

- ☞ ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ
ОБ АРТЕРИАЛЬНОМ
ДАВЛЕНИИ
- ☞ РИСК ИЗ СОЛОНКИ
- ☞ ТАБАК ВРЕДЕН
ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ
В ЛЮБОМ ВИДЕ

НА ЗДОРОВЬЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА

ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

15 мая — Всемирный день памяти умерших от СПИДа ЗАДУМАЙСЯ О БУДУЩЕМ



Ежегодно каждое третье воскресенье мая весь мир отмечает Международный день памяти умерших от СПИДа. Впервые этот день был проведен в США, в Сан-Франциско, в 1983 году. Оттуда и пришла символика антиспидовского движения — красная ленточка, которая стала непременным атрибутом, эмблемой всех организаций, занимающихся проблемами ВИЧ-инфицированных, в том числе и защитой их прав.

Целью этого дня является объединение всех тех, кто небезразличен к судьбам людей, столкнувшихся с этой бедой.

Миллионы людей во всех странах в День памяти умерших от СПИДа собираются, чтобы почтить память тех, кто умер от этой страшной болезни, а также для того, чтобы здоровые люди могли задуматься о том, что СПИД может коснуться каждого из них.

На сегодняшний день Челябинск стоит на третьем месте в Уральском федеральном округе по распространенности ВИЧ-инфекции. Это говорит об остроте проблемы, которую необходимо решать на всех уровнях.

О ситуации с ВИЧ-инфекцией в г. Челябинске рассказывает заведующая амбулаторно-поликлиническим отделением Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями клиники ЧелГМА Татьяна Владимировна МИРКИНА.

За прошедший 2010 год в городе было выявлено 686 ВИЧ-инфицированных, в 2009 году — 774 человека. Несмотря на небольшое снижение ВИЧ-инфицированных, ска-

зать, что эпидемия идет на спад, мы не можем. Остановить рост ВИЧ-инфекции пока не удастся.

Показатель заболеваемости на 100000 населения составляет 954. Следует отметить, что в этом

году увеличилось до 30 процентов количество пациентов с развернутой клиникой заболевания. Это говорит о том, что люди, поздно обратившись за медицинской помощью, приходят к нам, имея тяже-

лые проявления вторичных инфекций, например, туберкулеза.

Кроме того, в последнее время наблюдается рост ВИЧ-инфекции среди людей старше 30 лет. В 2010 году эта цифра составила более 40 процентов. К счастью, значительно реже ВИЧ-инфекция встречается среди учащихся школ, техникумов, высших учебных заведений (5 человек за 2010 год). Это говорит о хорошо поставленной профилактической работе среди этой группы населения.

В этом году женщин заразились больше, чем мужчин, соответственно 52 и 48 процентов. Основным путем заражения для мужчин остается внутривенный, для женщин — половой путь.

Лидирующее место по числу выявленных ВИЧ-инфицированных занимает Ленинский район, затем по мере убывания идет Тракторозаводский, Курчатовский, Калининский, Советский, Metallургический и Центральный районы. Однако в Центральном районе мы наблюдаем рост впервые выявленных больных ВИЧ-инфекцией. Этот же район дает большее число ВИЧ-инфицированных зрелого возраста. Большинство ВИЧ-инфицирован-

ных нигде не работает и не учится.

В этом году от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 137 детей. Диагноз ВИЧ-инфекция поставлен троим новорожденным, чьи матери не наблюдались во время беременности в женской консультации и не прошли лечение.

В настоящее время врачи имеют возможность диагностировать ВИЧ-инфекцию у детей в возрасте 2 — 3 месяцев. В городе на сегодняшний день под наблюдением специалистов находится 48 ВИЧ-инфицированных детей. Летальных исходов в 2010 году уменьшилось (100 человек), от СПИДа в 2009 году умерло 114 человек. Основной причиной смерти среди пациентов этой группы остается туберкулез. Ситуация осложняется тем, что такой больной может заразить туберкулезом окружающих его здоровых людей.

В скором времени с этой проблемой может столкнуться большое количество людей. Поэтому обществу необходимо терпимее относиться к людям, которые не всегда по своей воле становятся жертвами страшной болезни.

Современная медицина способна продлить жизнь больного с ВИЧ-инфекцией на долгие годы. Однако необходимо помнить, что прогноз во многом будет зависеть от образа жизни, который ведет человек.

Ж. КИСЕЛЕВА.

ВИЧ ОПАСЕН ДЛЯ ВСЕХ

В начале восьмидесятых годов, когда в США начали появляться первые жертвы СПИДа, заболевание было еще мало изучено, и существовала точка зрения, что оно угрожает лишь определенной группе людей, так называемой группе риска, в которую входили потребители инъекционных наркотиков, мужчины с гомосексуальной ориентацией, женщины, предоставляющие сексуальные услуги за деньги. Медицинская наука шагнула далеко вперед, ученые выделили возбудителя, который получил название вирус иммунодефицита человека, изучили его свойства и механизмы передачи, научились диагностировать и лечить заболевание, но до сих пор нет лекарства, которое бы навсегда излечивало человека. Оказалось, что болезнь не имеет границ, не различает людей по возрасту, полу, национальности, материальному достатку и угрожает каждому человеку с рискованным поведением. Население нашей страны тоже оказалось втянутым в эпидемический процесс, и количество инфицированных на конец 2010 года составило уже более полумиллиона человек. Число людей, живущих с ВИЧ в России, не так велико, как, например, в странах Африки, но пугает скорость вовлечения нашего населения в эпидемию. По темпам распространения наша страна занимает 1-е место в мире, опередив Китай, Индию, Эфиопию и Нигерию. И количество зараженных людей ежегодно увеличивается. Базой для развития эпидемии является рискованное поведение населения и недостаточный уровень знаний относительно этого заболевания.

