

Министр Вероника Скворцова посетила с рабочим визитом Республику Мордовия

В рамках поездки Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова совместно с Главой Республики Мордовия Владимиром Дмитриевичем Волковым приняли участие в торжественной церемонии открытия промышленного производства полного цикла антибиотиков нового поколения.

Во время визита на предприятие Министр Вероника Скворцова посетила кафедру химии и технологии физиологически активных веществ, которая займется подготовкой профильных специалистов в области биосинтеза антибиотиков для фармацевтической промышленности, аналогов которой в России пока нет, а также провела встречу со студентами.

Вероника Скворцова отметила, что Мордовия демонстрирует высокие показатели по снижению смертности от сердечно-сосудистых, онкологических, инфекционных заболеваний и заболеваний органов дыхания. По цифрам средней продолжительности жизни наша республика немного опережает другие регионы.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

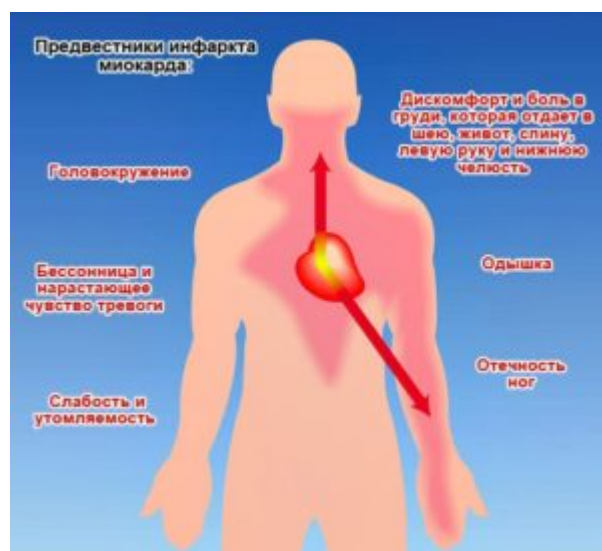


Сердце – сложный орган человеческого тела. На протяжении всей жизни он постоянно качает кровь, снабжая через артериальную сеть кислородом и жизненно важными питательными веществами все ткани организма. Для выполнения

этой напряженной задачи сердечная мышца сама нуждается в достаточном количестве обогащенной кислородом крови, которая доставляется к нему через сеть коронарных артерий. Эти артерии несут обогащенную кислородом кровь к мышечной стенке сердца (миокарду). Сердечный приступ (инфаркт миокарда) происходит, когда приток крови к сердечной мышце заблокирован, ткань испытывает кислородное голодание и часть миокарда умирает.

Ишемическая болезнь сердца является причиной сердечных приступов. Ишемическая болезнь сердца является конечным результатом атеросклероза, который препятствует коронарному кровотоку и уменьшает доставку обогащенной кислородом крови к сердцу.

Симптомы заболевания могут развиваться на фоне полного благополучия. На фоне нервного напряжения или повышенной физической нагрузки, либо в покое, вдруг появляется жестокая сжимающая боль за грудиной, т.е. в середине грудной клетки, распространяющаяся в левую сторону, отдающая в левую руку, плечо, спину, челюсть, шею. Боль может охватывать и область солнечного сплетения и даже ключиц. Боль приходит внезапно, она резкая и довольно сильная, имеет чаще давящий, сжимающий, распирающий или жгучий характер, часто сопровождается слабостью, затруднением дыхания,



появлением холодного пота. Иногда заболевание проявляет себя рвотой или неприятными ощущениями в желудке, перебоями в сердце или потерей сознания.

- Если боль возникает во время физической нагрузки или во время ходьбы – немедленно прекратить нагрузки, остановиться и сесть.
- Если боль возникает в покое, в положении лежа – сразу же сесть с опущенными ногами.
- Открыть окно, расстегнуть затрудняющую дыхание одежду, обеспечить доступ свежего воздуха.
- Принять 1 таблетку нитроглицерина под язык или впрыснуть под язык 1 дозу нитроминта. При отсутствии эффекта принять указанные препараты повторно (нитроглицерин в таблетках с интервалом в 5 минут, не более 3-х раз. В случае появления головных болей на прием нитроглицерина следует сочетать их прием с анальгетиками или валидолом.
- Больной должен знать о том, что если боль сопровождается резкой слабостью, бледностью, холодным потом, головокружением, это могут быть признаки снижения артериального давления и прием нитроглицерина противопоказан. В этих случаях следует лечь, сразу же вызвать врача скорой помощи. Для уменьшения боли можно использовать ацетилсалициловую кислоту (аспирин) или таблетированные анальгетики: анальгин, баралгин и другие.
- При повышенном артериальном давлении – прием внутрь или под язык 25мг каптоприла либо другого быстродействующего гипотензивного препарата в необходимой дозе.
- Если боль длится более 20 минут и боль не проходит после 3-кратного приема нитроглицерина – немедленно вызвать врача скорой медицинской помощи, при этом до прибытия скорой помощи разжевать 0,25г ацетилсалициловой кислоты (аспирина).

Скорее всего, у Вас развился острый коронарный синдром

(инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия).

Немедленно вызывайте скорую помощь!

Умение терпеть в данном случае – опасный враг и ценой промедления может быть потерянная жизнь. Также обращаем Ваше внимание на то, что первичная профилактика сосудистых поражений является чрезвычайно эффективной. Она включает в себя постоянный контроль артериального давления, уровней холестерина и сахара крови, массы тела, здоровый образ жизни: отказ от курения и умеренное потребление алкоголя, достаточная физическая активность, правильное питание с ограничением жирной пищи и включение в рацион свежих овощей и фруктов, рыбы. Соблюдение этих рекомендаций поможет Вам снизить риск развития сосудистых катастроф.



От некоторых факторов риска, например таких, как пол и наследственность, никуда не деться. Зато все остальные вполне поддаются нашим усилиям:

- поддерживайте в норме артериальное давление, а также следите за погодой, например, для людей с повышенным артериальным давлением опасны жара и геомагнитные бури;
- нормализуйте уровень сахара в крови;
- больше двигайтесь, совсем не обязательно «бегать от инфаркта», достаточно гулять на свежем воздухе не менее получаса в день;
- бросьте курить, пристрастие к табаку – один из самых агрессивных факторов риска;
- постарайтесь сбросить лишнюю массу тела.

