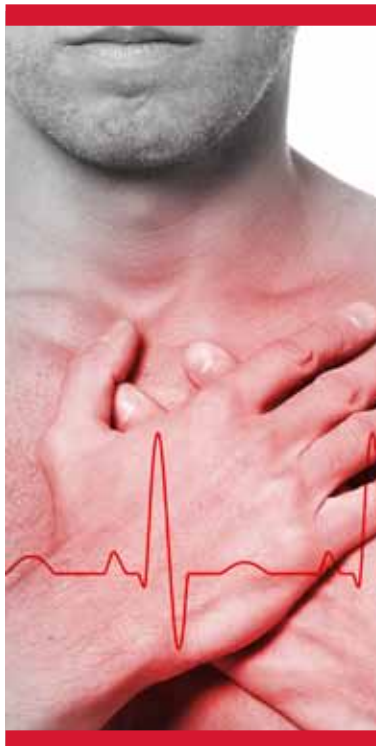


На страже сердечного ритма – высокие технологии



В России 2015 год официально объявлен Годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. О современных методах диагностики и лечения пациентов детского и молодого возраста, страдающих нарушениями ритма сердца, рассказал руководитель Центра синкопальных состояний и сердечных аритмий у детей и подростков (ЦСССА) ФМБА России на базе Центральной детской клинической больницы Федерального медико-биологического агентства, член президиума Международного (ISHNE) и президент Российского (РОХМиНЭ) обществ холтеровского мониторирования и неинвазивной электрофизиологии, главный детский кардиолог ФМБА России, д.м.н., профессор Леонид Михайлович Макаров.

- Вы являетесь президентом XVI конгресса РОХМиНЭ, VIII Всероссийского конгресса «Клиническая электрокардиология» и I Всероссийской конференции детских кардиологов ФМБА России. Эти мероприятия намечено провести в Казани 22–23 апреля 2015 года. Какие специалисты примут в них участие? Каким темам будет уделено особое внимание?

– В XVI конгрессе РОХМиНЭ примут участие кардиологи, детские кардиологи, педиатры, специалисты функциональной диагностики, спортивные врачи Республики Татарстан и многих других регионов России, а также Белоруссии, Украины, Казахстана и Сербии. В рамках пленарных и секционных заседаний участники конгресса смогут узнать о результатах последних исследований в области электрокардиологии, кардиологии в целом, поделиться собственным опытом. В программе этого мероприятия помимо уже традиционных тематических направ-



лений (внезапная смерть, артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца и многих других) будут выделены такие аспекты, как сердечно-легочная реанимация и спортивная медицина, профессиональные заболевания.

В этом году особое внимание будет уделено спортивной кардиологии и вопросам внезапной аритмической смерти, так как в 2015 году в Казани запланировано проведение чемпионата мира по водным видам спорта.

В рамках конгресса в Казани впервые пройдет I Всероссийская конференция детских кардиологов ФМБА России, на которой будут представлены доклады ведущих специалистов страны в этой области.

Оргкомитет конгресса также намерен по-прежнему проводить конкурс работ молодых специалистов и вручать премии РОХМиНЭ уже состоявшимся специалистам.

– Ведется ли отечественными и зарубежными специалистами изучение причин внезапной сердечной смерти (ВСС)?

– Раньше в нашей стране, к сожалению, этим вопросами исследователи серьезно не занимались: были проведены лишь единичные работы по изучению ВСС у взрослых людей, пере-

несших инфаркт миокарда (это основной контингент пациентов, имеющих риск ВСС). Но ведь, согласитесь, есть большая разница, когда умирает 80-летний больной после двух инфарктов или внезапно погибает молодой человек, допустим, во время занятий спортом. Сейчас мы совместно с коллегами, судебно-медицинскими экспертами, занимаемся анализом причин смерти 17-летнего баскетболиста, которая наступила во время тренировки.

