в грудной клетке всегда пугает больного истораживает врача, поскольку нередко она является симптомом серьезного заболевания. Несмотря на множество существующих причин боли, врач, осматривая больного, в первую очередь решает, насколько она опасна для его жизни.

К опасным относятся:

- все виды ангинозных болей (инфаркт миокарда, стенокардия);
- тромбоэмболия легочной артерии;
- расслаивающая аневризма аорты;
- спонтанный пневмоторакс;
- тампонада перикарда.

При этих состояниях помощь необходимо оказать немедленно, чаще всего требуется срочная госпитализация больного.

К неопасным относятся боли при патологии межреберных мышц, нервов, костно-хрящевых образований грудной клетки.

Основная причина болевого синдрома в груди — ишемическая болезнь сердца (ИБС), клиническими формами которой являются стенокардия и инфаркт миокарда.

Причиной развития ИБС является нарушение кровоснабжения миокарда. Как правило, нарушение кровотока в коронарных сосудах обусловлено атеросклеротическим стенозом артерий.

Существует алгоритм распознавания больного, позволяющий врачу поставить правильный диагноз:

- локализация боли. Показать, где болит (кулак, ладонь, палец в точку);
- характер и интенсивность боли. Описать боль;
- иррадиация боли. Куда она распространяется;
- длительность, давность боли. Как долго она продолжается;
- условия возникновения и прекращения. Возникает боль при фи-

зической нагрузке или на холоде? Что ее облегчает? Проходит ли она в покое? Усиливается ли при дыхании и кашле? Не связана ли с приемом пищи? Не проявляется ли при наклонах, в положении лежа? Беспокоит ли ночью? Исчезает ли после приема антацидов? Не было ли травм грудной клетки и позвоночника?

■ Сопутствующие симптомы. Чем сопровождается боль: чувством нехватки воздуха, головокружением, потливостью? Не было ли крови в мокроте? Нет ли горечи во рту? Не было ли сыпи на грудной клетке?

Основными клиническими признаками болей в груди являются:

- дискомфорт или за грудиной боль давящего, сжимающего характера продолжительностью от 1 до 15 минут, может иррадиировать (отдавать) в левую руку, шею, нижнюю челюсть и т. д.;
- возникает при физической нагрузке или эмоциональном стрессе;
- проходит в покое и (или) после приема нитроглицерина через 1 — 3 минуты. Если имеются три из перечисленных выше признака, то это характерно для типичной (определенной) стенокардии. Если только два, то это атипичная (вероятная) стенокардия. Если есть один или ни одного из вышеперечисленных признаков, то это, вероятно, несердечная боль (не связанная с ишемией миокарда). Однако несоответствие перечисленным критериям делает диагноз стенокардии маловероятным, но не исключает его.

Следует отметить, что иррадиация болей вариabельна, не только у разных пациентов, но и у одного человека в течение суток или одного периода времени боль может ощущаться не только за грудиной, но в нижней челюсти, в эпигастрии (желудке), локте, плече. Типично развитие болей после переедания, у некоторых пациентов приступ развивается утром после пробуждения.

Сложнее всего добиться четкого описания приступа у пожилых людей. Играют роль проблемы со слухом, забывчивость, неумение охарактеризовать свои ощущения.

Одним из острых вариантов течения ИБС является острый коронарный синдром. Это группа клинических признаков или симптомов, позволяющих заподозрить острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию. К характерным симптомам острого коронарного синдрома относят сжимающие, давящие боли за грудиной, длящиеся 15 — 30 минут, не купирующиеся (не снимающиеся) антиангинальными препаратами (нитроглицерином и т. д.).

Лечение

Его эффективность зависит от своевременности обращения пациентов за медицинской помощью. При развитии характерного эпизода болей в грудной клетке длительностью 15 минут и более, который не удается купировать нитроглицерином, а также при внезапно развившейся выраженной слабости, одышке, особенно если перечисленные симптомы сопровождаются повышенным потоотделением, страхом смерти, сердцебиением и предобморочным состоянием, показана срочная госпитализация. Транспортировка больного должна осуществляться бригадой скорой помощи. По мнению зарубежных экспертов, использование частного автотранспорта возможно только в том случае, если ожидание бригады скорой помощи приведет к задержке госпитализации на 20 — 30 минут. Следует отметить, что анализ выживаемости больных с острым коронарным синдромом, отказавшихся от стационарного лечения, показал повышение риска внезапной смерти и повторной госпитализации на 60 процентов в этой группе пациентов, по сравнению с теми, кто лечился в стационаре. Эту информацию целесообразно использовать в качестве аргумента при работе с пациентами, недооценивающими серьезность своего состояния и отказывающихся от госпитализации.

