

- ✓ **АНЕВРИЗМА — ПРОФИЛАКТИКА ВОЗМОЖНА**
- ✓ **ТУЛЯРЕМИЯ. МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ**
- ✓ **ВИЧ И ТУБЕРКУЛЕЗ — ОПАСНО, ОЧЕНЬ ОПАСНО...**

# НА ЗДОРОВЬЕ

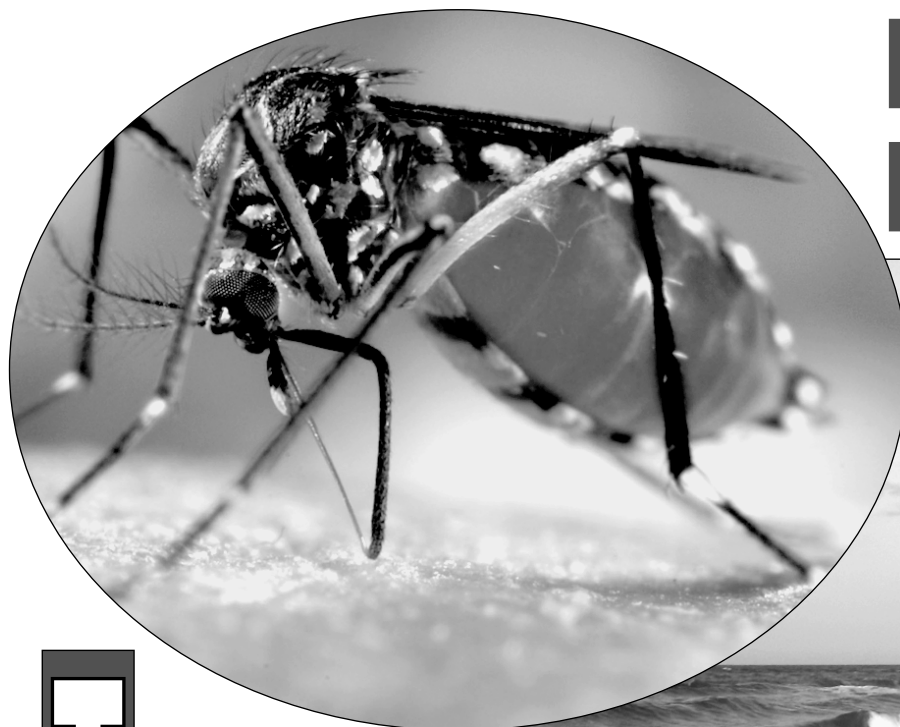
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА

ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

## ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ ЗДОРОВЬЯ 2014 ГОДА:

## МАЛЕНЬКИЙ УКУС — ИСТОЧНИК БОЛЬШОЙ ОПАСНОСТИ

**Кампания по случаю Всемирного дня здоровья 7 апреля 2014 года направлена на распространение информации о некоторых основных переносчиках и болезнях, которые они вызывают, и привлекает внимание к тому, что мы все можем сделать для нашей защиты.**



**T**

**Т**рансмиссивные болезни (лат. *transmissio* — перенесение на других) — заразные болезни человека, возбудители которых передаются кровососущими членистоногими (насекомыми и клещами), включают более 200 зоологических форм. Жители Южного Урала могут столкнуться с ними при путешествии за рубежом. Наиболее распространенными в мире трансмиссивными инфекциями являются:

### БОЛЕЗНЬ ШАГАСА

Болезнь Шагаса, известная также как американский трипаносомоз, представляет потенциальную угрозу для жизни. Ее возбудителем является простейший паразит *Trypanosoma cruzi* (T. cruzi).

### ЖЕЛТАЯ ЛИХОРАДКА

Желтая лихорадка — это вирусная болезнь, встречающаяся в тропических районах Африки и Америки. В основном она поражает людей и обезьян и передается через укусы комаров *Aedes*.

### КОНГО-КРЫМСКАЯ ГЕМОРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА

Конго-крымская геморрагическая лихорадка является широко распространенной болезнью, которую вызывает передаваемый клещами вирус (*Nairovirus*) семейства *Bunyaviridae*. Вирус ККГЛ вызывает вспышки тяжелой вирусной геморрагической лихорадки с коэффициентом летальности 10 — 40 процентов.

