

ПРОЧТИ

и не болей

№

5

(223)

АПРЕЛЬ 2012

СЕГОДНЯ  
В ВЫПУСКЕ

# НА ЗДОРОВЬЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА

ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

**B** 1983 году австралийские ученые Б. Маршалл и Р. Уоррен доказали, что истинной причиной язвенной болезни, а во многих случаях и хронического гастрита, являются бактерии *Helicobacter pilori*, которые, попадая на слизистую желудка и 12-перстной кишки, вызывают воспаление, эрозии, язву и даже рак желудка. Хеликобактер — одна из немногих бактерий, способных выжить в кислой среде желудка, в кислоте которого уничтожаются другие бактерии.

Некоторые медикаментозные средства (аспирин, нестероидные противовоспалительные препараты) также вызывают образование язв. Играет роль наследственная предрасположенность, неправильное питание: употребление грубой и острой пищи, кофе, алкоголя, курение. Алкоголь усиливает агрессивные свойства желудочного сока и снижает защитные свойства слизистой оболочки. Никотин усиливает выработку соляной кислоты, препятствует нормальному пищеварению, нарушает выработку факторов защиты желудка.

Язвы бывают разной величины, имеют округлую или щелевидную форму, могут быть поверхностными или глубокими. Течение язвенной болезни, как правило, хроническое: может тянуться годами с частыми или редкими обострениями. Язвенная болезнь — удел молодых трудоспособных людей. «Старческие» язвы возникают значительно реже, склонны к кровотечениям с длительными сроками рубцевания, обычно больших размеров. Такие язвы чаще являются вторичными и возникают при хронических заболеваниях легких, ишемической болезни сердца, облитерирующем атеросклерозе сосудов брюшной полости и других заболеваниях в результате нарушения кровообращения в слизистой желудка.

Симптомы язвенной болезни зависят от локализации язвенного дефекта:

Язвы желудка сопровождаются болями в подложечной области через 20 — 30 минут после еды, тяжестью, дискомфортом, возможны тошнота, отрыжка, нарушение стула.

✓ Язвы 12-перстной кишки локализуются чаще в ее луковице. Сопровождаются изжогой, «голодными» болями через 1 — 3 часа после еды или вочные часы, обычно справа и выше пупка, реже в правом подреберье, стихают после еды. Нередко возникает рвота кислым желудочным содержимым, приносящая облегчение болей.

✓ Сочетанные язвы желудка и 12-перстной кишки составляют примерно 20 процентов всех поражений. Причем сначала у больных возникает язвенный дефект 12-перстной кишки, а спустя много лет к нему присоединяется язва желудка, которая доминирует в дальнейшем.

«Золотым стандартом» диагностики язвенной болезни является эзофагогастроуденоскопия. Диагностика хеликобактера вполне доступна и проводится с помощью дыхательных тестов, биопсии слизистой оболочки желудка, исследования крови и других методик. С целью уточнения диагноза могут назначаться также УЗИ и рентгеноскопия желудка.

Осложнения язвенной болезни:

## ВЕСЕННЕЕ ОБОСТРЕНИЕ



ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ — ХРОНИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА ИЛИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКЕ ЧЕЛОВЕКА ОБРАЗУЮТСЯ ДЕФЕКТЫ (ЯЗВЫ). ЗАБОЛЕВАНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ РАВНОВЕСИЯ МЕЖДУ АКТИВНОСТЬЮ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА И ЗАЩИТНЫМИ СВОЙСТВАМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ.

Это одно из самых распространенных заболеваний органов пищеварения. 10 процентов взрослых людей в мире страдает язвенной болезнью. Чаще всего мужчины трудоспособного возраста. В Челябинске язвенной болезнью болеет 15 человек на 1000 взрослого населения.



✓ Кровотечение осложняет течение заболевания независимо от его длительности. Иногда является первым проявлением так называемых «немых», то есть бессимптомных язв. При обильном кровотечении появляется рвота с примесью крови темного цвета или «кофейной гущи», бледность кожи, головокружения, обмороки, стул жидкий черного цвета. Необходимо немедленно вызвать скорую помощь. Массивное кровотечение можно остановить только в условиях хирургического стационара. Необильные желудочные кровотечения могут прекращаться самостоятельно, однако и в этом случае следует немедленно обратиться к врачу. Следует помнить, что некоторые лекарственные средства окрашивают стул в черный цвет: препараты железа, висмута (де-нол), активированный уголь.

✓ Перфорация или прободение язвы — это нарушение целостности стенки желудка или 12-перстной кишки. В результате содержимое из полости этих органов вытекает в брюшную полость и вызываетperi-

тонит. Часто развивается после употребления алкоголя, переполнения желудка едой, чрезмерного желудочного напряжения, травмы. Иногда перфорация язвы является первым проявлением язвенной болезни, особенно в молодом возрасте. Боли очень сильные, резкие, «кинжалные», сопровождаются признаками коллапса: холодный липкий пот, бледность кожных покровов, похолодание конечностей, жажды и сухость во рту. Рвота бывает редко. Артериальное давление понижается. Спустя несколько часов развивается метеоризм — вздутие живота из-за неотхождения газов, затем развивается перитонит, и состояние больного резко ухудшается. Необходима срочная госпитализация в хирургический стационар. Перфорация язвы в брюшной полости без оказания хирургической помощи заканчивается смертью больного вследствие разлитого гнойного перитонита.