Что такое ВИЧ-инфекция? Это инфекционное хроническое заболевание, характеризующееся специфическим поражением иммунной системы, приводящим к медленному ее разрушению до формирования синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), сопровождающегося развитием оппортунистических инфекций и вторичных злокачественных новообразований. Источником ВИЧ-инфекции является человек, инфицированный вирусом, на любой стадии заболевания. Едва заразившись, он становится заразным, даже не по-

дозревая об этом, т. к. первые признаки заболевания могут появиться лишь через несколько недель. Давно хорошо изучены и научно доказаны механизмы передачи, их немного, и избежать их довольно просто. Вирус может передаваться естественным путем:

- контактным, который реализуется преимущественно при половых контактах (как при гомо-, так и гетеросексуальных) и при контакте слизистой или раневой поверхности с кровью;

- вертикальным (инфицирование ребенка от ВИЧ-инфицированной матери: во время бере-



менности, в родах и при грудном вскармливании).

И искусственным путем:

- при немедицинских инвазивных процедурах, в том числе внутривенном введении наркотиков (использование шприцев, игл, другого инъекционного оборудования и материалов), нанесении татуировок, проведении косметических, маникюрных и педикюрных процедур нестерильным инструментарием;

- при инвазивных вмешательствах в лечебных учреждениях: при переливании крови, ее компонентов, пересадке органов и тканей, использовании донорской спермы, донорского грудного молока от

ВИЧ-инфицированного донора, а также через медицинский инструментарий, загрязненный ВИЧ и не подвергшийся обработке в соответствии с требованиями.

Основными факторами передачи возбудителя являются биологические жидкости человека (кровь, компоненты крови, сперма, вагинальное отделяемое, грудное молоко). ВИЧ-инфекция относится к медленным инфекциям и длительное время может протекать скрытно, часто выявляясь случайно. Важное значение для прогноза заболевания имеет раннее его обнаружение, наблюдение у специалиста, своевременное назначение лечения. Существующие препараты по-

ка не убивают вирус, но не дают ему размножаться, сводят его концентрацию к ничтожным количествам, неопасным для организма. Они дают ВИЧ-инфицированному человеку возможность оставаться живым и работоспособным долгое время. Древняя истина «Болезнь легче предупредить, чем лечить» относится к ВИЧ-инфекции в большей степени, чем к любому другому заболеванию. Избежать заражения вирусом иммунодефицита человека совсем несложно, ведь он не передается ни воздушно-капельным, ни бытовым путем, его не распространяют насекомые. Здоровье человека в большей степени зависит от его отношения к здоровью, а значит, возможность заболеть или не заболеть в значительной степени является результатом его поведения. ВИЧ-инфекция отнесена к болезням поведения. Необходимо лишь соблюдать элементарные гигиенические правила, которые прививаются человеку с детства на всю оставшуюся жизнь. Соблюдение культурно-гигиенических навыков лежит в основе физического здоровья и долголетия. А распространенному в нашей повседневной жизни умозаключению «Знаю, но не делаю» нужно сказать: «Я знаю, как уберечь свое здоровье, и я сделаю так». Высокая культура межличностных, сексуальных отношений, неприемлемость вредных привычек и неоправданного риска в своем поведении позволит сделать жизнь здоровой, яркой, долгой. Берегите себя и своих близких!

Н.С. КАЗАНЦЕВА,
врач ГЦМП.



С 12 по 22 мая в городе проходит акция «Научись измерять свое артериальное давление». Во время акции все желающие могут определить свое АД в поликлиниках по месту жительства.

14 МАЯ — ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ОБ АРТЕРИАЛЬНОМ ДАВЛЕНИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Артериальная гипертензия — одно из наиболее распространенных заболеваний человека, вероятность возникновения которого увеличивается с возрастом. Примерно у 1/3 взрослого населения (33 процента мужчин и 27 процентов женщин в возрасте 18 — 74 года) имеется стойкое повышение артериального давления выше 140/90 мм рт. ст. Это артериальная гипертензия, бич цивилизации, наша плата за постоянные стрессы, неправильное питание, малоподвижный образ жизни и вредные привычки! 2/3 из тех, кто страдает от гипертензии, не знают о своем заболевании, а те, кто знает, зачастую не придают этому значения (особенно если цифры невелики), пока не присоединятся головные и сердечные боли, одышка, аритмия. Но если длительное время не лечить гипертензию, то со временем болезнь необратимо изменяет сосуды сердца, головного мозга, почек, сетчатки глаза, влияя на функцию этих органов!