### ЛИХОРАДКА ДЕНГЕ

Денге переносится при укусах комаров *Aedes*, инфицированных каким-либо одним из четырех вирусов Денге. Эта болезнь распространена в тропических и субтропических районах мира.

### ЛИМФАТИЧЕСКИЙ ФИЛЯРИОЗ

Лимфатический филяриоз, известный под названием «слоновость», относится к числу забытых

тропических заболеваний. Инфицирование происходит, когда паразит попадает в организм человека с укусом комара.

### МАЛЯРИЯ

Малярию вызывает паразит под названием *Plasmodium*, который передается через укусы инфицированных комаров. Попав в организм человека, паразиты размножаются в печени и затем инфицируют красные кровяные клетки.

### ОНХОЦЕРКОЗ

Онхоцеркоз, или «речная слепота», является паразитарной болезнью, вызываемой филярией *Onchocerca volvulus*. Он передается при укусах инфицированных мошек (*Simulium* spp.), размножающихся в реках и ручьях с быстрым течением.

### ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ АФРИКАНСКИЙ ТРИПАНОСОМОЗ (сонная болезнь)

Африканский трипаносомоз человека, известный также как сонная болезнь, развивается в результате инфицирования простейшими паразитами, принадлежащими к роду *Trypanosoma*. Они передаются людям при укусах мух цеце (род *Glossina*), которые приобретают инфекцию от людей или животных, являющихся хозяевами этих патогенных паразитов человека.

### ЧИКУНГУНЯ

Это вирусная болезнь, распространяемая комарами. Она вызывает

лет лихорадку и сильные боли в суставах. Другие симптомы включают мышечную и головную боль, тошноту, усталость и сыпь.

### ШИСТОСОМОЗ

Шистосомоз является хронической паразитарной болезнью, вызываемой кровяными сосальщиками (трематодами) из рода *Schistosoma*. Риск инфицирования возникает во время сельскохозяйственной, домашней и рекреационной деятельности, когда люди подвергаются воздействию воды, зараженной паразитами.

### ЛИХОРАДКА ЗАПАДНОГО НИЛА

Зоонозная природно-антропоургическая вирусная инфекционная болезнь, передающаяся через укусы комаров, а также клещей.

В 2013 году в Челябинской области зарегистрировано шесть случаев завоза лихорадки Денге из Таиланда и о. Бали. Один случай завоза лихорадки Западного Нила из Таиланда, пять случаев завоза малярии из Южного Судана, Сьерра-Леоне (Африка), Гоа (Индия) и Таджикистана. Местные случаи данных заболеваний не регистрировались.

На территории Челябинской области существуют природные очаги трансмиссивных заболеваний: клещевых инфекций (клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза, гранулоцитарного анаплазмоза че-

ловека, моноцитарного эрлихиоза человека), передаваемые человеку через укус иксодовых клещей и туляремии, которая может передаваться через клещей, комаров и слепней. Заболеваемость клещевым энцефалитом в сравнении с 2012 года выросла на 11 процентов, зарегистрировано три случая летальных исходов от клещевого вирусного энцефалита у взрослых, не привитых, одна больная с профилактической целью получила противоклещевой иммуноглобулин. Заболеваемость клещевым боррелиозом соответствовала уровню 2012 года, зарегистрировано 112 случаев. В 2013 г. зарегистрировано 6 случаев заболевания гранулоцитарным анаплазмозом человека. Эпидемиологическая ситуация по туляремии в 2013 г. на территории Челябинской области резко осложнилась. В области на протяжении многих лет существуют природные очаги туляремии на территории 12 муниципальных образований: Красноармейском, Кунашакском, Аргаяшском, Октябрьском, Чесменском, Варненском, Троицком, Увельском, Сосновском, Еткульском, Чебар-кульском МР и поселке Каштак города Челябинска. По результатам мониторинга на 01.01.2014 г. в области четыре активных очага — Красноармейский, Кунашакский, Октябрьский, Чесменский МР, два малоактивных очага — Аргаяшский и Сосновский МР и шесть потенциально опасных — Троицкий, Увельский,

Еткульский, Варненский, Чебар-кульский МР и поселок Каштак города Челябинска. В 2013 году зарегистрировано два случая заболевания туляремии: один случай с заражением в Аргаяшском МР и один случай в Октябрьском МР.