У нас есть определенный регистр этих состояний, но на практике в официальных отчетах случаи ВСС у молодых, как правило, не фиксируются. Имеются такие регистры и в других странах. Например, Американский регистр внезапной смерти молодых спортсменов (Sudden Death in Young Athletes Registry). Но спортсмены – это отдельная категория пациентов. А ведь помимо этого довольно много детей умирает на уроках физкультуры или после них. По сути, всего несколько экспертов в мире серьезно занимаются проблемой ВСС у молодых лиц и при занятиях спортом. Причем зачастую информацию они черпают из СМИ, сообщений в Интернете. И у нас эта статистика систематически не ведется. Хотя в Международной класси-



фикации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) присутствуют несколько вариантов шифров ВСС.

Недавно нами была опубликована статья о распространенности ВСС среди лиц до 45 лет в городе Москве. Мы работали в кооперации с судебными медиками, с известным танатологическим отделением (моргом) № 2 (в Москве их три). Там также базируется кафедра судебной медицины РГМУ им. Н.И. Пирогова. Согласно собранным нами сведениям, в год примерно 2,5 тысячи людей до 45 лет в Москве внезапно умирают вне стен лечебных учреждений, то есть когда диагноз не поставлен при жизни. Анализ проводился с 2005 до 2009 года.

За каждый год мы целенаправленно выбирали случаи ВСС. Далеко не всегда ясна причина смерти молодых людей и детей. Если имеются отчетливые признаки инфаркта или миокардита, то это обычно указывается патологоанатомами. А если ничего явного не было обнаружено на вскрытии, то, как правило, ставится заключение: «кардиомиопатия». Соответственно, на руки родственникам выдается справка, что причиной смерти является «острая сердечно-сосудистая недостаточность».

Надо сказать, что во всем мире в настоящее время ведутся обширные исследования в этой области, для экспертизы случаев ВСС используется молекулярно-генетический анализ. Западными специалистами доказано: причиной, с которой связаны примерно 30–40% случаев ВСС молодых лиц (до 35 лет) в мире, являются каналопатии. Это врожденные или наследственные заболевания, связанные с нарушением функции ионных каналов сердечной клетки. Круг этих заболеваний довольно широк – впервые в середине прошлого века был описан синдром удлиненного интервала QT, потом катехоламинергическая желудочковая тахикардия, синдром Бругада, синдром короткого интервала QT и ряд других заболеваний.

В известной американской клинике Мэйо (согласно рейтингу – третья в США кардиологическая клиника) имеется отделение, в котором специалисты работают над изучением синдрома удлиненного QT и других каналопатий. Очень важно своевременно выявить больных с такого рода пато-





логией. Ведь благодаря высоким технологиям, которые используются сейчас как в диагностике, так и лечении, ВСС у молодых людей вполне можно предотвратить.

– Какие пациенты нуждаются в проведении холтеровского мониторинга?

– Холтеровское мониторирование ЭКГ позволяет непрерывно фиксировать сердечный ритм. Этот метод был введен в медицинскую практику в 1961 году Норманом Холтером. Компактный прибор с электродами размещается на груди у пациента на сутки или более (сейчас пациент может носить его до месяца).

Холтеровское мониторирование позволяет диагностировать опасные, жизнеугрожающие состояния, нарушения ауторитма. Также у части больных, которые «умирают каждый день», нам удается выявить расстройства, обусловленные психосомат-

тикой (панические атаки и так далее). Таким пациентам под медицинским контролем становится спокойнее. Многие из них не вникают в то, что прибор для холтеровского мониторирования – не дефибриллятор, а диагностическое устройство. На следующий день они, как правило, говорят: «Доктор, вы не представляете, я раньше умирала каждый день, а вот вчера, пока носила холтер, ни одной жалобы не было». После этого можно фактически сразу ставить диагноз и лечить пациента от невротических проявлений. Очень важно в каждом случае правильно разобраться в причинах возникновения расстройств.

Один из вариантов холтеровского мониторирования – применение имплантируемых устройств (Reveal), которые вшиваются под кожу и пишут ЭКГ до 3 лет. Все используемые для этого приборы – зарубежного производства. Российских технологий такого уровня пока нет.