При подозрении на острый инфаркт миокарда основная самопомощь заключается в немедленном вызове врача скорой помощи. Попытки

больного самостоятельно добраться до поликлиники абсолютно недопустимы! Важное значение имеет соблюдение строго постельного режима и использование мер доврачебной помощи, аналогичных таковым при приступе стенокардии.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что неотложная помощь при стенокардии должна быть максимально ранней, так как своевременность оказания помощи имеет определяющее значение. Больным со стенокардией и с подозрением на острый инфаркт миокарда жизненно важно знать, когда следует обращаться за неотложной медицинской помощью и что делать до прибытия врача. Определенную помощь в получении этой необходимой информации могут оказать вышеизложенные рекомендации.

Действия окружающих при первых признаках инсульта



Инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения, при котором пораженные участки центральной нервной системы перестают получать кровь. В результате нейроны безвозвратно погибают. Инсульт является

серьезным заболеванием, которое часто приводит к инвалидности. Предотвратить острое нарушение мозгового кровообращения гораздо легче, чем лечить его последствия.

Каждый человек должен знать, как оказывать первую помощь при инсульте, ведь таким образом можно спасти кому-то жизнь. Особенно важен алгоритм действий для лиц, у которых родственники имеют факторы риска, приводящие к острому

нарушению мозгового кровообращения.

Оказание первой помощи при инсульте начинается, как только появились первые признаки. Считается, что если оказать врачебную помощь пациенту в первые три часа, то последствия инсульта полностью обратимы. Однако чем дольше медлить с помощью, тем опаснее осложнения и тем сомнительнее прогноз для жизни.

В зависимости от того, каков механизм нарушения кровообращения, выделяют два вида инсульта, лечение которых принципиально отличается друг от друга.

1. ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Его еще называют инфаркт мозга. Составляет 90% от всех острых нарушений мозгового кровообращения. Развивается патология вследствие закупорки артерии, питающей головной мозг, тромбом. Чаще всего причиной является атеросклеротическое поражение центральных и периферических сосудов. Тромб может попасть в сосуды головного мозга из полости сердца, сонной артерии, артерий нижних конечностей и других сосудов. Высокий риск развития ишемического инсульта у людей с атеросклерозом и сахарным диабетом. Инфаркт мозга встречается чаще всего у лиц после 60 лет.

2. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Кровоизлияние в мозг развивается в результате нарушения целостности сосуда (разрыва артерии мозга). Основной причиной этой патологии является гипертоническая болезнь. Слабые церебральные артерии могут не выдержать резкого подъема артериального давления и лопнуть. Поэтому лицам с артериальной гипертензией следует регулярно принимать антигипертензивную терапию и воздерживаться от стрессов. Геморрагический инсульт характерен для пациентов в возрасте 40-60 лет.

ПРИЗНАКИ И СИМПТОМЫ

Дома сложно определить вид инсульта. Для этого следует внимательно наблюдать за пациентом с самого начала развития патологии. Если Вы уже видите человека с признаками патологии, то определить механизм его развития не удастся. Однако для больного будет огромным плюсом, если вы просто распознаете наличие инсульта.

Для простоты распознавания инсульта у женщин и мужчин можно использовать следующую технику.

Техника УДАР:



Улыбка. При инсульте нарушается иннервация на одной стороне лица, и мимика становится кривой. Попросите человека улыбнуться и если заметите кривую улыбку, то имеется нарушение мозгового кровообращения.

Движение. Следует попросить больного поднять обе руки или обе ноги. При инсульте одна из конечностей будет ниже другой.

Артикуляция. Попросите произнести несколько слов. Если имеется острое нарушение мозгового кровообращения, то речь у пациента будет невнятной и заторможенной.

Решение. При обнаружении одного из вышеописанных признаков следует немедленно вызвать скорую помощь. Причем диспетчеру следует сообщить, что есть подозрение на развитие инсульта.

ЧТО ДЕЛАТЬ ДО ПРИЕЗДА СКОРОЙ ПОМОЩИ

Если же вы не знаете, какой вид инсульта у больного, то лучше выполнять нижеизложенные рекомендации, которые точно не навредят пациенту. Если человек без сознания, то главное при оказании первой помощи – не допустить западания языка и

аспирации инородных тел (протезы, рвотные массы). Для этого следует повернуть голову больного набок. Также следует согреть конечности, обеспечить доступ к кислороду и не перемещать пострадавшего без необходимости. Если человек в сознании, то следует его успокоить. Уложите пациента на несколько подушек, приподняв таким образом голову и плечи. Откройте окна, расстегните тесную одежду. Успокойте пострадавшего и обеспечьте его неподвижность в постели. При симптомах острой сердечной недостаточности не стоит вводить пациенту какие-либо лекарства до приезда скорой помощи. Острая сердечная недостаточность обычно проявляется отеком легких. При подозрении на такое осложнение больного необходимо усадить, опустив ноги с кровати. Для уменьшения отека на верхнюю треть конечностей накладываются жгуты, ноги можно окунуть в горячую воду. Эти мероприятия способствуют скоплению крови на периферии, облегчая дыхание больного.

ЧТО НЕЛЬЗЯ ДЕЛАТЬ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА

При подозрении на острое нарушение мозгового кровообращения нельзя: заставлять пострадавшего самостоятельно двигаться или же перемещать человека с места на место без веской причины; использовать нашатырный спирт или кислотосодержащие препараты; давать пациенту какие-либо лекарства, кроме указанных в алгоритме для оказания первой помощи. И главное, чего нельзя делать при инсульте, – это отказываться от медицинской помощи. Помните, что чем больше времени пройдет с момента развития патологии, тем большая часть мозга погибнет. Обратному восстановлению подлежат лишь 10-20% нейронов и то лишь при серьезной реабилитации.

К сожалению, смертность пациентов с инсультом достаточно высокая. Сегодня врачи могут справиться с заболеванием, но лишь при своевременном обнаружении патологии. Поэтому при появлении первых симптомов вызывайте скорую помощь, которая доставит больного в специализированное отделение для диагностики и лечения инсульта.

Первая помощь при сердечном приступе

Сердечный приступ – тяжелое патологическое состояние, обусловленное остро возникающим недостатком кровоснабжения сердечной мышцы с последующим развитием отмирания участка этой мышцы. **Некроз сердечной мышцы называется инфарктом миокарда.**

Для сердечного приступа наиболее характерно:

- **ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ:** в области груди (за грудиной), боль может отдавать в левую руку до предплечья, кисть руки, левую лопатку, левую половину шеи и нижней челюсти, а также в оба плеча, обе руки, верхнюю часть живота;
- **ХАРАКТЕР БОЛИ:** давящая, сжимающая, жгучая или ломящая интенсивная боль. Боли колющие, режущие, ноющие, усиливающиеся при перемене положения тела или при дыхании не характерны для истинного сердечного приступа;
- **ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БОЛИ** более 5 минут;
- нехватка воздуха, одышка, резкая слабость, холодный пот, тошнота часто возникают вместе, иногда следуют или предшествуют болям в грудной клетке.