При подозрении на стабильную стенокардию для мгновенного купирования ангинозных болей применяются нитраты короткого действия.

Нитроглицерин (изосорбида тринитрат) — 0,4 — 0,5 мг под язык (при необходимости возможен прием трех таблеток с интервалом 5 минут), или изокет (изосорбида динитрат) 1,25 мг (два нажатия клапана) — распыление в полости рта.

Противопоказания для назначения нитроглицерина:

- систолическое артериальное давление менее 90 мм рт.ст.;
- снижение систолического артериального давления на 30 мм рт.ст. в сравнении с исходным;
- частота сердечных сокращений менее 50 или более 100 уд/мин;
- подозрение на инфаркт правого желудочка сердца;
- закрытоугольная форма глаукомы;
- кровоизлияние в мозг, травма головы;
- прием ингибиторов фосфодиэстеразы (силденафила цитрата или виагры) в предыдущие 24 — 48 часов. Одновременный прием препаратов, усиливающих эрекцию, и нитропрепаратов может привести к коллапсу и потере сознания.

Пациентам необходимо знать, как правильно употреблять препараты нитроглицерина:

- хранить тубик с таблетками не более трех месяцев, так как при частом открывании действующее вещество разрушается кислородом воздуха. Это особенно относится к пожилым пациентам, которые покупают лекарство впрок по несколько упаковок. Тубики с таблетками лежат в самых разных местах, нередко больные забывают, когда они куплены, как часто использовались. Спрей сохраняется дольше;
- после приема под язык одной таблетки боль за грудиной исчезает очень быстро, в течение 1 — 3 минут (не более 10 минут). Если за это время приступ не прошел, надо немедленно обратиться за медицинской помощью, лучше вызвать скорую помощь, так как возможен острый коронарный синдром;
- побочный эффект венозной дилатации (расширение вен) — резкая головная боль, особенно часто возникающая при первом приеме нитроглицерина. Несколько таблеток, принятых за короткое время, могут привести к снижению АД. В этом случае принимать нитроглицерин нужно в таком месте, где можно сесть или лечь;
- тем, кто страдает стенокардией, желательно всегда носить с собой нитроглицерин. Прием таблеток во время болевого приступа или для его профилактики — очень эффективная мера;
- эпизодическое профилактическое применение нитратов перед физической нагрузкой предупреждает

возникновение стенокардии. При этом необходимо выждать время до начала действия препарата (с учетом особенностей действия выбранной лекарственной формы этот интервал составляет несколько минут при использовании сублингвальных (под язык) таблеток, аэрозоля, таблеток или пластин для наклеивания на слизистую оболочку щеки или десны до десятков минут после приема внутрь);

■ основные проблемы при применении нитратов — развитие привыкания и головной боли. Головная боль чаще встречается при первом приеме препарата, а затем она становится менее выраженной и исчезает. Однако некоторые пациенты, например, имевшие травмы головы, контузии, ранения, бывают вынуждены отказаться от приема нитратов, так как у них головная боль со временем не исчезает.

При подозрении на острый коронарный синдром:

- вызвать скорую помощь для экстренной госпитализации больного в лечебное учреждение, имеющее блок интенсивной терапии;
- обеспечить больному полный физический покой;
- дать ацетилсалициловую кислоту (аспирин), разжевать 250 — 500 мг препарата, не покрытого оболочкой, отменить прием других нестероидных противовоспалительных средств;
- одновременно с аспирином дать клопидогрел, как можно раньше, еще на догоспитальном этапе, в нагрузочной дозе 300 мг (лицам старше 75 лет дать 75 мг). При наличии аллергии к аспирину следует назначить только клопидогрел;
- прием нитроглицерина по тем же принципам;
- контролировать АД, лечить сердечную недостаточность, нарушения ритма и проводимости (брадикардия, тахикардия) согласно алгоритмам расширенной реанимации;
- при развитии остановки дыхания и кровообращения проводить реанимационные мероприятия;
- если нет противопоказаний (сердечная недостаточность, кардиогенный шок, гипотензия, брадикардия, бронхиальная астма) — назначаются бетаблокаторы (метопролол 25 — 50 мг);
- наблюдать до приезда скорой помощи.