Сейчас в мировой кардиологической практике не только применяются инновационные диагностические приборы, но и разработаны высокотехнологичные устройства, используемые с лечебной целью – например, миниатюрные кардиодефибрилляторы, вшива-

емые под грудную мышцу, которые снабжены тонкими электродами, фиксирующимися внутри сердца. Пациент постоянно находится под контролем датчиков прибора. При развитии опасных нарушений ритма сердца, которые могут привести к желудочковой фибрилляции и остановке сердца, кардиодефибриллятор автоматически дает разряд необходимой силы, купируя таким образом аритмию.

Когда мы говорим об импортозамещении, необходимо понимать, что «Жигули» – это не «Мерседес». Безусловно, и наши высокотехнологичные изделия могут быть конкурентноспособными: разработаны российские холтеровские системы, кардиостимуляторы, ведутся попытки сделать дефибрилляторы, но до уровня зарубежных приборов еще далеко. Хотя наши разработчики в последние годы пытаются освоить и эти направления.

Мы работаем и с российскими производителями, стараясь им помочь в совершенствовании приборов, и используем передовой опыт западных компаний.

– Каков вклад ЦСССА ФМБА России в подготовку спортсменов?

– Мы всегда занимались проблемой аритмий у детей, но после постановления правительства РФ от 17.10.2009 года, в котором ФМБА России было поручено медико-санитарное и медико-биологическое обеспече-



ние спортсменов сборных команд РФ и их ближайшего резерва, включая проведение углубленного медицинского обследования спортсменов (п. 5.10.3 ФМБА России), организационно-методическое руководство и координацию деятельности организаций здравоохранения по спортивной медицине (п. 5.12.6 ФМБА России), это стало нашей регулярной (наряду с лечением аритмий и синкопе) деятельностью. Через наши обследования проходят все юношеские сборные РФ.

У нас налажен хороший контакт практически со всеми западными специалистами в области аритмологии и спортивной кардиологии. Часть из них периодически посещают российские профессиональные форумы.



Часто наши врачи, даже спортивные, не совсем четко представляют, когда можно спортсменов допускать до тренировок, а когда – нельзя. Донести это до них – большая часть нашей работы. Другие вопросы, касающиеся энергетического питания и того, как лучше восстановить силы высококвалифицированных спортсменов, тоже важны. Но все-таки человек рекорды ставит в первую очередь благодаря адекватным тренировкам. Поэтому очень важно правильно решить вопрос, можно ли спортсмену заниматься и в каком объеме.

До гибели 19-летнего хоккеиста Алексея Черепанова были перегибы в одну сторону: всех допускали, все списывалось на особенности сердца человека, испытывающего большие физические нагрузки: спортсмен, у него все по-другому может быть (хотя научными исследованиями в этой области клиницисты у нас мало занимались). После случая с Черепановым подход в корне изменился: спортсменам с любыми минималь-



ными изменениями состояния здоровья стали давать медицинские отводы от тренировок (а значит – ломать карьеру!), ведь спортсмены элитного уровня в возрасте даже 17–20 лет – это люди, которые с 5–6 лет по 5 часов в день занимаются как минимум 6 раз в неделю. Только тогда из них могут вырасти настоящие рекордсмены. Ничего, кроме тренировок, они в своей жизни не видят, включая родителей, так как по 300 дней в году живут на сборах и соревнованиях. Это люди с сильной волей. С одной стороны, у них очень высокая мотивация к занятиям спортом, с другой – никаким другим делом, кроме своего вида спорта, они заниматься не обучены. Поэтому они стараются держаться в спорте как можно дольше. Это проблема наших ветеранов-олимпийцев – им очень трудно в 30 лет получать новую специальность.

Поэтому мы активно занимаемся вопросами допуска спортсменов к тренировкам, разрабатываем соответствующие методические материалы, часто выступаем с лекциями для спортивных врачей в наших лигах (футбольной, хоккейной и других). Это очень полезно. Также через нас проходят игроки сборных, которых мы обследуем с использованием всех новых технологий, имеющихся в арсенале современной кардиологии (от простого ЭКГ до определения турбулентности ритма сердца, альтернации реполяризации и других современных методов).