Что необходимо делать при возникновении сердечного приступа?

Если у Вас или кого-либо появились вышеуказанные жалобы даже при умеренной их интенсивности, которые держатся более 5 минут – необходимо вызвать бригаду скорой медицинской помощи.

До приезда скорой медицинской помощи необходимо действовать согласно следующему алгоритму:

- Сесть (лучше в кресло с подлокотниками) или лечь в постель с приподнятым изголовьем.

- Освободить шею и обеспечить поступление свежего воздуха (открыть форточки или окно).
- Принять 0,25г аспирина (таблетку разжевать, проглотить) и 0,5 мг нитроглицерина (таблетку/капсулу положить под язык, капсулу предварительно раскусить, не глотать).

Если после первого или последующих приемов нитроглицерина появилась резкая слабость потливость, одышка, или резкая головная боль, то необходимо лечь, поднять ноги (на валик, подушку и т.п.), выпить 1 стакан воды и далее нитроглицерин не принимать.

- Если через 5-7 минут после приема аспирина и нитроглицерина боли сохраняются, необходимо второй раз принять нитроглицерин.
- Если через 10 мин после приема второй дозы нитроглицерина боли сохраняются, необходимо в третий раз принять нитроглицерин.

ВНИМАНИЕ!

Нельзя! вставать, ходить, курить и принимать пищу до особого разрешения врача.

Нельзя! принимать аспирин (ацетилсалициловую кислоту) при непереносимости его (аллергические реакции) и уже осуществленном приеме его в этот день, а также при явном обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Нельзя! принимать нитроглицерин при низком артериальном давлении крови, при резкой слабости, потливости, а также при выраженной головной боли, головокружении, остром нарушении зрения, речи или координации движений.

Что желательно подготовить к прибытию врача скорой помощи?

- Все лекарства или упаковки от лекарств, которые принимал больной накануне.

- Перечень лекарств, которые не переносит больной или которые вызывают у него аллергию.
- Пленки с записью электрокардиограмм, желательно расположенные по порядку по датам их регистрации.
- Имеющиеся медицинские документы (справки, выписки), расположенные в хронологическом порядке.

Своевременное выявление и коррекция факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, позволяют снизить у каждого конкретного человека вероятность развития опасных хронических неинфекционных заболеваний.

Профилактика гипертонической болезни

Артериальная гипертензия – одно из самых распространённых заболеваний сердечно-сосудистой системы. Установлено, что артериальной гипертонией страдают 20–30 % взрослого населения. С возрастом распространённость болезни увеличивается и достигает 50 – 65 % у лиц старше 65 лет.

Несмотря на усилия ученых, врачей и административных органов различного уровня, артериальная гипертензия в Российской Федерации останется одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. Это обусловлено как широким распространением данного заболевания (около 40% взрослого населения РФ имеет повышенный уровень артериального давления), так и тем, что артериальная гипертензия является важнейшим фактором риска основных сердечно-сосудистых заболеваний – инфаркта миокарда и мозгового инсульта, главным образом определяющих высокую смертность в нашей стране.

Гипертоническая болезнь (эссенциальная гипертензия, первичная

гипертензия) – хроническое заболевание, характеризующееся длительным и стойким повышением артериального давления, вызванное нарушением работы сердца и регуляции тонуса сосудов и не связанное с заболеваниями внутренних органов. Ведущим симптомом гипертонической болезни является повышение артериального давления, обусловленное в первую очередь нервно-функциональными нарушениями регуляции сосудистого тонуса. Необходимо тщательно дифференцировать гипертоническую болезнь от симптоматической гипертензии, когда повышение артериального давления является симптомом заболевания, и притом далеко не главным. Симптоматическая гипертензия наблюдается при коарктации аорты, атеросклерозе аорты и крупных её ветвей, при нарушении функции эндокринных желез (болезнь Иценко-Кушинга, феохромоцитомы, гипертиреоз, первичный альдостеронизм-синдром Конна), поражении паренхимы почек, окклюзионном поражении главных почечных артерий, опухолях мозга и др.

Классификация гипертонической болезни

Гипертензия классифицируется по степени повышения артериального давления:

Оптимальное АД – менее 120/80 мм. рт. ст.

Нормальное АД – 120-129/80-84 мм. рт. ст.

Высокое нормальное АД – 130-139/85-89 мм. рт. ст.

I степень артериальной гипертензии (мягкая) – 140-159/90-99 мм. рт. ст.

II степень артериальной гипертензии (умеренная) – 160-179/100-109 мм. рт. ст.

III степень артериальной гипертензии (тяжелая) – 180 и более/110 и более мм. рт.ст.

В развитии гипертонической болезни выделяют 3 стадии:

1 стадия – незначительные и непостоянные изменения

артериального давления, без нарушений функций сердечно-сосудистой системы;

2 стадия – постоянные изменения артериального давления, сопровождающиеся гипертрофией левого желудочка, но без других органических изменений;

3 стадия – постоянное повышенное артериальное давление с наличием изменений в сердце (ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность), головном мозге и почках.

Факторы, увеличивающие риск развития артериальной гипертензии:

Возраст: у мужчин старше 55 лет, у женщин старше 65 лет. С возрастом стенки крупных артерий становятся более ригидными, а из-за этого повышается сопротивление сосудов кровотоку, следовательно, повышается АД.

Наследственная предрасположенность: гипертоническая болезнь у родственников первой степени (отец, мать, бабушки, дедушки, родные братья и сестры в возрасте меньше 55 лет у мужчин, менее 65 лет у женщин) достоверно означает повышенную вероятность развития болезни. Риск возрастает еще больше, если повышенное АД имелось у двух и более родственников.

Пол: мужчины в большей степени предрасположены к развитию артериальной гипертензии, особенно в возрасте 35-50 лет. Однако, после наступления менопаузы риск значительно увеличивается и у женщин.

Курение. Компоненты табачного дыма, попадая в кровь, вызывают спазм сосудов. Не только никотин, но и другие вещества, содержащиеся в табаке, способствуют механическому повреждению стенок артерий, что предрасполагает к образованию в этом месте атеросклеротических бляшек.

Чрезмерное употребление алкоголя. Ежедневное употребление крепких спиртных напитков увеличивает АД на 5-6 мм. рт. ст. в год.

Чрезмерная подверженность стрессам. Гормон стресса адреналин заставляет сердце биться, перекачивая большой объем крови в единицу времени, вследствие чего АД повышается. Если стресс продолжается длительное время, то постоянная нагрузка изнашивает сосуды и повышение АД становится хроническим.