Гипертоническая болезнь требует постоянного лечения в условиях регулярного контроля уровня артериального давления. Сопоставление его показателей с самочувствием и особенностями лечения необходимо врачу для выработки обоснованных рекомендаций и объективной оценки результатов терапии.

Человек может себя чувствовать хорошо и удивится, если врач скажет, что его артериальное давление повышено и это признак наступившей болезни. Такое встречается нередко, хотя чаще лица с повышенным уровнем артериального давления испытывают различные недомогания, снижение работоспособности.

Явно или скрыто протекающая гипертензия неуклонно приближает развитие осложнений в работе важнейших органов — сердца, мозга, почек, глаз — мишеней повышенного артериального давления. Внезапно развивается стенокардия (загрудинные болевые приступы, связанные с дефицитом кислорода в сердечной мышце), инфаркт миокарда, инсульт (острое нарушение мозгового кровообращения). Все это наиболее типичные и достаточно часто встречающиеся осложнения артериальной гипертензии.

КАК ИЗБЕЖАТЬ ОСЛОЖНЕНИЙ?

Если у вас повышенное артериальное давление, нужно как можно раньше обратиться к врачу (терапевту или кардиологу) и как можно раньше начать соблюдать все его предписания!

Повышение давления часто бывает умеренным и не требует срочного приема медикаментов. Гипертензия относится к заболеваниям, успешное лечение которых во многом зависит не только от врача и лекарств, но и от вашего собственного отношения к заболеванию и выполнения рекомендаций. Повышению давления способствует ряд факторов, тесно связанных с образом жизни и привычками: неправильное питание, курение, недостаток физической активности, психоэмоциональное перенапряжение. Гипертензия развивается в 6 раз чаще у лиц, имеющих избыточную массу тела, питающихся нерационально, злоупотребляющих алкоголем, соленой и жирной пищей. Особенно когда люди не обращают внимания на так назы-

ваемые «скрытые» жиры, содержащиеся в жирном молоке, кисломолочных продуктах, сыре, майонезе, колбасных и кондитерских изделиях. Поэтому при выборе того или иного продукта важно обращать внимание на содержание жира в нем.

Согласно последним рекомендациям Всемирной организации здравоохранения нормальным считается уровень артериального давления ниже 139/89 мм рт.ст., а давление 140/90 мм рт.ст. и выше считается артериальной гипертензией. Большая часть лиц с гипертензией имеет умеренное повышение давления и не предъявляет жалоб на здоровье, однако бессимптомное течение не означает отсутствия болезни. Поэтому врачи и называют повышенное артериальное давление «тихим убийцей».

Регулярно контролируйте артериальное давление! Нормальное давление должно быть меньше 140/90 мм рт.ст.

Существуют определенные правила измерения артериального давления.

ОБСТАНОВКА

Измерение АД должно проводиться в тихой, спокойной и удобной обстановке при комфортной температуре. Следует избегать внешних воздействий, которые могут увеличить погрешность в измерении АД или помешать измерению. Высота стола должна быть такой, чтобы середина манжеты, наложенной на плечо, находилась на уровне сердца, иначе это может привести к ложному измерению АД. Опора спины на спинку стула и руки на поверхность стола исключает повышение АД из-за сокращения мышц вследствие напряжения.

ПОДГОТОВКА К ИЗМЕРЕНИЮ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОТДЫХА

АД следует измерять либо до еды, либо через 1,5 — 2 часа после приема пищи. В течение 1 часа до измерения не следует курить и употреблять кофе. Рука, на которой будет проводиться измерение АД, должна быть обнажена. Вы должны сидеть, опираясь на спинку стула, с расслабленными нескрещенными ногами. Не рекомендуется разговаривать во время измерения, так как это может повлиять на АД. По-

вторное измерение АД производится не ранее, чем через 5 минут отдыха.

РАЗМЕР МАНЖЕТЫ

Ширина манжеты должна охватывать не менее 40 процентов окружности плеча и не менее 80 процентов его длины. АД измеряют на правой руке или на руке с более высоким уровнем АД. Использование узкой или короткой манжеты приводит к существенному ложному завышению АД.

ПОЛОЖЕНИЕ МАНЖЕТЫ

Определите пульсацию плечевой артерии на уровне середины плеча. Середина манжеты должна находиться точно над артерией. Нижний край манжеты должен быть на 2,5 см выше локтевой ямки. Плотность наложения манжеты: между манжетой и поверхностью плеча должен проходить палец.

ПОЛОЖЕНИЕ СТЕТОСКОПА

Определяется точка максимальной пульсации плечевой ар-

терии, проверить положение и повторить процедуру. Медленное выпускание воздуха позволяет определить систолическое и диастолическое АД по табло стрелочного манометра. Точность определения АД зависит от скорости декомпрессии: чем выше скорость декомпрессии, тем ниже точность измерения.

ПОВТОРНЫЕ ИЗМЕРЕНИЯ

Повторные измерения АД производятся через 2 — 3 мин. после полного стравливания воздуха из манжеты. Уровень АД может колебаться от минуты к минуте. Среднее значение двух и более измерений, выполненных на одной руке, точнее отражает уровень АД, чем однократное измерение.

ЗАПИСЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ИЗМЕРЕНИЯ

Рекомендуется записать, на какой руке проводилось измерение, размер манжеты и ваше положение. Следует отметить, на какой руке уровень АД выше. Различия уровня АД между рука-

■ давление было повышено хотя бы однажды — не реже 1 раза в год;

■ давление повышается и вы не ощущаете этого — не реже 1 раза в месяц;

■ повышение давления сопровождается нарушениями самочувствия — измеряйте давление так часто, как советует врач.

В настоящее время врачи имеют в своем распоряжении эффективные лекарства для того, чтобы нормализовать давление и снизить риск возможных осложнений. Подбор препаратов и их дозировок занимает от недели до двух месяцев, а принимать их необходимо постоянно. Миллионы людей во всем мире постоянно принимают препараты для нормализации артериального давления и живут полноценной жизнью, однако многие лечатся нерегулярно и этим подвергают себя неоправданному риску!

Помните, гипертоническую болезнь нельзя лечить курсами — по 10 дней, 1 месяцу и т. п. Лечение гипертензии должно быть регулярным, многолетним.



тери, которая обычно располагается сразу над локтевой ямкой на внутренней поверхности плеча. Мембрана стетоскопа должна полностью плотно прилегать к поверхности плеча. Следует избегать слишком сильного давления стетоскопом, он не должен касаться манжеты или трубок.

НАКАЧИВАНИЕ И ВЫПУСКАНИЕ ВОЗДУХА ИЗ МАНЖЕТЫ

Нагнетание воздуха в манжету до максимального уровня должно производиться быстро. Воздух из манжеты выпускают со скоростью 2 мм рт.ст. в секунду. При плохой слышимости следует быстро выпустить воздух из манже-

ми может составлять более 10 мм рт.ст. В современных измерителях давление определяется автоматически, причем вполне точно, результат высвечивается на экране.

Каждый человек должен знать свой уровень артериального давления! Нормальное давление должно быть меньше 140/90 мм рт.ст.

С какой частотой необходимо измерять артериальное давление? Если у Вас:

■ давление никогда не повышалось — 1 раз в два года;

Успех лечения напрямую зависит от активного участия пациента. Строго следуйте всем советам врача!

По наивности многие пациенты считают, что, едва добившись снижения уровня давления, можно успокоиться и позабыть о лечении. Это неверно, почти всегда лечение (в том числе и лекарственное) должно быть непрерывным. Ведь нормальный уровень давления есть следствие действия лекарственных препаратов. Поэтому, когда человек прекращает прием лекарств, то через несколько дней у него вновь повышается артериальное давление.



БОРЬБЫ С ГИПЕРТОНИЕЙ

Помните, не существует такого понятия, как «рабочее давление». Существуют нормальные значения давления, к которым каждый человек должен стремиться, используя различные медикаментозные и немедикаментозные методы лечения. Здесь бы хотелось отметить, что многие люди увлекаются нетрадиционными методами лечения — биологические активные добавки к пище, различные браслеты, аппараты, пренебрегая лекарственными препаратами. Однако многие из перечисленных методов к настоящему времени не доказали своего стойкого эффекта в отношении снижения давления. Право пациента — пользоваться этими методами или нет, но в любом случае лекарственная терапия должна быть постоянной. Это доказано, эффективно, безопасно!

Одним из наиболее часто встречающихся осложнений является гипертонический криз. Криз характеризуется быстрым, часто резким повышением артериального давления до значений более 180/100 мм рт.ст., которое сопровождается появлением таких симптомов, как головная боль, тошнота, одышка, сердцебиение,

беспокойство, головокружение, боли, дискомфорт за грудиной, потливость, нарушения движений, речи, чувствительности, общее недомогание). Криз может возникнуть в любое время суток, но чаще возникает в ночные или вечерние часы. Это зависит от факторов, которые провоцируют развитие гипертонического криза:

■ Стресс, эмоциональные перегрузки, переживания.

■ Перемена погоды.

■ Физическая перегрузка и переутомление.

■ Нерегулярный прием лекарств от давления.

■ Недостаточный контроль за артериальным давлением.

■ Не проводился подбор дозировок и количества препаратов для снижения давления.

■ Переезд (на отдых, в командировку и т. п.).

■ Алкогольный «эксцесс» накануне.

Что же нужно делать при гипертоническом кризе? Вот несколько простых рекомендаций:

Принять под язык ранее назначенный препарат для снижения давления. Одновременно можно принять лекарство с умеренно выраженным мочегонным

эффектом. Если артериальное давление через 30 — 40 мин. снизилось на 20 — 30 процентов, этого достаточно, дальше его снижать нежелательно. Быстрое снижение АД более опасно для организма, чем умеренное его повышение (до 160 — 180/100 — 110 мм рт. ст.).

Если давление не снижается в течение часа после приема одного из препаратов, повторите прием. Если ваше самочувствие не улучшается, обязательно вызовите «скорую»!

При загрудинной боли, жжении, сдавливании за грудиной:

Если подобные ощущения возникли впервые — срочно принять 1 таблетку нитроглицерина или нитросорбида под язык, 1 таблетку аспирина и вызвать «скорую»!