Очень многие доктора не знают, как вести спортсмена с экстрасистолией: одни дают отвод при наличии 500 экстрасистол, другие считают, что с 15 тысячами можно заниматься. Почему так происходит? Если на Западе рекомендации основываются на объективных данных, проводятся клинические исследования согласно канонам доказательной медицины, то у нас собственные рекомендации четко не разработаны, поэтому нередко в основе медицинского заключения – субъективное мнение врача.

Как-то после лекции, касавшейся одной из основных причин ВСС – синдрома удлиненного интервала QT, один спортивный врач сказал мне: «Через меня 30 тысяч спортсменов прошло, но я ни у одного из них синд-





рома удлиненного интервала QT не видел». Хотелось ему ответить: «Можно ни одного больного гипертонией не увидеть, если не владеть информацией о том, как необходимо измерять артериальное давление».

У спортсменов, как правило, при исследовании обнаруживается «рабочее», «большое» сердце. И точно дифференцировать, где заканчивается физиология и начинается патология, – задача довольно сложная. Согласно данным мировой статистики, гипертрофическую кардиомиопатию, от которой чаще всего погибают спортсмены, и идиопатическое (физиологическое) «спортивное» сердце точно разграничить не удастся в 30% случаев.

Так же неоднозначно обстоят дела с низкой частотой сердечных сокращений. Известно, что у высококвалифицированных спортсменов она значительно ниже, чем должна быть у стандартного человека в соответствии с возрастными нормами. Масса миокарда у спортсменов немного видоизменяет картину ЭКГ, и иногда появляются очень схожие с синдромом Бруга проявления. Тем не менее син-

дром Бруга редко, но выявляется у этих больных. Также иногда встречается врожденная аномалия строения сердца, сопровождающаяся аритмиями, – синдром Вольфа – Паркинсона – Уайта (WPW-синдром).

Многие кардиологи и спортивные врачи присылают к нам спортсменов, если чего-то опасаются, и не берутся точно оценить обнаруженные у больного или спортсмена изменения. Члены всех юношеских сборных страны периодически проходят у нас плановые обследования. Бывает, что к нам

направляют на консультацию спортсменов из различных специализированных учреждений. Не все высококвалифицированные кардиологи (что уж говорить о специалистах другого про-



филя) хорошо ориентируются в особенностях «спортивного» сердца. То скажут родителям ребенка, который занимается спортом, что пролапс митрального клапана – одна из возможных причин ВСС, то еще чем-то напугают. И родители с детьми в панике бегут к нам.

– ВСС возможна ведь не только у спортсменов, но может наступить и у молодых людей и детей в общественных местах (детских садах, школах, институтах), в транспорте и дома. Можно ли как-то обезопасить человека?

– Мы этой статистики по инерции боимся со времен Советского Союза. Поэтому нигде нет официальных данных, сколько детей умирает в школах. На самом деле таких случаев довольно много. А в США такая статистика есть: ежегодно происходит одна остановка сердца на 111 школ. По Москве, я думаю, статистика приблизительно та же.

К сожалению, уровень владения практическими навыками оказания пациентам первой помощи наших врачей зачастую не очень высок. Обучить этому специалистов и население в целом – задача, которую я считаю одной из самых главных в профилактике ВСС. В последние годы ее решению мы уделяем важное место на всех наших конгрессах.

Недавно прогремел случай, когда в самолете, летевшем из Барселоны, молодому человеку стало плохо. При остановке сердца рядом с ним оказался опытный реаниматолог. Но и это не спасло парню жизнь, так как в самом медпункте аэропорта Шереметьево дефибриллятора нет (как и во всех других аэропортах Москвы), а бригада скорой в аэропорт приехала с разряженным дефибриллятором, и больной все же погиб.

Во всем мире аэропорты снабжены автоматическими наружными дефибрилляторами (АНД). Мы знаем, что существует так называемая «цепь спасения» (survival chain). После остановки сердца, если ничего не делать, человек умирает через 5–7 минут, а если ему выполнять непрямой массаж сердца, то можно отсрочить смерть



на 15–20 минут (что и делали на борту самолета) и дожидаться приезда скорой. После того как в аэропорту О’Хара в Чикаго расставили АНД, за 2 года только в одном терминале было 18 эпизодов остановки сердца, и 11 больных спасли именно за счет применения этих приборов. Причем во всех случаях приборы применяли люди, не имевшие медицинского образования.