Тактика лечения в стационаре проводится по утвержденным алгоритмам лечения неотложных состояний как в отечественной, так и в международной практике.

Окончание на 4-й странице.



ЛЕГКАЯ ПОХОДКА

Хроническая венозная недостаточность - нарушение оттока венозной крови и лимфы в нижних конечностях. Развивается она при варикозном расширении вен, после перенесенных воспалительных заболеваний и провоцируется вынужденным длительным положением сидя или стоя. Все начинается с незначительных, «безобидных» проявлений, таких, как сосудистые «звездочки», отека и чувства усталости в ногах к вечеру. При отсутствии лечения и профилактики расширяются подкожные вены, появляются варикозные узлы. Это может привести к тромбозу, варикозному дерматиту и трофической язве.



Рекомендации пациенту с хронической лимфовенозной недостаточностью

Для успешного лечения и профилактики венозной недостаточности Вам необходимо соблюдать эти несложные правила повседневной жизни:

1. Важным условием в лечении и профилактике венозной недостаточности является использование качественного, правильно подобранного (индивидуально) компрессионного трикотажа (гольфы, чулки, колготы). Одевать его лучше утром, после легкой гимнастики, не вставая с постели. На ночь трикотажные компрессионные изделия необходимо снимать. Следить, чтобы они были чистые и с действующим сроком использования. Качественные изделия «работают» (сохраняют необходимый уровень компрессии) при 12-часовом использовании до 10 — 11 месяцев.

2. Вести активный образ жизни. Регулярные двухчасовые прогулки в комфортном темпе, занятия на велотренажере в эластичном чулке — отличная стимуляция венозного оттока крови от нижних конечностей. Плавание и занятия в воде предотвращают венозный застой. Силовые нагрузки недопустимы, особенно в вертикальном положении.

3. Исключить тепловые процедуры (горячие ванны, грязи, длительное пребывание под солнцем). Чаше принимать душ. Завершать водные процедуры обливанием ног прохладной водой. Больше отдыхайте в тени. Ограничивать пребывание в условиях повышенной температуры (сауна, баня с «парением венником»).

4. Носить удобную, свободную одежду, не стесняющую область таза и бедер. Слишком узкие брюки (джинсы особенно) ухудшают отток крови от конеч-

ности, повышают венозное давление, особенно на голени и бедре, что провоцирует появление варикозных узлов.

5. Желательно меньше стоять и подолгу сидеть — лишняя статическая нагрузка на нижние конечности вредна. Не сидеть нога на ногу или поджав ноги под себя или под стул.

6. Сидеть правильно — не сутулиться, не скрещивать ноги под стулом и не класть ногу при сидении под себя.

7. Ни в коем случае не поднимать тяжести, не работать в саду без эластичных чулок или гольф.

8. С осторожностью делать эпиляцию, не пользоваться воском и электроэпилятором.

9. Во время авиаперелета необходимо пить достаточное количество воды. В жаркое время года пить до 2 литров воды.

10. О необходимости использовать медицинские препараты и наружные гели посоветуйтесь с врачом.

11. Носить удобную обувь на

каблуке 3 — 4 см. При плоскостопии обязательно использование лечебных стелек.

12. Основную долю рациона должны составлять продукты с большим количеством клетчатки.

13. Используйте негормональные противозачаточные средства. При необходимости их применения (по медицинским показаниям) посоветуйтесь с флебологом.

14. Во время сна и дневного отдыха ноги желательно приподнять вместе с матрасом на 5 — 8 см или поднять ножной конец кровати (подкладывание подушки или валика менее эффективно). В течение дня положить ноги выше уровня сердца, сделать гимнастику, полежать в таком положении 15 — 20 минут.

15. Сохраните данные ультразвукового исследования для последующего сравнения, посоветуйтесь с вашим флебологом о назначении лекарственных препаратов.



БОЛЬ В ГРУДИ

Окончание. Начало на 3-й странице.