Если в течение 5 — 10 мин. после приема 1 таблетки нитроглицерина под язык боль не прошла — повторно примите 1 таблетку нитроглицерина. Максимально можно использовать последовательно не более трех таблеток. Дополнительно одновременно можно принять успокаивающие средства, например, корвалол, валокордин, настойку

пустырника или другое лекарство из домашней аптечки. Если после этого боли, жжение, сдавливание, дискомфорт за грудиной сохраняются, нужно срочно вызвать «скорую»!

Если у вас сердцебиение, перебои в работе сердца:

Посчитайте пульс, если он больше 100 в мин. либо нерегулярный — вызовите «скорую»! Врачи снимут ЭКГ и примут правильное решение относительно дальнейшей тактики лечения!

Нельзя самостоятельно принимать противоаритмические препараты, если вы предварительно не прошли полного обследования у кардиолога и лечащий врач не дал вам конкретных инструкций на случай приступа аритмии.

Напротив, если известно, что это за аритмия, диагноз установлен по результатам полноценного обследования у кардиолога, вы уже принимаете один из противоаритмических препаратов или знаете, какой препарат снимает аритмию (если он рекомендован лечащим врачом), то вы можете его использовать в дозе, указанной лечащим врачом.

Часто аритмия проходит са-

мостоятельно — от нескольких минут до нескольких часов.

Немедленно обратитесь за медицинской помощью, если у вас есть признаки, указывающие на возможное нарушение мозгового кровообращения:

■ Внезапная слабость или потеря чувствительности на лице, в руке или ноге, особенно если это на одной стороне тела.

■ Внезапное нарушение зрения на один или оба глаза.

■ Трудность речи или понимания простых положений.

■ Головокружение, потеря равновесия или координации, особенно при сочетании с другими симптомами, такими как нарушенная речь, двоение в глазах, онемение или слабость.

■ Внезапная необъяснимая интенсивная головная боль.

Раннее обращение к врачу, вызов «скорой» при гипертоническом кризе помогут избежать гораздо более серьезных последствий и обеспечат эффективное лечение!

Мы надеемся, что эти простые рекомендации по контролю уровня артериального давления помогут всем, кто имеет артериальную гипертонию, избежать неприятностей и жить полноценной здоровой жизнью.

Е.Ю. ЖАВОРОНКОВА,
врач-кардиолог, кандидат
медицинских наук.

Человечество за свою длительную историю существования накопило много вредных привычек. Одна из них — избыточное потребление соли (натрий хлористый). Почему это произошло?

Элементы, содержащиеся в молекуле поваренной соли, входят в состав крови и межклеточной жидкости человека, но в организме не образуются, а поступают извне. Их наличие в пище стало биологической потребностью организма. Эта соль играет важную роль при выработке соляной кислоты желудочного сока, для чего используются атомы хлора, а элемент натрия в межклеточной жидкости обеспечивает обменные процессы между клетками. Отсутствие поваренной соли в пище провоцирует слабость, головную боль, тошноту, плохой аппетит, ощущение тяжести в желудке. В организме даже сформированы системы, играющие роль резервуаров длительного хранения натрия — «депо».

Трудности поиска и добычи соли в прошлом делали ее эталонным богатства, она использовалась в качестве денег, присутствовала в религиозных и бытовых обрядах.

В настоящее время каждый может иметь столько соли на своем столе, сколько пожелает. Приятное ощущение вкуса солевой пищи, антимикробные свойства соли, используемые при приготовлении и хранении продуктов питания, отсутствие видимого неблагоприятного действия на здоровье человека сыграло роковую роль в резком возрастании ее потребления в экономически развитых странах.

Одновременно с этим среди населения увеличилось число людей, страдающих гипертонической болезнью. Предположение о том, что это совпадение не случайно, появилось давно. Затем клинически и экспериментально было доказано участие натрия в развитии гипертонической болезни. Избыток поступающей с пищей соли ведет к переполнению «депо», роль которых играет



РИСК ИЗ СОЛОНКИ

соединительная ткань, являющаяся составной частью сосудистой стенки. Накопление натрия в стенке сосудов сопровождается поступлением туда воды. Это связано с потребностью сохранить в организме равновесие воды и минеральных веществ. Стенка сосуда отекает, утолщается, а просвет сужается, возрастает сопротивление току крови, что заставляет сердце работать с повышенной нагрузкой. Возрастание сопротивления току крови и усиленная работа сердца ведут к повышению артериального давления. Сами сосуды в таком состоянии становятся особенно ранимыми при эмоциональных стрессах, отвечая на них спазмом и резким повышением артериального давления. При современном ритме жизни стрессовое состояние становится обычным явлением.

Избыточное потребление соли, связанное с использованием в питании консервированных подсолненных продуктов (колбасы, копчености, консервы, сыры, соленая рыба, чипсы, подсолненные дополнения к пиву), вызывает процесс толерантности — привыкания. И чтобы почувствовать вкус соли, всякий раз ее

требуется больше. Все это и привело современного человека к избыточному потреблению поваренной соли, а в результате массовому распространению гипертонической болезни (в России ею страдает 40 процентов населения), атеросклероза, стенокардии, сахарного диабета, почечной недостаточности. Мало кто знает, что соль способствует развитию некоторых видов рака. Превышение физиологической потребности всего на 15 процентов увеличивает риск в первую очередь опухолей желудка, кишечника и легких. Развитию опухолевого процесса в желудке способствует бактерия Хеликобактер Пилори, обитающая в желудках многих людей. Прием соли помогает Хеликобактеру становиться более активным и быстрее размножаться. Доказано влияние избытка соли на потерю кальция у пожилых людей. Это ослабляет кости, вызывая остеопороз, с которым связаны почти все переломы шейки бедра и деформации позвоночника в преклонном возрасте.