✓ Пенетрация язвы — проникновение глубокой язвы в расположенные рядом поджелудочную железу, сальник, петли кишечника и т. д.,

когда в результате воспаления произошло сращение стенки желудка или 12-перстной кишки с окружающими органами. Чаще встречается у мужчин. Характерны следующие симптомы: ночные болевые атаки в подложечной области, часто боли отдают в спину. Консервативное лечение не всегда приводит к улучшению, боли продолжают беспокоить больного. Лечение в таких случаях оперативное.

✓ Стеноз привратника. Возникает в результате рубцевания язвы, расположенной в пилорическом канале или начальном отделе 12-перстной кишки. Деформация и сужение просвета после рубцевания язвы приводят к затруднению или полному прекращению эвакуации пищи из желудка. Незначительная степень сужения привратника проявляется эпизодами рвоты съеденной пищей, тяжестью под ложечкой в течение нескольких часов после еды. По мере прогрессирования стеноза происходит постоянная задержка части пищи в полости желудка и его перерастяжение, появляется гнилостный запах изо рта, больные жалуются на бульканье в животе — то есть «симптом пlesка». Со временем нарушаются все виды обмена веществ (жиров, белков, углеводов, минералов), что приводит к истощению.

### Как питаться правильно при язвенной болезни

При обострении болезни питание дробное, частое, небольшими порциями 5-6 раз в сутки. Из пищи исключают мясные и рыбные бульоны, любые консервы, копчености, маринады и соленья, газированные фруктовые воды, кофе, какао и крепкий чай, кондитерские изделия, свежий и черный хлеб. Супы лучше протертые вегетарианские или молочные. Отварное мясо и рыба в виде паровых котлет и тефтелей, фарша. Через 1-2 недели при уменьшении болей и начала рубцевания язвы мясо и рыбу можно употреблять куском, но хорошо проваренное. Рекомендуются яйца всмятку, овощи протертые в тушеном виде, кисели из сладких ягод, печенье или тертые сырье сладкие яблочки, черствый белый хлеб или сухое галетное печенье. Протертые жидкие каши, молоко, сливки, сливочное масло. После рубцевания язвы, даже при хорошем самочув-

ствии больной должен продолжать соблюдать режим питания, есть 4 — 5 раз в сутки, не употреблять консервы, копчености, пряности, маринады и соленья. Супы надо готовить на слабых мясных и рыбных бульонах из нежирных сортов. Курение и алкоголь исключить полностью.

### Медикаментозное лечение

Открытие роли *Helicobacter pilori* в возникновении язвы существенно облегчило подход к лечению этого заболевания. Теперь язвенная болезнь не воспринимается как пожизненный приговор. Разработаны специальные трех- и четырехкомпонентные схемы лечения, с помощью которых можно избавиться от причины язвенной болезни — бактерии *Helicobacter pilori*, а значит, полностью вылечиться от язвы, избежав последующих обострений. Обязательными компонентами всех лечебных схем являются антибиотики (одновременно два), которые принимаются, как правило, в течение 7 — 14 дней. Кроме этого больным выписывают препараты, нейтрализующие соляную кислоту желудочного сока, а также препараты, образующие защитную пленку на поверхности слизистой оболочки желудка. Для контроля за заживлением язвы назначается повторная эзофагогастроуденоскопия.

Хирургическое лечение требуется крайне редко — при осложнениях язвенной болезни. Как правило, проводится резекция желудка.

### Профилактика

Все «язвенники» должны соблюдать правильный режим дня, придерживаться диеты, дробного питания, не нервничать, иметь полноценный отдых и сон. Не употреблять алкоголь и бросить курить. Необходимо посещать терапевта и гастроэнтеролога два раза в год. Как правило, весной и осенью следует проводить противорецидивное лечение, которое назначает врач. Вне обострения язвенной болезни показано санаторно-курортное лечение.

Т.В. АНТИПИНА,  
главный гастроэнтеролог  
г. Челябинска.



Телефон (351) 263-09-12

## 20 АПРЕЛЯ ВСЯ СТРАНА ОТМЕТИТ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ДЕНЬ ДОНОРА

Ровно 180 лет назад, 20 апреля 1832 г., петербургский акушер Андрей Мартынович Вольф впервые успешно перелил роженице с акушерским кровотечением кровь ее мужа и тем самым спас ей жизнь. Именно к этому событию в России приурочено празднование Национального дня донора.