Принцип работы автоматического наружного дефибриллятора предельно прост, прилагается и схематическая инструкция, куда крепить электроды, на какую кнопку нажимать, па-

раллельно подаются четкие голосовые команды. В аэропортах мира всегда дежурит бригада спасателей. Как только прибор достают из футляра, моментально включается сирена, специалисты сразу видят на мониторе, где именно случилось ЧП, и тут же бегут на помощь.

У нас в Подмоскowie, в Переделкино был такой случай: у мальчика на уроке физкультуры после того, как он пробежал 200 метров, произошла остановка сердца. Причем окружающие все делали очень грамотно: директор сразу вызвал скорую, физрук проводил реанимационные мероприятия. Приехала скорая, у которой был разряжен дефибриллятор. Вызвали службу «Центроспас», у которой вообще его не оказалось. В итоге мальчик погиб. На вскрытии никакой органической патологии сердца у него обнаружено не было. Сейчас у нас наблюдается его младший брат, потому что в семье есть высокий риск развития сердечных заболеваний.

У нас, к сожалению, не все врачи, даже со стажем, ориентируются в подобных ситуациях. Как-то я читал лекцию кардиологам и отметил: «Надо, чтобы в каждом спортивном зале в школах висел автоматический наружный дефибриллятор». Одна из опытных докторов мне говорит: «Да вы что, у нас такие дети сумасшедшие. Они ж поубивают им друг друга». А как поубивают, если разряд прохо-





дит лишь при зафиксированной датчиками фибрилляции желудочков, ведущей к остановке сердца?! Пришлось объяснять врачам базовые принципы работы прибора: что необходимо всего лишь приклеить 2 пластыря, включить прибор, после чего он сам оценивает (причем быстрее, чем опытный врач, – в Америке проводились сравнительные исследования), что нужно делать в конкретной ситуации: выполнять компрессию грудной клетки (если период фибрилляции закончился, то при остановке сердечной деятельности или асистолии дефибрилляция уже неэффективна) или нажимать на кнопку для подачи разряда. При этом подаются голосовые команды (их можно настроить на любом языке, включая русский): «Все отойдите!», «Нажмите на зеленую кнопку!» и тому подобное. Без нарушений деятельно-

сти сердца прибор никогда не пустит разряд, он снабжен защитой от нецелевого использования.

Выпускаются как зарубежные, так и отечественные приборы, но у нас в стране их распространение практически отсутствует. Один из очень опытных и авторитетных кардиологов недавно на одной из конференций удивился «незаоблачной» стоимости таких приборов: «А я думал, что подобные устройства стоят как минимум 250 тысяч долларов, они ведь настолько эффективны, хотя их цена не превышает 2 тысяч долларов».

Автоматические наружные дефибрилляторы в Германии, например, размещены чуть ли не на каждой автобусной остановке. Многие жители стран Европы и США, у которых имеется риск остановки сердца (перенесшие инфаркт миокарда, с сер-

дечной недостаточностью), покупают АНД домой как часть домашней аптечки, ведь около 90% ВСС у взрослых больных происходит именно дома.

– У вас наблюдаются целые семьи, если у них имеется высокий риск развития сердечных заболеваний?

– Да, когда к нам попадают больные с синдромом удлиненного QT и рядом других заболеваний, мы делаем анализ кардиограмм всех членов семьи для того, чтобы более детально разобраться в ситуации. И часто выявляем других больных среди членов семьи, у которых пока не было проявлений болезни. А ведь таким проявлением в 30% случаев становится смерть.

Причины синдрома удлиненного QT могут быть не только врожденными, но и спровоцированными какими-либо метаболическими нарушениями или приемом лекарственных препаратов. Например, худеющие дамы с анорексией нередко внезапно умирают. На фоне крайнего истощения у них на-



рушается электролитный баланс и удлиняется интервал QT. Независимо, врожденный это синдром или спровоцированный лекарственными препаратами, риск ВСС всегда высок при удлинении QT.