Также общеизвестно, что в различных частях света обитают народности, потребляющие очень мало соли. Эти люди ак-

тивны, не болеют гипертонией и другими болезнями цивилизации. Лечение гипертонической болезни бессолевой диетой также доказывает, что потребность организма в соли значительно меньше, чем ее современное потребление.

Физиологическая дневная потребность человека в соли определена в 6 — 8 граммов (1 чайная ложка), а фактическое потребление ее у многих превышает 15 граммов. Людям, не занимающимся физическим трудом и спортом, достаточно 4 — 6 граммов. В жару потребность в соли увеличивается до 15 — 20 граммов, так как с литром пота организм теряет примерно 4 грамма соли. Ограничение потребления соли до 4 — 5 граммов просто необходимо лицам, предрасположенным к сердечно-сосудистым, почечным заболеваниям.

Подсчитано, что сокращение потребления соли от существующего всего на 3 грамма в день уменьшит в стране число инфарктов на 100 000, а смертей на 92 000 в год.

Тем, кто сиюминутному удовольствию изрядно подсолненной пищи предпочтет сохранение здоровья, бодрость и активность

на долгие годы, помогут наши советы по организации правильного (малосолевого) питания:

— Ограничить или полностью исключить потребление продуктов с высоким содержанием хлористого натрия — колбасные изделия, копчености, соленья, сыры, мясные, рыбные консервы и др.

— Готовить пищу следует без соли, добавляя ее в готовое блюдо в расчете не более 1 чайной ложки в день на человека. Устраивать разгрузочные (бессолевые) дни 1 — 2 раза в неделю.

— Увеличить в рационе питания долю продуктов с содержанием калия и магния. Они способствуют выведению натрия из организма, успокаивают нервную систему, понижают артериальное давление. Это овощи, фрукты, крупы.

— Овощи и фрукты желательнее употреблять в сыром виде. Содержащиеся в них витамины С и РР благоприятно влияют на стенки сосудов, укрепляют и повышают их устойчивость к неблагоприятным факторам. А пищевые волокна препятствуют всасыванию в кровь холестерина, снижают риск возникновения злокачественных опухолей.

— Увеличить прием растительных жиров, до 1 — 1,5 столовых ложек в день, снижая долю животных. Они содержат вещества, помогающие выводить избыток натрия из организма.

— Снизить общую калорийность рациона за счет уменьшения объема потребляемой пищи, значит, и потребление соли.

В последнем совете хочется сослаться на мнение главного кардиолога города, д.м.н., профессора И.И. Шапошника, который считает, что профилактика гипертонии, а это значит сердечно-сосудистых и других заболеваний, начинается в семье с культуры потребления соли. И мамам и бабушкам следует как можно дольше не вводить ее в рацион питания ребенка, а остальным членам семьи соблюдать физиологические нормы потребления.

Н.И. ГУЛЕВИЧ,
методист ГЦМП;
В.А. ШЕВЧЕНКО,
врач общей практики ГКБ № 2.



В нашем обществе, особенно среди молодежи, бытует мнение, что вред курения сигарет преувеличен, сигары, трубки безвредны, а кальян многие считают безобидным развлечением. Так ли это? Мнение ученых однозначно: табак несет смертельную опасность и колоссальный вред для здоровья независимо от вида потребления. Доказано, что потеря жизни у курящих людей составляет в среднем 14 лет. В настоящее время во всем мире табак убивает 1 из 10 взрослых. Потребление табака вызывает рак легких, гортани, почек, мочевого пузыря, полости рта, пищевода, вызывает хроническую obstructивную болезнь легких, ишемическую болезнь сердца. Табак содержит никотин — наркотическое вещество, которое приводит к развитию никотиновой зависимости. Он вербует человека, начинающего курить, в свои сторонники быстро и надежно. Большинству курящих людей трудно самостоятельно бросить курить, им необходима помощь и поддержка для лечения этой болезни.