Атеросклероз. Избыток холестерина ведет к потере артериями эластичности, а атеросклеротические бляшки сужают просвет сосудов, что затрудняет работу сердца. Всё это ведет к повышению АД. Однако и гипертония, в свою очередь, подстегивает развитие атеросклероза, так, что эти заболевания являются факторами риска друг друга.

Дислипидемия. Общий холестерин более 4,9 ммоль/л. Холестерин липопротеинов низкой плотности более 3,0 ммоль/л и/или холестерин липопротеинов высокой плотности менее 1,0 ммоль/л у мужчин, менее 1,2 ммоль/л у женщин и/или триглицериды более 1,7 ммоль/л.

Глюкоза плазмы натощак 5,6- 6,9 ммоль/л и нарушение толерантности к глюкозе.

Чрезмерное потребление соли. Человек потребляет с пищей гораздо больше поваренной соли, чем это необходимо его организму. Избыток соли в организме часто ведет к спазму артерий, задержке жидкости в организме и, как следствие, к развитию артериальной гипертензии.

Ожирение. ИМТ от 30 кг/м² и более. Абдоминальное ожирение (окружность талии более 102 см у мужчин, более 88 см у женщин). Подсчитано, что каждый килограмм лишнего веса означает увеличение АД на 2 мм. рт. ст.

Недостаточная физическая активность. Люди, ведущие малоподвижный образ жизни, на 20-25% больше рискуют заболеть артериальной гипертензией, чем те, кто активно занимается спортом или физическим трудом. Нетренированное сердце хуже справляется с нагрузками, а обмен веществ происходит

медленнее.

Если Вы насчитали у себя хотя бы два фактора риска – опасность заболеть артериальной гипертонией уже достаточно велика. Это заболевание, как и любое хроническое прогрессирующее заболевание легче предупредить, чем лечить. Поэтому профилактика артериальной гипертонии, особенно для людей с отягощенной наследственностью, является задачей первой необходимости!



Диагностировать повышенное АД при помощи одного измерения невозможно. Для постановки диагноза артериальной гипертонии необходимо, чтобы АД постоянно было выше нормы и врач неоднократно (минимум дважды) при разных визитах отмечал

повышенные цифры АД. При артериальной гипертензии клинические симптомы могут отсутствовать, и пациент долгое время может не знать о повышенном АД. Это опасно, поскольку в кровеносных сосудах, а затем в жизненно важных органах, которые они питают – сердце, головном мозге, почках, глазах, происходят серьезные необратимые нарушения их структуры и функции. Поэтому пациент должен регулярно проверять АД на приеме у врача или сам измерять его дома, используя специальные приборы. Даже небольшое повышение цифр АД, несмотря на хорошее самочувствие, – повод серьезного к нему отношения, поскольку артериальная гипертензия приводит к гипертоническим кризам, во время которых многократно увеличивается опасность развития мозгового инсульта, инфаркта миокарда, сердечной астмы и отека легких. Даже при незначительном снижении АД (всего на 3 мм. рт. ст.) можно уменьшить вероятность смерти как от мозгового инсульта (на 8%), так и от ишемической болезни сердца (на 3%).

Профилактика артериальной гипертонии подразделяется на первичную и вторичную.

Первичная профилактика гипертонии – это предупреждение возникновения болезни. Таким образом данной профилактики должны придерживаться здоровые люди, те чья АД пока не превышает нормальных цифр. Приведенный ниже комплекс оздоровительных мер поможет не только долгие годы удерживать АД в норме, но и избавиться от лишнего веса и значительно улучшить общее самочувствие.

Физическая нагрузка. Проведенные исследования показывают, что регулярные аэробные физические нагрузки могут быть полезными как для профилактики и лечения артериальной гипертензии, так и для снижения сердечно-сосудистого риска и смертности. В исследованиях было показано, что даже менее интенсивная и продолжительная, но регулярная физическая активность сопровождается снижением смертности примерно на 20%. Упражнения, направленные на тренировку выносливости (общеукрепляющие, дыхательные упражнения, занятия на тренажерах, плавание, ходьба, бег, езда на велосипеде) приводит к заметному антигипертензивному эффекту. Рекомендуется уделять физическим упражнениям по 30 минут в день, постепенно увеличивая нагрузку от слабой до умеренной (3-5 раз в неделю). Не рекомендованы статические нагрузки (подъем тяжестей, перенос груза и т. д.), провоцирующие рост АД и холестерина в крови.

Ограничение потребления соли. Стандартное потребление соли во многих странах составляет от 9 до 12 г/сутки. Его уменьшение примерно до 5 г/сутки (1 чайная ложка) ведет к весьма скромному снижению АД (1-2 мм. рт. ст.) у лиц с нормальным АД и дает более выраженный эффект (4-5 мм. рт. ст.) у больных артериальной гипертензией. По этой причине населению в целом рекомендуется потребление соли в количестве 5-6 грамм в сутки. Ограничение соли может привести к уменьшению числа антигипертензивных препаратов и их доз. Следует учесть, что многие продукты (сыры, копчености, соленья, колбасные изделия, консервы, майонез, чипсы и др.) сами по себе содержат много соли. Итак, уберите со стола солонку и никогда не досаливайте

готовые блюда. Низкое содержание поваренной соли в продуктах растительного происхождения, обезжиренном твороге, свежей или замороженной рыбе.

Ограничение животных жиров. Рекомендуется потреблять больше продуктов, богатых калием (урюк, чернослив, изюм, фасоль, горох, морская капуста, печеный в « мундире» картофель, нежирная говядина, треска, скумбрия, овсяная крупа, свекла, редис, томаты, зеленый лук, смородина, виноград, абрикосы, персики, бананы, апельсины); продукты, богатые магнием (зерновые, бобовые, орехи, арбуз, морковь, свекла, красный перец, морская капуста, черная смородина); продукты, богатые полиненасыщенными и мононенасыщенными жирами (растительные масла, рыба – лосось, макрель, сельдь, скумбрия, сардины, тунец, палтус и др.), а также фрукты, ягоды, овощи, бобовые. Больным артериальной гипертонией рекомендовано употребление рыбы не реже двух раз в неделю и 300-400 г в сутки овощей и фруктов.

Отказ от курения. Курение – один из главных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротической этиологии. Существуют также данные о неблагоприятном влиянии пассивного курения на здоровье. Курение вызывает острое повышение АД и увеличение частоты сердечных сокращений, которые сохраняются более 15 минут после выкуривания одной сигареты. Известно, что у курящих гипертоников в стенке кровеносных сосудов выявляются более выраженные структурные и функциональные нарушения эндотелия сосудов (внутренней оболочки сосудов). Это ведет к резкому спазму сосуда, потере эластичности, развитию в его стенке асептического воспаления и активному образованию тромбов. Клинически это проявляется более высокими цифрами АД, частой склонностью к гипертоническим кризам, большей вероятностью развития приступов стенокардии и инфаркта миокарда у курящих гипертоников.