Несмотря на гигантский шаг прогресса в медицине, сейчас, как и почти 200 лет назад, ученые не изобрели искусственный заменитель крови. Тем не менее ежегодно по всей стране более 1,5 млн человек нуждается в донорской крови. Ежедневно переливание требуется жертвам автомобильных аварий, женщинам во время родов, больным во время различных операций. Более того, компоненты крови широко используются и для производства лекарственных препаратов, которые применяются в лечении больных гемофилией. Так, на Челябинской областной станции переливания крови, на одной из немногих в России, действует производство основного белка плазмы крови альбумина.

Таким образом, только доноры могут помочь нуждающимся в переливании или в получении препаратов на основе компонентов крови.

На сегодняшний день в Челябинской области насчитывается порядка 40 тысяч добровольных доноров крови. Несмотря на то, что этого количества вполне хватает для обеспечения нужд лечебных учреждений региона в компонентах крови, областная служба крови постоянно заинтересована в притоке новых донорских кадров. Как отмечает директор Челябинской областной станции переливания крови Анатолий Устинов, ежегодно ряды доноров пополняются на 30 — 40 процентов за счет первичных доноров: «И наша задача заключается в том, чтобы сделать их кадровыми донорами, то есть сдающими кровь и ее компоненты не реже 3 раз в год».



Конечно, доноров тоже нужно мотивировать. На сегодняшний день на областной станции переливания крови каждый донор после кроводачи получает денежную компенсацию на усиленное питание в размере 250 рублей и, в соответствии с Трудовым кодексом РФ, 2 выходных дня на восстановление. Почетные доноры России, сдавшие кровь более 40 раз и плазму более 60 раз, также получают ежегодную выплату. В 2011 году эта сумма составила порядка 10 тысяч рублей из средств федерального бюджета.

Справедливости ради необходимо отметить, что далеко не все желающие южноуральцы могут стать донорами. Профессиональной обязанностью специалистов областной службы крови как раз и является отбор, допуск к донорству крови и ее компонентов только здоровых лиц, формирование категории добровольных кадровых доноров, регулярно дающих кровь и ее компоненты. В Челябинской области служба крови всегда очень ответственно подходила к отбору доноров. В результате довольно жесткого медицинского отбора выигрывают все. Сами доноры, регулярно проходя медосмотр перед кроводачей, уверены в своем здоровье. В свою очередь лечебные учреждения области получают высококачественные, инфекционно-безопасные компоненты донорской крови для лечения пациентов.

Подобный взгляд на дачу крови помогает сформировать в современном обществе понятие донорства как стиля жизни. Донор — это человек, который следит за своим здоровьем, дисциплинирован, ответствен, честен. Он понимает, что спасает жизни реальных людей. Активная жизнь, здоровье, желание помочь другим — вот что объединяет людей, ставших донорами.

20 апреля, в Национальный день донора, по всей стране будут открыты пункты приема крови. Мы приглашаем всех присоединиться к общероссийскому донорскому движению и пройти на Челябинскую областную станцию переливания крови по адресу: Челябинск, ул. Воровского, 68.

Напоминаем, что перед донацией необходимо соблюдать ряд правил и требований. Всю необходимую информацию о донорстве вы можете найти на сайте Челябинской областной станции переливания крови [www.ospk.ru](http://www.ospk.ru) и федеральном сайте [www.yadonor.ru](http://www.yadonor.ru).

**Н. БАРАНОВА,**  
специалист по связям с общественностью  
Челябинской областной станции переливания крови.

## СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ



**Системная красная волчанка — хроническое заболевание неизвестной природы, при котором развивается агрессия иммунной системы против собственных клеток организма. При этом она воспринимает «свои» ткани как чужеродные и атакует их, что ведет к воспалению и повреждению различных органов и систем. Чаще всего страдает кожа, почки, суставы, сердце, нервная система. Болеют красной волчанкой в основном молодые люди трудоспособного возраста, преимущественно женщины, в возрасте от 16 до 40 лет.**

Это заболевание, от которого еще несколько десятилетий назад больные неизбежно погибали в первые годы с момента развития болезни. Сегодня, с появлением эффективных лекарственных препаратов, диагноз «красная волчанка» перестал быть приговором.

Об этом заболевании и методах борьбы с ним рассказывает главный ревматолог города Ирина Михайловна ШЕРЕМЕЕВА.

**С**истемная красная волчанка — заболевание, которое развивается на основе генетически обусловленного несовершенства иммунорегуляторных процессов, приводящих к образованию иммунокомплексного воспаления, следствием которого является повреждение многих органов и систем. Для этого заболевания характерна неконтролируемая продукция антител, образующих иммунные комплексы, вызывающие различные клинические признаки болезни.

Причина возникновения болезни до сих пор неясна. Многие исследователи полагают, что важную роль в развитии красной волчанки играет генетика.

К факторам риска относятся:

- ✓ солнечное излучение;
- ✓ стресс;
- ✓ некоторые виды лекарственных препаратов;
- ✓ гормональная перестройка;
- ✓ беременность.