ТАБАК ВРЕДЕН ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ В ЛЮБОМ ВИДЕ

Существуют дымные и бездымные виды табачных изделий. Известно, что первоначально табак курили с помощью трубки, позже большую распространённость приобрели сигары, а затем сигареты. В настоящее время наиболее распространённым способом потребления табака является курение сигарет. Их изобретение приписывают испанским нищим, которые скручивали выброшенные окурки сигар в обрывки бумаг — самокрутки, а затем появились папиросы, и наконец сигареты с фильтром. Современный процесс изготовления сигарет существенно изменился. Большинство производителей применяют очень сложную технологию, на последних этапах которой табак заворачивают в бумагу, применяя для закрепления клей, а затем обрезают до определенной длины. Фильтр крепится к сигарете с помощью жидкого пластификатора, в месте приклеивания наклеивается полоска бумаги, чтобы скрыть шов. Современные сигареты маскируют отравляющие вещества более мягким и менее видимым дымом, слабым запахом и красивой упаковкой. В сигаретах кроме табака присутствуют и другие ядовитые вещества, которые попадают в табак при его выращивании, обработке, хранении; в сигаретную бумагу и фильтры — при их изготовлении; в готовое изделие — для увеличения сохранности и придания привлекательности. Все эти токсические вещества в процессе курения поступают в организм курильщика. В состав сигарет входят различные ароматизаторы, которые добавляются путем впитывания из раствора, распыления или механического смешивания в табак, его компоненты или бумагу. Они побуждают курильщиков более глубоко и часто затягиваться, получая больше вредных веществ. В процессе сгорания сигарет, а также других табачных изделий образуется дым, содержащий более 4 000 токсичных соединений. Полностью состав табачного дыма не изучен, однако выявленные вещества относятся к высокотоксичным, раздражающим, ядовитым и канцерогенным. Вред сигарет в той или иной степени осознает все большее число людей. Потребление же более редких видов табака из-за отсутствия достоверной информации об их негативном воздействии на здоровье человека представляется многим менее вредным и привлекает к себе все большее внимание. Курение трубки и сигар является наименее распространённым видом курения. Сигары состоят из внутренней части — высушенного на воздухе и ферментированного табака, и обертки — табачного листа. Количество свободного никотина в дыме сигар во много раз выше, причем он легко растворяется в слюне и поэтому желаемую дозу ку-

рильщик может получить, не вдыхая дым в легкие. Высокое содержание никотина в сигарах приводит к быстрому развитию никотиновой зависимости. Риск развития злокачественных новообразований ротовой полости, гортани, пищевода и желудка у курильщиков сигар очень высокий, т. к. слюна насыщается токсичными веществами. Дым сигар для окружающих даже более вреден, чем дым от сигарет. Курильщики сигар и трубок обычно не затягиваются дымом, поэтому особую опасность представляет переход с сигарет, т. к. курильщик по привычке затягивается дымом. Риск развития ишемической болезни сердца и хронических заболеваний легких при этих видах курения возрастает. В некоторых странах курят особые виды табачных изделий, такие как бидис и кретек. Бидис курят в Индии и странах Азии — их называют «сигареты бедного человека». Они состоят из небольшого количества табака, завернутого в лист растения тембури. Дым этих табачных изделий содержит большое количество смол и оксида углерода, оказывает мутагенное и канцерогенное воздействие. Кретек курят в Индонезии, он содержит 60 процентов табака и 40 процентов гвоздики. Они напоминают обычные сигареты, но особое анестезирующее вещество, содержащееся в гвоздике, облегчает вдыхание резкого темного дыма с высоким уровнем смол и никотина.

В последнее время из некоторых стран Востока к нам стала проникать мода на курение кальяна — водяной трубки. Любители утверждают, что при пропуски табачного дыма через воду он становится почти безвредным. Однако исследования, проведенные в тех странах, где кальян широко распространен, показали, что курение кальяна опасно для здоровья, т. к. фильтруется водой только малая часть никотина, а смолы и бензоперен проходят через воду и вызывают рак. Кроме того, процесс курения кальяна, как правило, длительный, объем вдыхаемого дыма достигает при этом 10 литров. В кровь поступает значительное количество никотина, а также угарного газа, других токсических веществ от тлеющего угля. Доказано многочисленными исследованиями, что курение кальяна может приводить к развитию серьезных легочных и сердечно-сосудистых заболеваний, рака различных органов. Бездымные табачные изделия используются без возгорания и пиролиза. Употребляются путем сосания, жевания и вдыхания. При потреблении через рот никотин из табака проникает через слизистую ротовой полости, а при потреблении через нос — через слизистую носа. Нюхательный табак, широко применявшийся в XVIII веке, в настоящее время используется редко, а вот жевательный под

названием насвай (насс, насыбай) употребляется часто жителями стран Средней Азии. В состав насвая входит махорка или табак, гашеная известь, зола различных растений, верблюжий кизяк, или куриный помет, масло. Смесь скатывают в шарики и закладывают в рот, периодически сплевывая жижу неприятного вида и запаха, поэтому иногда его называют плевательным. Слюна при этом содержит токсические вещества и при проглатывании вызывает тошноту, рвоту, понос. Бездымные табачные изделия не загрязняют дыхательные пути курильщика и окружающих ядовитым дымом, но человек, выбравший бездымный табак, подвергает свое здоровье не меньшей опасности, а зачастую и большей, чем курильщик, ведь часто содержание никотина в нем гораздо выше, чем в сигаретах. Помимо никотина в нем содержатся канцерогены и другие ядовитые вещества, которые вызывают воспаление десен, кариес, заболевания ротовой полости и глотки, в том числе и злокачественные. Доказано, что бездымный табак также вызывает никотиновую зависимость, болезни сердца и сосудов, приводит к развитию инсультов и инфарктов. Лица, которые пробуют изделия из бездымного табака, становятся постоянными потребителями, со временем увеличивая ежедневные дозы. Совсем недавно для увеличения числа курильщиков табачная индустрия стала выпускать электронные сигареты. Появилось это чудо техники якобы для помощи в отказе от курения. Электронная сигарета внешне похожа на обычную, но не содержит ни табака, ни бумаги, при употреблении не выделяет дыма, а значит, и токсических веществ в воздух, и поэтому их можно курить в общественных местах. Устройство содержит картридж с никотиновой жидкостью, которая во время затяжки превращается в никотиновый пар, поступающий сразу в легкие и кровь. Утверждения, что никотиновая электроника помогает бросить курить, — неправда, т. к. в ее состав входит никотин — основное действующее вещество, вызывающее зависимость. К преимуществам таких сигарет можно отнести то, что курильщик может регулировать и сократить уровень потребляемого никотина, что имеет значение для здоровья. Электронные сигареты — продукт дорогой и до конца не изученный, не исследовано, какие еще вещества содержатся в их паре. По данным американских ученых, такие сигареты крайне опасны, т. к. в некоторых картриджах с никотиновой жидкостью содержались токсины, приводящие к возникновению рака. Выводы специалистов разных стран говорят о том, что все виды курения опасны для здоровья.