Уменьшить потребление алкоголя. Мужчинам с артериальной гипертензией, употребляющим алкоголь, следует ограничить его прием до 20-30 г в сутки (по этанолу), а женщинам с

артериальной гипертензией – до 10-20 г в сутки. Суммарное потребление алкоголя в неделю не должно превышать 140 г у мужчин и 80 г у женщин.

Снижение массы тела. Артериальная гипертензия тесно связана с избыточной массой тела, а снижение массы тела сопровождается снижением АД. Для профилактики развития артериальной гипертензии лицам с нормальным АД и для снижения АД больным артериальной гипертензией рекомендуется поддержание «здоровых показателей» массы тела (ИМТ около 25 кг/м²) и окружности талии (менее 102 см у мужчин, менее 88 см у женщин).

Снижение стресса. О роли нервных механизмов в происхождении гипертонической болезни свидетельствуют следующие факторы: в подавляющем большинстве случаев у больных удаётся установить в прошлом, до начала болезни, наличие сильных нервных «встрясок», частых волнений, психических травм. Опыт показывает, что гипертоническая болезнь значительно чаще встречается у людей, подверженных многократным и длительным нервным перенапряжениям. Поэтому одним из главных объектов профилактики гипертонической болезни должно быть состояние нервной системы. В профилактике гипертонической болезни важно не только устранение внешних нервных перенапряжений или «травм», но и выработка внутренней способности управлять своими «эмоциями». Должны быть найдены формы, которые позволили бы людям спокойно выходить из эмоционального стресса, не расплачиваясь за это «самообладание» своими сосудами. Очень важно освоить методы психологической разгрузки – аутотренинг, самовнушение, медитацию. Важно стремиться видеть во всем положительные стороны, находить в жизни радость, работать над своим характером, меняя его в сторону большей терпимости к чужим недостаткам, оптимизма, уравновешенности. Пешие прогулки, спорт, хобби и общение с домашними животными также помогают поддерживать душевное равновесие.

Вторичная профилактика артериальной гипертонии проводится,

если у пациента установлен диагноз «Артериальная гипертония». Её основная цель – избежать грозных осложнений артериальной гипертонии (ишемической болезни сердца, инфаркта, мозгового инсульта). Вторичная профилактика включает в себя два компонента: немедикаментозное лечение артериальной гипертонии и антигипертензивную (лекарственную) терапию.

Немедикаментозное лечение – соответствует первичной профилактике, но проводится в более «жесткой» форме. Если наследственность и окружающую среду каждый отдельный человек изменить не в состоянии, то образ жизни и питание – вполне. Все ограничения становятся непреложными правилами поведения.

Антигипертензивная (лекарственная) терапия

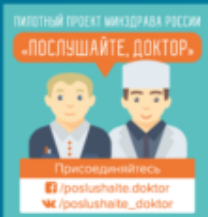
Данная терапия связана с приёмом определенного комплекса препаратов, которые целенаправленно действуют на высокий уровень АД, снижая его. Курс приема таких лекарственных средств назначается пожизненно, предупреждая тем самым риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

Итак, если Вам поставили диагноз артериальной гипертонии, то Вам необходимо:

- Обязательно принимать все препараты, которые назначил врач (соблюдайте рекомендации врача и обязательно прочитайте инструкцию).
- Принимать лекарственные препараты в одно и тоже время.
- Никогда не пропускайте прием лекарства из-за того, что Ваше артериальное давление в норме. Лучше обсудите Ваши наблюдения с врачом.
- Обязательно пополняйте запас лекарственных препаратов до того, как они заканчиваются.
- Не прекращайте прием препаратов, если показатели АД стали нормальными. Они стали нормальными именно потому, что Вы принимаете медикаменты.
- Не занимайтесь самолечением.

Профилактика и лечение гриппа

Инфографические материалы Министерства здравоохранения Российской Федерации по вопросам профилактики, клиники и лечения гриппа



ОПАСНО! ГРИПП



Грипп - это инфекционное заболевание дыхательных путей, передающееся воздушно-капельным путем. Источник инфекции - больной человек, который опасен для окружающих до 7 дней от начала заболевания.

СИМПТОМЫ



**РЕЗКИЙ ПОДЪЕМ
ТЕМПЕРАТУРЫ
ТЕЛА**



**ГОЛОВНАЯ
БОЛЬ**



**ЛОМОТА
В МЫШЦАХ
И СУСТАВАХ**



**БОЛЬ/ЖЖЕНИЕ
В ГОРЛЕ**



**СУХОЙ
КАШЕЛЬ
И ЗАТРУДНЕННОЕ,
УЧАЩЕННОЕ
ДЫХАНИЕ**



СЛАБОСТЬ



**ЖЕЛУДОЧНО-
КИШЕЧНЫЕ
РАССТРОЙСТВА
(ТОШНОТА,
РВОТА, ПОНОС)**



**БОЛЬ
ПРИ ДВИЖЕНИИ
ГЛАЗ, ВКЛЮЧАЯ
ОСТРУЮ РЕАКЦИЮ
НА СВЕТ**

ПРОФИЛАКТИКА



**ВЕСТИ
ЗДОРОВЫЙ
ОБРАЗ ЖИЗНИ**



**РЕГУЛЯРНО
МЫТЬ РУКИ
С МЫЛОМ ИЛИ
ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМ
СРЕДСТВОМ**



**ИСПОЛЬЗОВАТЬ
ОДНОРАЗОВЫЕ
САЛФЕТКИ ПРИ
ЧИХАНИИ
И КАШЛЕ**



**СВОЕВРЕМЕННО
ВАКЦИНИРОВАТЬСЯ***



**ИЗБЕГАТЬ
БОЛЬШОГО
СКОПЛЕНИЯ
ЛЮДЕЙ**



**ИЗБЕГАТЬ
КОНТАКТОВ
С БОЛЬНЫМИ**

ЕСЛИ ВЫ ЗАБОЛЕЛИ, НЕОБХОДИМО:



**ОСТАВАТЬСЯ ДОМА
И СОБЛЮДАТЬ
ПОСТЕЛЬНЫЙ
РЕЖИМ**



**НЕ ЗАНИМАТЬСЯ
САМОЛЕЧЕНИЕМ,
А ВЫЗВАТЬ
ВРАЧА**



**ИСПОЛЬЗОВАТЬ
СРЕДСТВА
ИНДИВИДУАЛЬНОЙ
ЗАЩИТЫ**



**ОБИЛЬНОЕ
ПОТРЕБЛЕНИЕ
ТЕПЛОЙ
ЖИДКОСТИ**



**ПРОВОДИТЬ
ВЛАЖНУЮ
УБОРКУ**



**ПРОВЕТРИВАТЬ
ПОМЕЩЕНИЕ**

**Инфографические материалы Министерства здравоохранения
Российской Федерации по вопросам вакцинации в рамках
национального календаря профилактических прививок**



ВАЖНО! ПРИВИВКИ



Национальный календарь профилактических прививок* Российской Федерации по числу инфекций соответствует лучшим мировым практикам.