Системная красная волчанка относится к группе ревматологических заболеваний, на сегодняшний день неизлечимому, но контролируемому патологическому процессу. В прежние годы пятилетний прогноз летальности при этом заболевании составлял 80 процентов. Сегодня пациенты данного профиля при своевременной диагностике и лечении могут вести активную жизнь и сохранять трудоспособность долгие годы.

Клинические проявления вол-

чанки могут быть самыми разнообразными. «Системная» означает, что болезнь поражает многие системы организма. В 20 — 25 процентах случаев кожный синдром является начальным признаком болезни, у 60 — 70 процентов больных поражение кожных покровов развивается на разных этапах болезни. Выделяют 28 вариантов кожных изменений при этом заболевании от эритематозного пятна до тяжелых буллезных высыпаний.

Практически у всех больных поражаются суставы, в 25 процентах случаев наблюдаются некрозы костей, в 40 процентах — поражаются мышцы. Очень часто при этом заболевании развивается легочная патология, страдает сердечно-сосудистая система, желудочно-кишечный тракт, почки, нервная система.

Степень активности развития болезни может быть минимальной, умеренной и высокой. Сложность лечения системной красной волчанки в том, что для этого заболевания характерна непредсказуемость течения.

Радует то, что в последние годы все реже встречаются хронические формы. Связано это с ранней выявляемостью, благодаря которой ревматологам удается начать лечение в остром и подостром течении.

Учитывая то, что в Челябинске укомплектованность ревматологами одна из самых высоких в России, динамическое наблюдение

за больными с системной красной волчанкой ведется постоянно и систематически. С декабря 2011 года на базе нашей больницы работает школа ревматологии для участковых терапевтов и врачей общей практики. Высокий уровень знаний в этой области будет способствовать ранней диагностике ревматологических заболеваний, и красной волчанки в том числе. Ведь чем раньше будет поставлен правильный диагноз, тем благоприятнее прогноз.

В ревматологии существует такое понятие, как «ревматическое окно» — временной период, когда наиболее важно выявить и начать лечить болезнь.

Обнадеживающим является тот факт, что выявляемость красной волчанки увеличивается с каждым годом. Так, в 2009 году диагноз был поставлен 5 больным, в 2010 году выявлено 8 человек, в 2011 году — 15 человек.

### Лечение системной красной волчанки.

При правильно подобранной терапии можно добиться стойкой ремиссии, которая длится месяцы и даже годы.

Лечение всегда индивидуальное. Терапию необходимо начать как можно скорее.

Системная программная интенсивная терапия (СПИТ) направлена на быстрое купирование симптомов болезни. Лечение проводится в стационаре, больному на короткое время назначаются высокие дозы гормонов, после чего он переводится на плазмоферез и пульс-терапию. После достижения ремиссии пациент продолжает наблюдаваться у ревматолога. Наша задача заключается в том, чтобы перевести больного на минимальный прием гормонов, так как в больших дозах эти препараты вызывают множество побочных эффектов: задержку жидкости в организме, развитие остеопороза.

Новейшим достижением в лечении этого заболевания признана генно-инженерная биологическая терапия, с которой связывают определенные успехи в лечении острого и подострого течения системной красной волчанки.



Телефон (351) 263-09-12

**Леворукость и левшество, на мой взгляд, не являются медицинской проблемой. Конечно, леворукие люди имеют определенные особенности функционирования мозга, и самая большая их особенность — это неприспособленный к ним мир нашего пространства, обучение в школе и непонимание со стороны преподавателей, оборудование производства, где нет приспособленного для левшой пространства, и многое другое, поэтому они «особые».**

Так что же это такое, левшество и леворукость? По данным многих авторов, которые я привожу в этом материале, леворукость определяет только ведущую руку, тогда как левшество — комплексная характеристика, отражающая большую активность правого полушария головного мозга (в отличие от правшей, у которых доминирует левое полушарие). Таким образом, если ваш ребенок предпочитает все делать левой рукой, то вы с уверенностью можете утверждать, что он леворукий. Однако является ли он левшой в целом, можно судить только после выявления у него ведущего глаза, ведущей ноги и ведущего уха (наблюдение, что ребенок использует чаще).



## ЛЕВША БЕЗ БЛОХИ

### Сенсорное левшество

Асимметрия органов чувств рассматривается не как самостоятельная группа, а в их отношении к руки. Левшество в зренении исследуется по прицельной способности; при этом данная способность чаще превалирует в правом глазу у 62,6 процента испытуемых, левая асимметрия — у 30 процентов и симметрия — у 7,4 процента.

Асимметрия слуха проявляется в остроте восприятия вербальной и невербальной информации, локализации источника звука, латерализации субъективного слухового образа. Метод определения асимметрии слухового восприятия был описан выше при анализе дихотического прослушивания. Левшество в слухе встречается значительно чаще, чем леворукость. Левоухость часто сочетается с праворукостью у детей и взрослых. Левоухость может быть единственным признаком левшества в правом профиле асимметрии.