Самым важным направлением профилактической деятельности является прямое количественное уменьшение переносчиков, в т.ч. изменений условий существования — осушение болот. Такой метод в период существования Советского Союза позволил справиться с мосkitной лихорадкой, кожным лейшманиозом, возвратным тифом, малярией. Вторым по значимости мероприятием является истребление диких животных, являющихся естественным резервуаром инфекции (грызуны, переносящие кожный лейшманиоз и чуму).

Определенное значение имеет использование репеллентов и соблюдение правил поведения за городом и в лесных массивах. Для профилактики желтой лихорадки, туляремии, клещевого энцефалита эффективна специфическая вакцинация. Мелиоративные работы, приводящие к миграции грызунов от населенных пунктов, уменьшают вероятность возникновения очага инфекции.

**Л. И. КОЛЕСНИКОВА,**  
**ведущий специалист-эксперт**  
**Управления Роспотребнадзора**  
**по Челябинской области.**



Телефон (351) 775-19-11

## ГЕАНГИОМА МЛАДЕНЦЕВ

Гемангиома младенцев — заболевание, которое известно более ста лет. Эти сосудистые опухоли считаются доброкачественными, внешне проявляются в виде багрово-красных пятен или образований, возвышающихся над кожей и (или) расположенных под кожей на теле ребенка. Наиболее частая локализация — лицо и шея, является серьезной эстетической проблемой.

Об этом заболевании рассказывает главный детский хирург г. Челябинска, заведующий кафедрой детской хирургии ЮУГМУ, доктор медицинских наук Иван Алексеевич АБУШКИН.

Гемангиома младенцев встречается у каждого десятого ребенка первого года жизни. Чаще регистрируется у девочек (3:1). Относится к доброкачественным образованиям. Обычно появляется на первых неделях жизни, по мере развития ребенка увеличивается в размере, затем рост прекращается и начинается инволюция — обратное развитие (конец первого года жизни) и полностью исчезает к 5 — 7-летнему возрасту. В этом и заключается ее главное отличие от опухоли.

Самостоятельное исчезновение гемангиомы — наиболее оптимальный вариант. Чаще всего это происходит с небольшими образованиями, расположенными на конечностях и туловище.

Однако существуют гемангиомы, требующие срочного хирургического вмешательства (опухоли, локализованные на голове и шее). Их обильное кровоснабжение приводит к быстрому росту, может закрыться глаз, деформироваться нос, а их изъязвление буквально съедает губы, нос, уши, ткани промежности.

В странах Западной Европы лечением таких образований занимаются дерматологи или онкологи, в России — традиционно детские хирурги. Гемангиомы, расположенные около глаз, лечат офтальмологи, возле носа или горла — оториноларингологи. То есть это заболевание мультидисциплинарного подхода, которым занимаются врачи различных специальностей. Какой метод применить, решает специалист.

В 2008 году во Франции у ребенка гемангиому, расположенную около глаза, невозможно было удалить хирургически. Тогда в лечении применили лекарственный препарат, большие дозы которого вызвали проблемы с сердечно-сосудистой системой. Чтобы устранить побочное действие, назначили лекарство, которое не только нормализовало работу сердца, но и привело к уменьшению и полному исчезновению гемангиомы. Проверив препарат на других пациентах, выяснили, что он эффективен при лечении этих опухолей. С этого времени в лечении гемангиом он является препаратом первой линии. Когда консервативный метод лечения не приносит желаемого результата, назначается лазерная терапия, заключающаяся в прогревании гемангиомы изнутри. Снаружи на опухоль стараются не воздействовать, чтобы избежать нежелательных последствий — рубцов и пятен. При лечении гемангиом хирурги всегда стремятся достичь максимального косметического результата.

Основная цель лечения — запустить процесс обратного развития опухоли. За пациентом наблюдают до полного исчезновения гемангиомы. Госпитализация при таком диагнозе не требуется.