Сегодня он включает вакцинацию против **12** инфекционных заболеваний: корь • краснуха • полиомиелит • эпидемический паротит • туберкулез • столбняк • дифтерия • гепатит В • коклюш • гемофильная инфекция • пневмококковая инфекция • грипп.

БЕСПЛАТНО ДЛЯ ГРАЖДАН РОССИИ



ВОЗРАСТ
24
ЧАСА

НАИМЕНОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В

3-7
ДЕНЬ

ТУБЕРКУЛЕЗ

1
МЕСЯЦ

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В

2
МЕСЯЦ

**ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В
ПНЕВМОКОККОВАЯ
ИНФЕКЦИЯ**



3
МЕСЯЦ

**ДИФТЕРИЯ, КОКЛЮШ,
СТОЛБНЯК
ПОЛИОМИЕЛИТ
ГЕМОФИЛЬНАЯ
ИНФЕКЦИЯ**

4.5
МЕСЯЦ

**ДИФТЕРИЯ, КОКЛЮШ,
СТОЛБНЯК
ПОЛИОМИЕЛИТ
ГЕМОФИЛЬНАЯ
ИНФЕКЦИЯ
ПНЕВМОКОККОВАЯ
ИНФЕКЦИЯ**

6
МЕСЯЦ

**ДИФТЕРИЯ, КОКЛЮШ,
СТОЛБНЯК
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В
ПОЛИОМИЕЛИТ
ГЕМОФИЛЬНАЯ
ИНФЕКЦИЯ**

ГРИПП

Дети с 6 месяцев, учащиеся 1-11 классов; обучающиеся в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования; взрослые, работающие по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских и образовательных организаций, транспорта, коммунальной сферы); беременные женщины; взрослые старше 60 лет; лица, подлежащие призыву на военную службу; лица с хроническими заболеваниями, в том числе с заболеваниями легких, сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическими нарушениями и ожирением.



12
МЕСЯЦ

**КОРЬ, КРАСНУХА,
ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В**

15
МЕСЯЦ

**ПНЕВМОКОККОВАЯ
ИНФЕКЦИЯ**

18
МЕСЯЦ

**ПОЛИОМИЕЛИТ
ДИФТЕРИЯ, КОКЛЮШ,
СТОЛБНЯК
ГЕМОФИЛЬНАЯ
ИНФЕКЦИЯ**

20
МЕСЯЦ

ПОЛИОМИЕЛИТ



6
ЛЕТ

**КОРЬ, КРАСНУХА,
ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ**

6-7
ЛЕТ

**ДИФТЕРИЯ, СТОЛБНЯК
ТУБЕРКУЛЕЗ**

14
ЛЕТ

**ДИФТЕРИЯ, СТОЛБНЯК
ПОЛИОМИЕЛИТ**

от 18
ЛЕТ

ДИФТЕРИЯ, СТОЛБНЯК
каждые 10 лет
от момента последней
ревакцинации

1-55
ЛЕТ

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В
не привитые
ранее

1-25
ЛЕТ

КРАСНУХА
Дети от 1 года до 18 лет, женщины
от 18 до 25 лет (включительно), не
болевшие, не привитые, привитые
однократно, не имеющие сведений
о прививках против краснухи

1-55
ЛЕТ

КОРЬ
Дети от 1 года до 18 лет (включительно) и взрослые до 35 лет (включительно), не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведений о прививках против кори; взрослые от 36 до 55 лет (включительно), относящиеся к группам риска (работники медицинских и образовательных организаций, организаций торговли, транспорта, коммунальной и социальной сферы; лица, работающие вахтовым методом, и сотрудники государственных контрольных органов в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации), не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведений о прививках против кори

● первая вакцинация ● следующая вакцинация и ревакцинация ● вакцинация для групп риска**

* Приказ Минздрава России от 21.03.2014 № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».
**Информацию о принадлежности к группе риска вы можете получить у своего лечащего врача, педиатра или терапевта.

Первую помощь окажут в домовом хозяйстве

Для оказания сельчанам качественной медицинской помощи в Республике Мордовия функционирует целая сеть офисов врачей общей семейной практики, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий. Однако, в обыденной жизни часто возникают ситуации, когда жители удаленных населенных пунктов в различных экстренных ситуациях не имеют возможности обратиться к врачу. В современных условиях необходимо, чтобы первая помощь в различных неотложных состояниях была доступна в самых удаленных населенных пунктах. Именно с этой целью в селах и деревнях, где менее 100 жителей, разворачиваются так называемые «домовые хозяйства».

Домовое хозяйство – это место, где больной или пострадавший сможет получить первую помощь до приезда медработника. Сельское население Лямбирского района получает медицинскую помощь в нашей больнице, поэтому для нас было очень важным организовать в небольших селах «домовые хозяйства».

Теперь в с. Владимировка и с. Михайловка Лямбирского района есть неравнодушные, ответственные люди, способные уже сейчас не бросить своих сельчан в беде, а оказать им первую помощь. Это Планкина Л.В. и Мезяева Н.В. Оплата их работы не предусмотрена, поэтому первую помощь односельчане будут получать от добровольных помощников на общественных началах.

Они прошли специальное обучение для оказания первой помощи при травмах, несчастных случаях, отравлениях, кровотечениях, ожогах, поражениях электрическим током, утоплении,

переохлаждении, обморожении, инородном теле в верхних дыхательных путях, синдроме длительного сдавления и других неотложных состояниях и внезапных заболеваниях, угрожающих жизни и здоровью.

Домовое хозяйство располагается непосредственно на дому у ответственного. Там хранится аптечка со всеми необходимыми для оказания первой медицинской помощи медикаментами. Каждое «домовое хозяйство» обеспечено мобильным телефоном. В настоящее время имеется мобильная телефонная связь с Коммунарским фельдшерско-акушерским пунктом и с Александровской врачебной амбулаторией, а так же с поликлиническим отделением №2, которые будут курировать данные домовые хозяйства. Помимо этого, в экстренных случаях можно получить консультацию и быстро вызвать «скорую помощь».