Моторные и сенсорные проявления левшества интегрируются в целостную систему особенностей психической организации левши. Несмотря на то, что в человеческом обществе всегда существовали левши, оно всегда было ориентировано на мир правши.

Левши должны приспособливаться к правому миру, но левосторонний тип биологической организации остается для них естественным, часто вступая в конфликт с правой организацией. При этом в языковой культуре закреплено понимание «правый» в значении «правильный», «правдивый», «честный», а «левый» — «неправильный», «незаконный», «нечестный». В подобном понимании левшества как показателя чего-то плохого отражается неизученность левшей с точки зрения особенностей их психической организации.

Другая точка зрения на левшество состоит в том, что они имеют одинаковые с правшами психические особенности, социальные возможности и достижения. Сопоставление правшей и левшей по основным показателям познавательных способностей не выявило значимых различий. Однако такая оценка правомерна только для части левшей. Особенности психической организации левшей наиболее ярко проявляются в ситуациях повышенной нагрузки, в стрессовых условиях. Отмечаются ошибки восприятия в виде зеркального отражения, пространственные иллюзии, что может привести и приводит к аварийным ситуациям у летчиков [Бодров, Дорохотова, Федорчук, 1990].

«Леворукость» и «левшество» в нейропсихологическом контексте не всегда являются синонимами. Эти понятия сливаются и взаимозаменяются, когда мы говорим о естественном (генетическом) левшестве. То есть в тех случаях, когда доминирование (мануальное предпочтение) левой руки обусловлено генетически заданной, врожденной мозговой организацией человека. Они не синонимичны, когда леворукость носит вынужденный характер (о чём будет

идти речь далее при обсуждении патологического левшества). Что происходит, когда генетически задана «правшеская» программа и структура организации мозговой деятельности, но то или иное травмирующее обстоятельство обуславливает более активное использование левой руки.

Тенденция к закреплению право- и леворукости как двух базовых видовых (истинно человеческих) категорий в ходе исторического развития подтверждается современными исследованиями, проведенными на первобытных народностях. При изучении образцов изобразительного искусства от Древнего Египта до наших дней выяснилось, что на картинах в 80 процентах случаев изображены правши, и это положение не меняется на протяжении последних тысячелетий. Кровоснабжение левой части тела человека (в том числе верхних его отделов — шеи и головы) гораздо интенсивнее, чем правой. Это объясняет расположение у большей части человечества сердца, поджелудочной железы и селезенки (наших основных жизненных цитаделей) слева. Еще в начале XX века было показано, что в эмбриогенезе позвоночных (человека в том числе) имеет место опережающее развитие правой половины тела. При этом раньше и более полноценно формируется вся система обменных процессов левой части верхней половины туловища, а соответственно — левой мозговой гемисфера (полушария).

Нельзя не вспомнить гипотезу М.И. Астафатурова, согласно которой праворукость закрепилась на заре человечества именно в связи с тем, что левая рука (виду ее тесной иннервации с сердцем) использовалась неизмеримо более щадяще. Во-первых, ввиду нежелательности для организма вообще излишней травматизации сердечного ареала. Во-вторых, как статичная, прикрывающая (например, щитом) левую половину тела, которая, как уже отмечено, изобилует витально опасными (несовместимыми с жизнью в случае поражения) телесными зонами.

Выделяются три основных направления, в рамках которых разрабатывается проблема возникновения данного феномена: «генетическое», «культурное» и «патологическое».

Предполагается, что развитие мозга находится под влиянием лево-правого градиента, существующего во Вселенной. Это приводит к более ранней дифференцировке и созреванию в онтогенезе специфических систем левого полушария, которые оказывают тормозящее влияние на правое — в результате возникает доминирование левого полушария по речи и праворукости.

К «генетическому» направлению непосредственно примыкают исследования, связанные с нахождением физиологических и морфологических индикаторов, соответствующих правшам и левшам. Важнейшим среди них является факт существенно большей величины мозолистого тела у левшей. Установлено, что у правшей больше развиты речевые зоны левого полу-

шария, чем соответствующие — правого, в то время как у 75 процентов левшей они примерно симметричны. У правшей имеет место больший размер внутренней сонной артерии слева, и давление в ней выше, чем в правой; у левшей картина обратная. Аналогичная морфологическая диссоциация наблюдается у правшей и левшей в отношении средней мозговой артерии.

Альтернативными последним являются теории, базирующиеся на признании детерминирующей роли культурных условий в формировании руки. «Культурно-социальные» концепции, возникшие еще в прошлом веке, рассматривали левшество не как результат расположения внутренних органов, кровоснабжения или других физиологических факторов, но как следствие социального давления и тренировки.