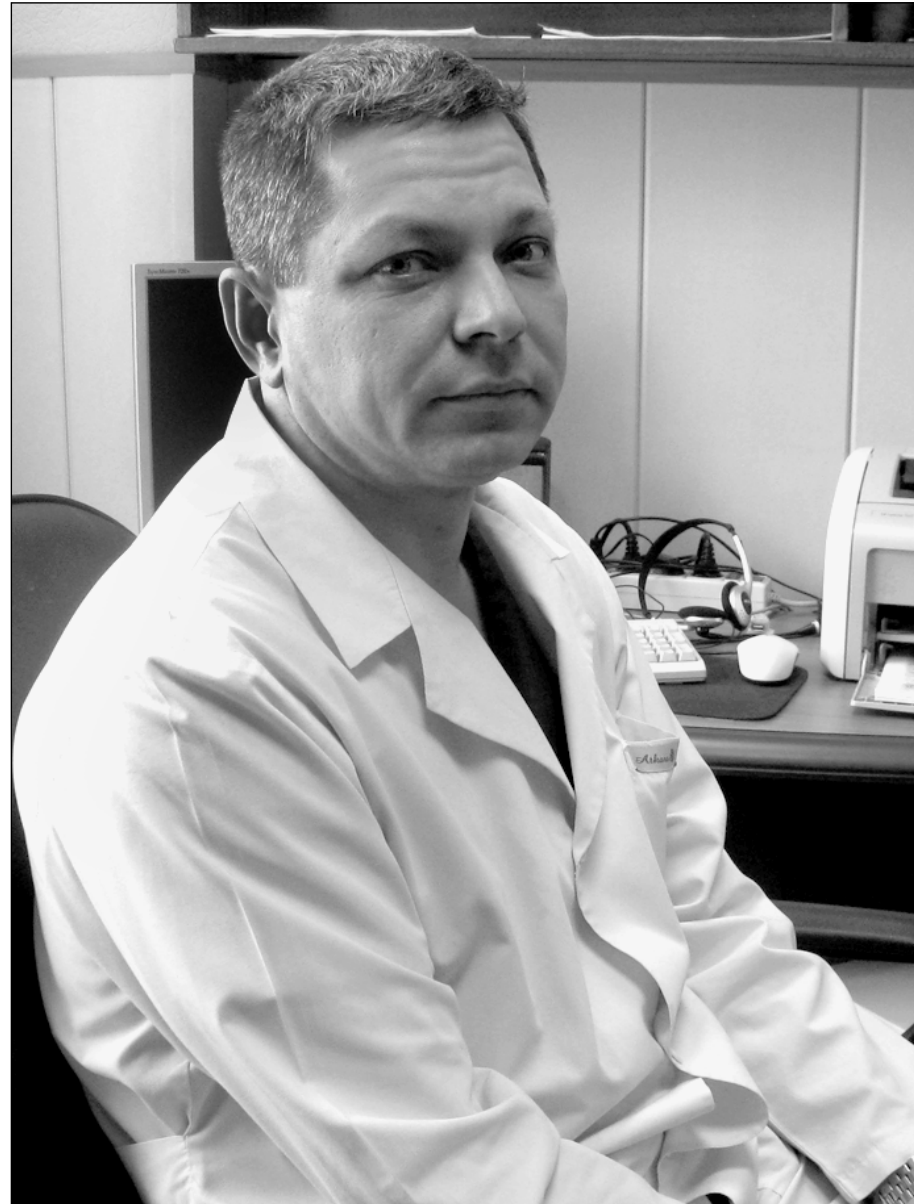
Амбулаторное лечение включает консервативную терапию под контролем лабораторных и функциональных исследований: частоты сердечных сокращений, ЭКГ, изменений кровотока и размеров гемангиомы по данным УЗИ, спектроскопии так, чтобы при уменьшении гемангиомы воздействие на сердечно-сосудистую систему было минимальным. Кардиологи изучили состояние сердечно-сосудистой системы у детей, лечившихся таким способом, в отдаленные сроки до 3 лет — каких либо отклонений в работе сердца и сосудов не выявлено.

Лазерное лечение проводится под наркозом, в амбулаторных условиях. Более сложные виды гемангиом (например, в трахее) лечат в стационаре.