Домовые хозяйства получили специальные сумки-укладки с бинтом, пластырем, стерильными и противоожоговыми салфетками, кровоостанавливающим жгутом. Имеется в ней и диагностический инструментарий – тонометр, термометр, а также средства для иммобилизации конечностей при переломах.

Конечно, домовые хозяйства не заменят профессиональных медицинских работников, однако жители с.Владимировка и с.Михайловка уже оценили пользу того, что в их селе есть активный человек, обладающий медицинскими знаниями и готовый в случае экстренной ситуации оказать первую помощь.

Перечень мероприятий по оказанию первой помощи

6.1. Оценка обстановки (с определением угрозы для собственной жизни, угрозы для пострадавших и окружающих, с оценкой количества пострадавших).

6.2. Вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь по закону или специальному правилу.

6.3. Определение признаков жизни (с определением наличия

сознания, дыхания, пульса на сонных артериях).

6.4. Извлечение пострадавшего из транспортного средства и его перемещение.

6.5. Восстановление и поддержание проходимости верхних дыхательных путей.

6.6. Проведение сердечно-легочной реанимации.

6.7. Остановка кровотечения и наложение повязок.

6.8. Проведение опроса больного на наличие признаков сердечного приступа.

6.9. Проведение осмотра больного/пострадавшего в результате несчастных случаев, травм, отравлений и других состояний и заболеваний, угрожающих их жизни и здоровью.

6.10. Герметизация раны при ранении грудной клетки.

6.11. Фиксация шейного отдела позвоночника.

6.12. Проведение иммобилизации (фиксации конечностей).

6.13. Местное охлаждение.

6.14. Термоизоляция при холодовой травме.

6.15. Придание оптимального положения.

6.16. Обработка поверхности ожога.

0

совершенствовании

паллиативной медицинской помощи

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012г. №1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению», приказа Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 21.01.2015г. №49 «О совершенствовании паллиативной медицинской помощи в Республике Мордовия» в нашей больнице проведен комплекс организационных мероприятий: определены ответственные лица по мониторингу ситуации по состоянию паллиативной медицинской помощи, организованы телефоны «горячей линии» для информирования пациентов и их родственников о последовательности осуществления действий, связанных с процедурами назначения, выписывания и получения наркотических и психотропных лекарственных препаратов для обезболивания пациентов. Под пристальным контролем обеспечение доступности наркотических анальгетиков и соблюдение прав пациентов на обезболивание.

Медицинские работники, оказывающие паллиативную медицинскую помощь руководствуются рекомендациями врачей-специалистов, прошедших обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи.

Правовое регулирование паллиативной медицинской помощи осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Порядком оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, утвержденным Приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1343н.

В докладах Всемирной организации здравоохранения термин «паллиативная помощь» обозначен как «подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасными для жизни заболеваниями,

путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, правильной оценке, лечению боли и других проблем – физических, психосоциальных и духовных».

Ежегодно в мире умирают десятки миллионов человек. И многие из них испытывают при этом чудовищные страдания. Паллиативная медицинская помощь призвана повысить качество жизни людей, страдающих различными формами хронических болезней в терминальной стадии, когда все возможности специализированного лечения уже исчерпаны. Эта область здравоохранения не ставит своей целью достичь длительной ремиссии или продлить жизнь, но и не укорачивает ее.

Поддержание максимально возможного качества жизни пациента является ключевым моментом в определении сущности паллиативной медицины, так как она ориентирована на лечение больного, а не поразившей его болезни.

Облегчение страданий – это этический долг медицинских работников. Каждый пациент с активным прогрессирующим заболеванием, приближающийся к смертельному исходу, имеет право на паллиативную помощь. Каждый врач и медсестра обязаны использовать принципы паллиативной медицины при оказании помощи этой категории больных.

Ответственность за построение эффективной системы паллиативной помощи онкологическим больным несут государство, общественные институты и органы здравоохранения.

Наиболее важно то, что пациент имеет право знать, как его болезнь и проводимое лечение повлияют на качество жизни, даже если он неизлечимо болен, право решать, какое именно качество жизни он предпочитает и право определять баланс между продолжительностью и качеством своей жизни.

По решению больного право на выбор метода лечения может быть делегировано врачу. Обсуждение методов лечения бывает психологически непростым и для медицинских работников, предполагает наличие абсолютной терпимости и

доброжелательности со стороны врачей и среднего медицинского персонала.

Отношение к пациенту, нуждающемуся в паллиативной помощи, должно содержать заботу, ответственный подход, уважение индивидуальности, учет культурных особенностей и права выбора места пребывания.

КУДА ОБРАТИТЬСЯ, ЕСЛИ ВОЗНИКЛИ ТРУДНОСТИ С НАЗНАЧЕНИЕМ ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕГО ПРЕПАРАТА?

Телефоны «горячей линии»:

Поликлиническое отделение №1

Зам. главного врача по клинко-экспертной работе

Смирнова Елена Владимировна

(8342) 372-307

Поликлиническое отделение №2

Зам. главного врача по поликлинической работе отделения №2

Исмагилова Флора Максумовна

(83441) 2-13-15

О сотрудничестве с Всемирной организацией здравоохранения

В Роспотребнадзоре с участием МИД России и Минфина России состоялась встреча с представителями штаб-квартиры Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Европейского регионального

бюро ВОЗ и Московского офиса ВОЗ.

Основной целью встречи в Москве был официальный запуск двухлетнего проекта, направленного на обеспечение выполнения Международных медико-санитарных правил (ММСП) в развивающихся странах. Данный проект будет реализован ВОЗ и Роспотребнадзором в 2015-2016 гг. Проект, финансирование которого осуществляется Правительством Российской Федерации (распоряжение №1965-р от 7 октября 2014 г.), призван усилить потенциал по борьбе с опасными инфекциями стран Восточной Европы и Центральной Азии и других регионов.

В ходе встречи были рассмотрены конкретные мероприятия проекта, благодаря реализации которых будет укреплен методологический, технологический и кадровый потенциал для оперативного выявления и реагирования на угрозы опасных инфекционных болезней в ряде стран, наименее готовых в настоящее время к полноценному осуществлению требований ММСП. Среди них разработка учебных материалов и проведение обучения специалистов, развитие веб-сетей и инструментов идентификации переносчиков инфекции, выявления и реагирования на вспышки инфекционных болезней, укрепление возможностей лабораторий общественного здравоохранения стран-реципиентов в целях повышения качества и скорости диагностики опасных инфекционных болезней, оценка и

пересмотр национальной правовой базы в целях полного и эффективного осуществления требований ММСП.

Успешная реализация проекта ВОЗ и Роспотребнадзором позволит существенно снизить риск развития чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, вызванных эпидемиями.