Практические советы

Следует с осторожностью относиться к назначению других лекарственных средств, показанных при сопутствующих заболеваниях. Так, в последние годы установлено, что прием нестероидных противовоспалительных значительно повышает риск осложнений у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. В большей степени это касается селективных ингибиторов циклооксигеназы — 2 (ЦОГ — 2). К ним относятся так называемые коксибы (целекоксиб, мелоксикам, нимесулид и т. д.). Американская кардиологическая ассоциация вообще не рекомендует назначать пациентам с ИБС или высоким риском ИБС ингибиторы ЦОГ — 2 или традиционные нестероидные противовоспалительные препараты для уменьшения хронического болевого синдрома. Они считают, что купирование хронического болевого синдрома у кардиологических больных необходимо начинать с немедикаментозных вмешательств (физиотерапия, физические упражнения, снижение массы тела для уменьшения нагрузки на суставы и т. д.). Подобные меры предосторожности связаны с тем, что препараты, избирательно ингибирующие циклооксигеназу, способны повышать риск развития инфаркта миокарда и тромбозов.

Профилактика

Появление болей в сердце при ИБС обусловлено атеросклеротическим сужением коронарных артерий уже на 50 — 70 процентов. Это означает, что скрининговое выявление доклинических проявлений атеросклероза в условиях нашей страны пока невыполнимая задача. Чтобы выявить бессимптомно протекающий атеросклероз и как можно раньше начать профилактические мероприятия, надо последовательно и настойчиво оценивать распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у всех пациентов в рамках общей практики.

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний

По выявлению фактора риска можно определить, насколько вероятно наличие у больного атеросклероза. Широко известны «традиционные» факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний:

- артериальная гипертензия (АД 140/90 мм рт.ст. и выше);
- дислипидемия. Нарушение липидного обмена как возможной причины ИБС и ишемии выявляется, если содержание в крови общего холестерина больше 5,0 ммоль/л, холестерина липопротеидов высокой плотности меньше 1,0 ммоль/л (у мужчин), меньше 1,2 ммоль/л (у женщин), холестерина липопротеидов низкой плотности больше 3,0 ммоль/л, триглицеридов больше 1,7 ммоль/л;
- гипергликемия натощак больше 6,1 ммоль/л;
- избыточная масса и ожирение (увеличение индекса массы тела больше 25 кг/кв.м и объема талии у женщин больше 80 см, а у мужчин больше 94 см);
- курение (независимо от количества выкуриваемых сигарет);
- малоподвижный образ жизни;
- психосоциальные факторы риска (стресс, негативные черты характера).

При выявлении факторов риска рекомендуется немедикаментозная и при необходимости медикаментозная их коррекция.

В настоящее время существуют немедикаментозные меры профилактики атеросклероза.

Диетические рекомендации пациентам:

- свежие фрукты и овощи несколько раз в день (не менее 400 г в день);
- пищевые волокна в виде клетчатки и оболочек зерна, цельные зерна, хлеб грубого помола;
- рыба, в том числе и жирная (лосось, тунец, скумбрия, палтус — не менее 2 — 4 раз в неделю), употребление рыбьего жира благоприятствует снижению содержания триглицеридов в крови;
- молочные постные продукты;
- нежирное мясо, индейка и курица;
- алкоголь ограничивается преимущественным употреблением небольших количеств сухого красного вина. Тем, у кого повышено артериальное давление, рекомендуется полное воздержание от алкоголя.

Рекомендации по физическим упражнениям

- польза тренировок показана в многочисленных исследованиях;
- избегать тех видов физической нагрузки или любой другой деятельности, которая провоцирует боль в груди;
- при хорошей переносимости нагрузки можно рекомендовать аэробные тренировки 45 — 50 минут в день, не менее трех раз в неделю, на уровне 60 — 75-процентного возрастного пульса (максимальный возрастной пульс определяют по формуле: 220 минус возраст);
- отказ от курения.

Известно, что психологические факторы могут спровоцировать приступ стенокардии, поэтому пациент должен быть предупрежден об этом и обучен способам профилактики приступа в сложной психоэмоциональной ситуации.

В случае доброкачественного течения ИБС достаточно медикаментозной терапии. Если качество жизни больного снижается из-за приступов стенокардии или есть высокий риск развития осложнений, показано хирургическое лечение.