Бывает, что у ребенка случались какие-то непонятные обмороки, но искать заболевание сердца у него никому не приходило в голову. 60% таких пациентов в мире ошибочно лечат от эпилепсии. Приступ обычно очень сильно напоминает классический развернутый эпилептический припадок





с тонико-клоническими судорогами, прикусом языка, произвольным мочеиспусканием и так далее. Отличие лишь в том, что пациент быстро приходит в себя после приступа, находится в ясном сознании. Даже на ЭЭГ имеется пароксизмальная готовность. Если одновременно фиксировать ЭКГ, то видно, что интервал QT длинный, а за счет фибрилляции желудочков наступает острая церебральная гипоксия, которая и дает вышеописанную неврологическую симптоматику.

Если у ребенка нет внешних проявлений болезни сердца, трудно убедить родителей, дедушек и бабушек, что у их пятилетнего сына или внука раньше было все вроде бы хорошо, а теперь ему придется всю жизнь пить таблетки, а если они не будут эффективно действовать, то в дополнение к ним ставить дефибрилятор на всю жизнь, а если это не поможет, то, например, удалять левый звездчатый ганглий.

Дифференциальную диагностику между неврологической и кардиологической симптоматикой провести сложно. Недавно в Москве был случай, когда мальчик умер через некоторое время после того, как в школе потерял сознание, играя в баскетбол. Отмечались судороги, произвольное мочеиспускание, ребенка смотрел невролог – доктор наук, сделал развернутое заключение. Очень тщательно были проведены все исследования по линии неврологии (МРТ, ЭЭГ). И эндокринолог консультировал этого мальчика тщательным образом. Уже потом, когда мы смотрели судебно-медицинское заключение, обратили внимание в карте, что ребенку делали ЭКГ. На ней врач функциональной

диагностики, как положено, измерял интервал QT – он был удлиннен, рядом в скобках написана норма. Надо было эту строку красным подчеркнуть и бежать к лечащему врачу, чтобы он принял экстренные меры, но ни у кого никакой настороженности не возникла. И дети внезапно умирают.

Нередко ВСС детей возникает от так называемого сотрясения сердца (commotio cordis). Это состояние развивается после удара тупым предметом в область сердца: мячом, снежком, пластиковой игрушкой, кулаком при детских шалостях, в случаях наказания родителями (согласно американской статистике; у нас такая не ведется). Причем при опытах на свиньях выяснилось, что сила удара не имеет особого значения, важно, если он приходится именно на определенную уязвимую фазу сердечного цикла. Любой удар, падение на грудь или спину именно в этот момент мо-

жет вызвать рефлекторную остановку сердца.

В одной из лекций у меня есть диаграмма, где основной пик commotio cordis – это подростковый возраст, когда высока активность игр, отмечается интенсивность занятий спортом и так далее. Но еще один высокий пик прослеживается на первом году жизни детей, на втором – вообще никакой. Врачи часто спрашивают, почему это происходит на первом году жизни: спортом не занимаются, вроде лежат спокойно. Выяснилось, что причина – падения с высоких пеленальных столиков и других аналогичных поверхностей. Не важно, грудью или спиной младенец ударился об пол, и то и другое может вызвать ВСС, если удар произойдет в уязвимую фазу сердечного цикла. На втором году дети уже ходят, а падение с высоты собственного роста не так опасно. А вот на первом году жизни, по данным американской статистики, опасность очень велика. Во всех этих случаях единственным средством спасения является дефибрилятор, который должен быть поблизости.

Выживаемость при commotio cordis, других вышеперечисленных заболеваний с риском внезапной смерти без проведения реанимационных мероприятий крайне низка. Поэтому мы родственников наших пациентов отправляем на обучение на кафедру неотложных состоя-





ний ФМБА России. Там есть специальный цикл для немедиков по оказанию первой помощи, также там учат работать с автоматическим наружным дефибриллятором. Доносить эту важную информацию до широкой аудитории нам помогает общественная организация «Хрустальное сердце» (www.crystalheart.ru), с которой мы активно сотрудничаем.

Был случай, когда 17-летний парень в школе упал с турника на спину и умер. Причем этот ролик попал в Интернет, обсуждался на телевидении: вокруг стоят сверстники, снимающие происходящее на телефон, рядом бездействуют какие-то женщины в белых халатах. И никто не знает, что и как делать, чтобы правильно оказать парню первую помощь. Это основная задача – донести информацию до всех врачей, педагогов.