Лишь часть леворуких являются таковыми вследствие пре- и перинатальных мозговых поражений, а остальные становятся таковыми под влиянием генетических или иных (естественных и/или социальных) факторов. Понятно, что могут иметь место сочетанные варианты генетического левшества у ребенка с врожденной мозговой патологией, но здесь хотелось бы, не углубляясь в нейропсихологические тонкости, ограничиться проведением демаркационной линии между естественной и патологической леворукостью.

Подавляющее большинство исследований специфики психической деятельности леворуких связано с изучением патологических феноменов. При этом установлено, что у них существенно чаще, чем у правшей, возникают специфические формы дизонтогенеза, связанные с недостаточностью речи, чтения, письма, счета, оптико-пространственных, психомоторных функций и т. д.

Признают факт накопления леворуких среди больных эпилепсией, неврозами, алкоголизмом, различного рода токсикоманиями; показана связь между наличием левшества и иммунными расстройствами, хроническими мигренями, нейроэндокринной патологией, тенденцией к генеалогическому накоплению синдрома Дауна, раннего детского аутизма. Известно, что у леворуких существенно изменяется протекание психопатологических состояний; они склонны к парадоксальным реакциям на различные препараты.

Описывая левшей, нельзя не подчеркнуть ряд их специфических черт в сравнении с правшами. Леворуки отличают не только своеобразие эмоционального статуса, но и его уязвимость в отношении различного рода внутренних и внешних факторов. Наряду с отставанием от правшей по целому ряду параметров психического развития левши обнаруживают больший словарный запас, большую общую информированность и эрудицию, более высокие достижения в математике. Среди них много артистически и художественно одаренных людей.

**Л.А. ПЛЕХАНОВ, д.м.н., профессор, главный детский невролог города.**

### НИЗКОЕ ДАВЛЕНИЕ. БОЛЕЗНЬ ИЛИ НОРМА?

От пониженного артериального давления страдают очень многие люди, в том числе и подростки. В отличие от гипертонии это состояние не грозит в будущем инфарктом или инсультом, но, тем не менее, требует к себе внимания, так как может влиять на самочувствие человека.

Первичная гипотония (конституциональная) обычно связана с астеническим типом конституции человека, может встречаться у абсолютно здоровых людей, чаще у женщин. Вторичная гипотония часто возникает на фоне тяжелого патологического процесса.

#### Признаки первичной гипотонии

Первичная гипотония проявляется стойким снижением систолического давления ниже 100 мм рт.ст., диастолического — ниже 60 мм рт.ст. При этом человек может чувствовать себя удовлетворительно, в некоторых случаях отмечается вялость, апатия, резкое ощущение слабости и утомляемости по утрам, снижение работоспособности. Может сопровождаться урежением пульса, повышенной потливостью, понижением уровня сахара в крови. Иногда такие люди склонны к ортостатической гипотонии (падению артериального давления в положении стоя). Эта изменчивость артериального давления может привести к обморочным состояниям при перемене положения тела, особенно по утрам, при вставании с постели или когда человек вынужден длительное время стоять на ногах.

Несмотря на все перечисленные симптомы, первичная гипотония — это не заболевание, а состояние организма, связанное с особой «настройкой» нервной системы.

Терапия первичной гипотонии необходима только тогда, когда пониженное артериальное давление сочетается с вышеописанными неприятными симптомами и обморочным состоянием. В случае, если артериальная гипотония протекает бессимптомно, то медикаментозное вмешательство не требуется.



Лечение первичной гипотонии предполагает прежде всего выполнение ряда гигиенических мероприятий. К ним относят четкий режим дня (ночной сон не менее 8 часов, утренняя и производственная гимнастика, водные тонизирующие процедуры), правильная организация труда, полноценное и разнообразное четырехразовое питание.

Широкое распространение в лечении гипотонических состояний получили растительные и биологические нейростимуляторы. К ним относятся крепкий чай, кофе, настойки женьшеня, радиолы розовой (золотого корня), аралии маньчжурской, лимонника китайского, отвары зверобоя прорыцавленного, соцветий бесстертника песчаного и татарника колючего, экстракт элеутерококка, холодный настой пижмы обыкновенной. В некоторых случаях полезной может оказаться психотерапия и иглоукалывание.

#### Вторичная гипотония

Острая форма вторичной гипотонии может проявляться внезапно на фоне полного здоровья, часто при инфаркте миокарда, тромбоэмболии легочной артерии и синдроме каротидного синуса, когда существенно снижается сердечный выброс. Данный вид гипотонии также развивается при значительном снижении объема циркулирующей крови (наружное или внутреннее кровотечение), при расширении периферических сосудов в результате инфекции (пневмония, перитонит, сепсис) или при лекарственной передозировке гипотензивных препаратов и барбитуратов. К острой гипотонии относятся также обмороки при стрессовых ситуациях, в основе которых лежат гиперрефлекторные механизмы.

Хроническая форма гипотонии является симптомом хронической сердечной недостаточности, аортальных стенозов, врожденных пороков сердца с гипоплазией аорты и т. д. Данная форма гипотонии развивается также при эндокринных нарушениях, некоторых наследственных синдромах, носит длительное либо постоянное течение.