Таким образом, Россия продолжает вносить существенный вклад в укрепление существующих международных механизмов, являющихся основой для эффективного реагирования на чрезвычайные ситуации санитарно-эпидемиологического характера, имеющие международное

значение, подобных вспышке лихорадки Эбола.

В ходе встречи подробно был обсужден опыт российского участия в международной гуманитарной операции по оказанию помощи странам Африки в противодействии вспышки лихорадки Эбола, в особенности работу мобильной лаборатории и специализированной противоэпидемической бригады (СПЭБ) Роспотребнадзора, которая с августа 2014 года работает в Гвинейской Республике.

Представители ВОЗ высоко оценивают вклад России в ликвидацию вспышки лихорадки Эбола, отмечая профессионализм и высокую степень самоотдачи российских специалистов.

Справочно:

Международные медико-санитарные правила (ММСП) – юридически обязательные правила, принятые во всех государствах-членах ВОЗ. Основная цель ММСП – предупредить международное распространение болезней, проводя различные профилактические и противоэпидемические мероприятия и не создавая при этом излишних препятствий для международных поездок, перевозок и торговли. ММСП также нацелены на то, чтобы уменьшить риск распространения болезней в международных аэропортах, портах и наземных транспортных узлах.

Для выполнения ММСП государства-участники должны обеспечить, чтобы их система эпидемиологического надзора и реагирования на чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия соответствовала определенным функциональным критериям.

В Российской Федерации требования ММСП внедрены в полном объеме. Национальным координатором, ответственным за осуществление ММСП в Российской Федерации, является Роспотребнадзор.

Источник: <http://rospotrebnadzor.ru/>

Профилактика гриппа

Ежегодно осенне-зимний сезон характеризуется повышенной заболеваемостью острыми респираторными инфекциями, включая, грипп. При гриппе наряду с поражением верхних дыхательных путей в процесс вовлекаются жизнеобеспечивающие системы организма: поражение центральной нервной системы, сердечно-сосудистой, дыхательной в тяжелых случаях и несвоевременном обращении могут привести к необратимым последствиям.

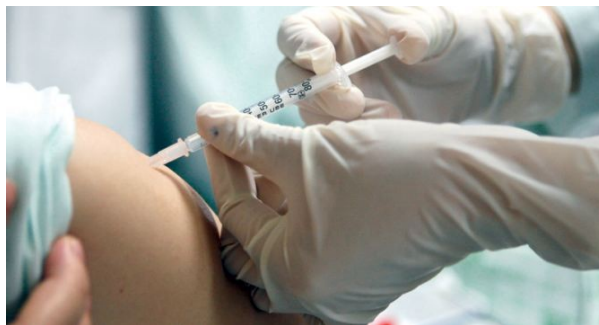
Для гриппа характерно острое начало: сильная головная боль, боли в глазных яблоках, в мышцах, быстро нарастающая лихорадка, в тяжелых случаях спутанность сознания, рвота, сухой надсадный кашель, боли по ходу трахеи, осиплость голоса.

При тяжелом течении быстро присоединяются осложнения: одышка, заложенность и боли в грудной клетке, не снижается температура, что свидетельствует о присоединении воспаления легких. Кроме того, грипп может осложняться гайморитом, отитом, а несоблюдение постельного режима отрицательно влияет на сердечно-сосудистую систему, может привести к миокардиту.

Человечество научилось лечить грипп и предупреждать его различными профилактическими мерами. Однако существует уникальная возможность позаботиться о себе и своих близких заблаговременно, безболезненно, грамотно, результативно и бесплатно. Во всем мире медицина с давних времен использует ослабленный возбудитель как средство вакцинопрофилактики, с помощью, которой были забыты смертельные инфекционные заболевания, включая чуму, натуральную оспу, а многие инфекции стали управляемыми – корь, дифтерия, столбняк, коклюш.

В чем состоит смысл вакцинопрофилактики гриппа?

Ежегодно обновляется штаммовый состав вируса. Всемирная организация здравоохранения высылает во все страны информацию об ожидаемом спектре вирусов на будущий сезон для того, чтобы создать вакцину, при использовании которой в организме начнут вырабатываться противовирусные антитела прицельно на ожидаемые в этом сезоне вирусы. Их концентрация накапливается постепенно, она должна достичь максимума при пике заболеваемости – поздняя осень, начало зимы.



Учеными доказано, что если привьется около 70% населения, то риск заболевания тех, кто не может по каким-либо причинам пройти вакцинопрофилактику существенно уменьшится. Это очень важно для беременных в первом триместре, лиц имеющих аллергию на прививки, куриный белок, находящихся в состояниях обострения при хронических заболеваниях или при затяжном течении острого процесса.

Необходимые меры по профилактике гриппа включают:

- Ношение масок со сменой каждые 3 часа в очаге гриппа.
- Промывание полости носа и ротоглотки щелочной минеральной водой по возвращению с работы.
- Ограничение посещений мест скопления людей беременными, маленькими детьми, их родителями, возрастной группой лиц, особенно имеющих хронические заболевания.
- Включение в рацион салатов с редькой, луком, чесноком.
- Мытье рук 6-8 раз в день, т.к. доказано длительное присутствие вируса на деловых бумагах, компьютере, деньгах, поручнях в транспорте.
- Прием поливитаминов, длительные пребывания на воздухе,

проветривание помещений.

– Прием противовирусных препаратов после совета с врачом и адаптогенов (элеутерококк, китайский лимонник, настойка женьшеня).

Что делать, если все-таки Вы заразились гриппом

Если вы заболели, останьтесь дома. Помните, вы способны заразить других!

В первые дни болезни соблюдайте постельный режим, чтобы избежать осложнений.

Соблюдайте правила личной гигиены: почаще мойте руки, прикрывайте рот и нос салфеткой во время кашля или чиханья. Использованные салфетки выбрасывайте. Пользуйтесь индивидуальной посудой и полотенцем.

Регулярно проветривайте комнату.

Пейте как можно больше жидкости: теплый чай с лимоном или малиной, отвар шиповника, клюквенный или брусничный морс, компоты или просто воду.

Температуру до 38 °С не спешите сбивать – это показатель того, что в организме активно вырабатываются защитные клетки против вируса. И только при более высокой температуре примите жаропонижающие препараты. Не стоит принимать аспирин, особенно детям, так как это повышает риск такого жизнеугрожающего осложнения, как синдром Рейе.

Самолечение при гриппе недопустимо! Только врач может правильно оценить состояние больного и назначить лечение. Если потребуются лечение противовирусными препаратами, оно должно начинаться как можно раньше после появления типичных гриппоподобных симптомов. Противовирусные препараты облегчают клинические симптомы болезни, предотвращают тяжелые осложнения и снижают частоту обострения хронических заболеваний.