Подобная ситуация складывается не только у нас. Недавно в Италии прогремел случай, когда погиб футболист Пьермарио Морозини, потерявший сознание на поле во время матча. Выбежал врач из одной команды с чемоданчиком, в котором был дефибриллятор (после Южно-Африканского чемпионата мира ФИФА обязала иметь врача каждой команды на каждом стадионе автоматический наружный дефибриллятор), но почему-то им так и не воспользовался. Другой подбежавший врач лишь помог перенести футболиста в подтрибунный

медпункт и вызвать скорую. Спортсмен тем временем умер от остановки сердца. Европейские кардиологи были сильно возмущены этим случаем и действиями врачей, в «Европейском кардиологическом журнале» целая статья была посвящена этому случаю. Спортивные врачи в стрессовых ситуациях, когда нужна экстренная помощь, порой теряются, ведь их основные задачи – оказать первую помощь при травме, сделать массаж, если ногу свело, обезболить травмированный участок. К этому они привыкли. А вот в кардиологических проблемах им ориентироваться гораздо сложнее.



Хотя есть и обратные примеры, когда врачи или даже судьи спасали жизнь спортсменов прямо на поле.

– Ведется ли в нашей стране статистика случаев синдрома внезапной смерти младенцев?

– Часто клиницисты интересуются только теми больными, которые лежат у них на койках. Так было с синдромом внезапной смерти младенцев (sudden infant death syndrome (SIDS)), когда на первом году жизни внезапно умирает ребенок – его находят мертвым в кроватке. До этого ребенок не болел, на вскрытии признаков заболеваний, которые могли привести к смерти, нет.

Много лет назад, в 1980-е годы, под руководством моего учителя профессора Н.А. Белоконов мы организовали в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии (теперь имени В.И. Кулакова) конференцию по этому заболеванию. Пригласили ведущего специалиста из США, чтобы она прочитала на эту тему лекцию.

Там собралось большое число педиатров, профессоров, академиков. Некоторые из них недоумевали: «Ну что нам об этом рассказывать, мы всю жизнь в педиатрии, ни одного такого случая не видели». А я, проработав 3,5 года участковым педиатром, видел такой случай. Потому что эти дети к ним в клиники не поступают на лечение (они же считаются здоровыми), а умирают дома. При этом имеют значение определенные предрасполагающие факторы (холодное время года, перегрев и многие другие). Теперь, наконец, синдром внезапной смерти младенцев ввели в статистику Минздрава. Оказалось, у нас примерно столько же случаев SIDS, сколько в США: погибает приблизительно 2 тысячи детей в год.

Это только часть проблем из тех, которые мы будем обсуждать на предстоящем 22–23 апреля конгрессе в Казани. Конечно, большое внимание будет уделено диагностике и лечению ишемической болезни сердца, гипертонии, сердечным аритмиям и многим другим вопросам. Всю информацию о конгрессе вы можете получить на официальном сайте общества (www.rohmine.org). Ждем вас в апреле в Казани!

А вы готовы к оказанию помощи при внезапной сердечной смерти?



Реклама

Около 3100 человек в России умирают каждый день от сердечнососудистых заболеваний – один человек каждые 28 секунд! Более 200 000 из них погибает каждый год от внезапной сердечной смерти. Для эффективной реанимации этих пострадавших необходимо использовать автоматический наружный дефибрилятор и выполнять высококачественную сердечно-легочную реанимацию.

ZOLL® AED Plus® – единственный автоматический дефибрилятор, контролирующий качество компрессий грудной клетки. Простые подсказки помогут оказать помощь и спасти жизнь.

ГРУППА КОМПАНИЙ
ТРИММ
ТРИММ-МЕДИЦИНА

Эксклюзивный представитель на территории РФ
ООО «ТРИММ МЕДИЦИНА»
107113, г. Москва, ул. Лобачика д. 15
Тел.: (495) 663-83-36; 642-95-15
info@trimm.ru, www.trimm.ru

ZOLL®