Необходимо помнить, что определить вид гипотонии может только врач, так как некоторые заболевания, ведущие к снижению артериального давления, могут протекать скрытно, без четких признаков. Только специалист в состоянии определить причину снижения артериального давления, понять, норма это или патология.



Телефон (351) 263-09-12

# НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ



**Несахарный диабет — клинический синдром, проявляющийся выделением большого количества мочи с низкой относительной плотностью, обезвоживанием и жаждой.**

Термин «диабет» впервые ввел римский врач Аретиус, живший во втором веке нашей эры. Он описывал болезнь так: «Диабет — ужасное страдание, не очень частое среди мужчин, растворяющее плоть и конечности в моче. Пациенты, не переставая, выделяют воду непрерывным потоком, как сквозь открытые водопроводные трубы. Жизнь коротка, неприятна и мучительна, жажда неутолима, прием жидкости чрезмерен и не соразмерен огромному количеству мочи из-за еще большего мочеизнурения. Ничего не может удержать их от приема жидкости и выделения мочи. Если недолго они отказываются от приема жидкости, у них пересыхает во рту, кожа и слизистые становятся сухими. У пациентов отмечается тошнота, они возбуждены и в течение короткого промежутка времени погибают.

**С**воим назначением (несахарный диабет) заболевание обязано Томасу Уиллису, который впервые по вкусу мочи разделил диабет на сахарный (diabetes mellitus) и несахарный, безвкусный (diabetes insipidus) в 1674 году. Так была выделена категория больных с несахарным диабетом.

Несахарный диабет развивается вследствие недостаточного синтеза и/или секреции антидиуретического гормона (центральная форма), или неспособностью почек адекватно отвечать на циркулирующий вазопрессин (почечная форма). Вазопрессин синтезируется в клетках ядер гипоталамуса, где он «упаковывается» в гранулы с соответствующими белками носителями и транспортируется по аксонам в нейрогипофиз, где и хранится до своего освобождения. Центральная форма несахарного диабета развивается вследствие поражения ядер гипоталамуса, продуцирующих антидиуретический гормон, гипоталамо-гипофизарного тракта, задней доли гипофиза. Причины поражения гипоталамо-гипофизарной системы, способного вызвать несахарный диабет, разнообразны. Поражение гипоталамо-гипофизарной области может быть связано с внутриутробной инфекцией, с воздействием антенатальных и перинаатальных отрицательных факторов. Неполнота может выявиться вследствие неблагоприятных эндогенных и средовых факторов, таких, как травма, инфекция, эмоциональный стресс, гормональная перестройка. Первичные нейросекреторные опухоли, вызывающие деструкцию гипоталамо-гипофизарной области (краниофарингиома, гамартома, пинеалома, опухоли области хиазмы зрительных нервов, воронки, третьего желудочка и др.), часто приводят к появлению несахарного диабета. Этот синдром может развиться и в результате лечения опухоли — оперативного или радиотера-

певтического вмешательства на гипофизе или гипоталамо-гипофизарном тракте. Несахарный диабет может наблюдаться и при лейкозе. Семейные формы центрального несахарного диабета встречаются относительно редко. К ним относится синдром DIDMOAD, или синдром Вольфрама. Синдром включает несахарный диабет, сахарный диабет, атрофию зрительного нерва и глухоту. Дефицит антидиуретического гормона развивается вследствие аплазии нейросекреторных клеток. Наследование заболевания может быть рецессивным, сцепленным с Х-хромосомой или аутосомно-доминантным. Чаще болеют мальчики. Об идиопатической форме заболевания говорят в тех случаях, когда не удается установить причину заболевания, а современные диагностические методы не позволяют выявить признаков поражения гипоталамо-гипофизарной оси.

Несахарный диабет почечного происхождения зависит от неспособности почек положительно реагировать на антидиуретическим гормоном, склонностью к запорам, рвотой, повышением температуры. Объем суточной мочи у грудного ребенка может достигать 2 л, иногда наблюдается «солевая лихорадка», судороги, при значительном обезвоживании возможно развитие коллапса. В целом при почечном несахарном диабете потеря воды с мочой ниже, чем при центральной форме. Стойкие нарушения водно-солевого баланса постепенно приводят к развитию гипотрофии, задержке физического и психического развития.

При подозрении на несахарный диабет необходимо срочное обращение к врачу для проведения специализированного обследования, вирификации диагноза и уточнения формы заболевания, так как объем терапии несахарного диабета определяется формой заболевания.

**Е.С. РОМАНЕНКО,  
главный детский эндокринолог  
города.**

## О ПОЛЬЗЕ ЯИЦ

Яйца — уникальный продукт. Они созданы природой для обеспечения птичьего зародыша всем необходимым для его развития: белками, жирами, углеводами, витаминами и минералами. В курином яйце содержатся водорастворимые витамины В1, В2, В3, В5, В6, В12, Н, жирорастворимые А, Е, Д, К и витаминоподобные вещества холин и лецитин. Все они сконцентрированы в желтке. Микроэлемент фосфор, содержащийся в этом яйце, важен для роста волос и костей, железо — для синтеза красных кровяных телец, йод — для нормального функционирования щитовидной железы. Содержится в яйцах также антиоксидант селен.