Н.С. КАЗАНЦЕВА,
врач ГЦМП.

Дополнительная диспансеризация стартует вновь

В рамках национального проекта «Здоровье» с 2006 года лечебно-профилактическими учреждениями г. Челябинска проводится дополнительная диспансеризация работающего населения.

Она подразумевает регулярное прохождение профилактических осмотров, динамическое наблюдение за здоровьем и при необходимости лечение. Главная ее цель — раннее выявление и эффективное лечение заболеваний, являющихся основной причиной смертности и инвалидности трудоспособного населения. Задача, которая ставится перед врачами, включает проведение мониторинга здоровья работающего населения, формирование паспорта здоровья каждого пациента, а самое главное — получение экономического эффекта от снижения затрат по временной нетрудоспособности граждан, снижения количества стационарных затрат и затрат на оказание высокотехнологичной дорогостоящей медицинской помощи. Усилия врачей направлены на выявление социально значимых заболеваний; сердечно-сосудистой патологии, эндокринных и онкологических заболеваний. Некоторые люди недооценивают важность профилактических осмотров и систематического врачебного наблюдения, не являются в указанные сроки для повторных осмотров и не выполняют рекомендации врачей. Такая неорганизованность сводит на нет весь смысл диспансеризации, ведь помочь больным, у которых эти заболевания выявляются на поздних стадиях, практически невозможно. Если патология выявлена своевременно и назначена соответствующая терапия, то это значительно улучшает прогноз и увеличивает продолжительность жизни больного.

В рамках национального проекта «Здоровье» с 2006 года лечебно-профилактическими учреждениями г. Челябинска проводится дополнительная диспансеризация работающего населения.

Согласно приказов Минздравсоцразвития РФ от 03.03.2011 г. № 163н «О внесении изменений в приказ Минздравсоцразвития РФ от 04.02.2010 г. № 55н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» и Министерства здравоохранения Челябинской области от 07.04.2011 г. № 465 «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан Челябинской области» определен порядок проведения дополнительной диспансеризации в 2011 году.

Сегодня ей подлежат работающие граждане, не проходившие ее в предыдущие годы, а также граждане, занятые на работах с вредными (опасными) условиями труда, независимо от сроков прохождения углубленных медицинских осмотров и граждан, прошедшие дополнительную диспансеризацию в 2007 году в случае, если они не были взяты под диспансерное наблюдение в результате выявленного заболевания.

Диспансеризация проводится врачами-специалистами с проведением лабораторных и функциональных исследований в следующем объеме:

■ осмотр врачами-специалистами: терапевтом или врачом общей практики, акушером-гинекологом, хирургом, неврологом, офтальмологом;

■ лабораторные исследования: клинический анализ крови; клинический анализ мочи; биохимические анализы крови: общий белок, холестерин, липопротеиды низкой плотности сыворотки крови, триглицериды сыворотки крови, креатинин, мочевиная кислота, билирубин, амилаза, сахар крови; онкомаркер специфический СА-125 (женщинам после 45 лет); онкомаркер специфический PSA (мужчинам после 45 лет);

■ функциональные исследования: электрокардиография; флюорография; маммография (женщинам после 40 лет); цитологическое исследование мазка из цервикального канала.

Для прохождения дополнительной диспансеризации руководителю учреждения необходимо:

1. Составить список сотрудников (ФИО, возраст, место работы, место прописки, № страхового медицинского полиса), подлежащих прохождению дополнительной диспансеризации.

2. Согласовать вопрос прохождения дополнительной диспансеризации с заместителем главного врача по поликлинике лечебно-профилактического учреждения, где планируется проведение обследования сотрудников.

В 2011 году в г. Челябинске дополнительную диспансеризацию проводят следующие лечебно-профилактические учреждения города: МУЗ ГКБ № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11; МУЗ ГБ №13, 14, 15; МУЗ ГП № 1, 9; МУЗ ГКП № 5, 7, 8; ГУЗ клиника ГОУВПО ЧелГМА Росздрава; МУЗ дорожная клиническая больница.

Обследование проводится организовано в течение дня с выдачей заключения и паспорта здоровья при получении результатов обследования.

Профилактическое направление в медицине становится лидирующим, и государство направляет все усилия на максимальное сохранение здоровья населения страны.