Ранее бытовавшее мнение, что в яйцах содержится в больших количествах холестерин, осталось в прошлом. Доказано, что в этом продукте очень мало насыщенного жира, провоцирующего отложения на стенках сосудов, а имеющийся лецитин препятствует появлению холестериновых бляшек, кроме того, он улучшает мозговую деятельность.

Вареное яйцо полезно съедать на завтрак, это очень питательно и не приводит к появлению лишних килограммов. Дневная норма — это одно яйцо в день, поэтому увлекаться поеданием яиц в больших количествах не рекомендуется. Во всем важна мера.

Но если куриные яйца могут позволить употреблять в пищу все, то перепелиные доступны далеко не всем. Немногие знают об их целебных свойствах, и далеко не все могут позволить покупать их, так как это продукт недешевый.

Но, возможно, узнав об их полезных свойствах, вы сможете выкроить в своем бюджете средства на их покупку. И будьте уверены, не пожалеете об этом.

Вес одного перепелиного яйца не больше 12 граммов. Они богаты содержанием биологически активных веществ и по вкусовым качествам превосходят яйца других видов сельскохозяйственных птиц.

Кто мог подумать, что в таком крошечном яйце содержится такое большое количество витаминов и питательных веществ! Если сравнить перепелиное яйцо с куриным, то в одном его грамме содержится витамина А больше в 2,5 раза, В1 — в 2,8 раза, В2 — в 2,2 раза. В пяти перепелиных яйцах, равных по массе одному куриному, в 5 раз выше уровень фосфора и калия, в 4,5 раза — железа. В перепелиных яйцах содержится много меди, кобальта и различных аминокислот. Таких незаменимых аминокислот, как тирозин, треонин, лизин, глицин и гистидин, в перепелиных яйцах значительно больше, чем в куриных. Например, тирозин способствует формированию пигмента, что обуславливает здоровый цвет кожи.

Перепелиные яйца рекомендуются принимать в пищу при заболеваниях сердца, нервной системы, поджелудочной железы, желудка, холецистите и других. Кроме того, яйца перепела показаны при анемии, сильных головных болях, хронической пневмонии, бронхиальной астме, туберкулезной интоксикации и т. д. Они практически не вызывают аллергию у детей, кроме того, детям очень нравится их внешний вид. Перепелиные яйца рекомендуются беременным женщинам.

Полезным является не только само содержание яйца, но и его скорлупа. В ней содержится кальций, фосфор, цинк, медь, железо и т. д. (всего 27 аминокислот). Употребление порошка скорлупы в пищу хорошо укрепляет зубы и волосы, особенно у детей и пожилых людей, не дает побочных эффектов в виде отложений в суставах и органах мочеволовой системы.

Употребление в пищу скорлупы перепелиных яиц дает хороший терапевтический эффект и гарантирует отсутствие каких-либо побочных действий, в том числе бактериальное заражение.

Индюшачьи яйца по составу напоминают куриные, превышая их только в размерах.

Утиные и гусиные яйца питательнее куриных, однако употреблять их в пищу следует осторожно, так как в яйцах водоплавающих птиц могут содержаться вредные микроорганизмы, поэтому готовить их необходимо не менее 15 минут, варку лучше заменить на запекание.

**ХОЗЯЙКАМ НА ЗАМЕТКУ:**

- мойте руки до и после того, как берете яйцо в руки (микроорганизмы живут и на скорлупе);
- перед приготовлением яйца нужно обязательно мыть с мылом под проточной водой;
- яйца с трещинами или поврежденной скорлупой можно использовать только при высокотемпературном приготовлении;
- свежее яйцо, погруженное в воду, должно тонуть.

ГОРОДСКАЯ БЕСПЛАТНАЯ ГАЗЕТА **НА ЗДОРОВЬЕ**

Учредитель — городской Центр медицинской профилактики. Газета зарегистрирована в Управлении Федеральной службы по надзору в сфере связи информационных технологий и массовых коммуникаций по Челябинской области. Рег. № ПИ № ТУ-74-00356 от 05.03.2010 г.

Главный редактор И.В. Смоленцева.

**АДРЕС РЕДАКЦИИ:** Челябинск, ул. С. Кривой, 30. Тел./факс (351) 263-09-12. Отпечатано с оригинал-макета заказчика в ОАО «Челябинский Дом печати», Свердловский проспект, 60. Подписано в печать по графику в 22.00. Дата выхода — 20.04.12. Заказ № 655. Тираж 20000 экз. Электронную версию газеты читайте на медицинском портале [www.med74.ru](http://www.med74.ru)