Лечение гемангиомы длительное, до 8 месяцев, поэтому родителям нужно набраться терпения и, конечно же, не затягивать с визитом к врачу, если на коже ребенка появились непонятные пятна. Чем раньше будет начато лечение, тем меньше времени уйдет на выздоровление.

Ж. КИСЕЛОВА.

# АНЕВРИЗМА — ПРОФИЛАКТИКА ВОЗМОЖНА



**Аневризму сосудов головного мозга не случайно называют бомбой замедленного действия. Долгие годы она может благополучно существовать в организме человека, ничем его не беспокоя, но при определенных условиях разрывается, создавая угрозу жизни. Иногда врачи оказываются бессильны, и больной погибает. Так можно ли предотвратить сосудистую катастрофу? Об этой проблеме мы беседуем с заведующим нейрохирургическим отделением областной клинической больницы, кандидатом медицинских наук, нейрохирургом Дмитрием Владимировичем ЕРЕМЕЕВЫМ.**

— Дмитрий Владимирович, насколько часто в работе Вам приходится диагностировать аневризму сосудов головного мозга?

— По статистике эта патология встречается у пяти процентов населения. В России ежегодно разрыв аневризмы сосудов головного мозга происходит у 10 — 15 человек на 100000 населения.

Около 60 процентов больных — это люди трудоспособного возраста от 35 до 55 лет.

В Челябинске данные по этой патологии не совсем достоверны по причине низкой выявляемости. Это связано с недостаточным охватом населения такими важными исследованиями, как магниторезонансная томография, компьютерная томография или ангиография. К примеру, эта проблема успешно решена в Японии и странах Западной Европы, где при малейшем подозрении на патологические процессы в головном мозге больному проводится полное обследование сосудов.

— Как кратко и понятно объяснить людям, что такое аневризма сосудов головного мозга?

— Аневризма сосудов головного мозга — это взбухание сосудистой стенки или, как образно говорят, «грыжевое выпячивание». Происходит это по причине врожденных либо приобретенных нарушений прочности каркаса стенки сосуда. Если говорить о врожденной патологии, то зачастую аневризма развивается у людей, имеющих системные заболевания, которые сопровождаются нарушениями в соединительной

ткани организма. Часто к развитию этого заболевания приводит повышенное артериальное давление, то есть к группе риска прежде всего относятся больные с гипертонической болезнью. К провоцирующим факторам также относятся стрессы, сахарный диабет, атеросклероз, курение и алкоголь.

— Передается ли заболевание по наследству?

— Достоверных данных о передаче этого заболевания по наследству не получено. Существует предрасположенность, например, слабость соединительной ткани. Но если человек будет вести здоровый образ жизни, не иметь вредных привычек, то он вполне может избежать этой участи.

— У пациента обнаружена аневризма сосудов головного мозга. Хирургическое вмешательство неизбежно?

— Если происходит разрыв аневризмы, развивается так называемое субарахноидальное кровоизлияние, когда кровь из разорвавшейся аневризмы либо разливается по пространствам, окружающим головной мозг, либо формируется сгусток внутри головного мозга (внутричерепная гематома). В таких случаях по экстренным показаниям проводится хирургическое вмешательство. Первый вариант заключается в клипировании аневризмы, второй — в проведении эндоваскулярной операции. Во всем мире отдается предпочтение второму методу — эндоваскулярной эмболизации аневризмы.

— Если говорить о выявленной, но не

разорвавшейся аневризме. Какова тактика лечения в этом случае?

— Мы предлагаем пациенту плановую операцию. Предварительно беседуем с ним, объясняем, какая опасность ему грозит. При согласии — эмболизируем. При определенной локализации аневризмы, когда эмболизация невозможна, предлагаем открытую операцию. В 2013 году мы провели 98 эндоваскулярных операций и около 15 операций открытым доступом.

Если по какой-то причине не можем провести операцию в своей больнице, направляем пациента на лечение в Федеральный центр.

— Как долго пациент находится на больничной койке?

— В среднем 10 — 15 дней. При разрыве аневризмы, когда добавляется неврологическая симптоматика: парезы, нарушения сознания различной степени тяжести и т. д., пациент находится на лечении дольше, чем при плановой операции с неразорвавшейся аневризмой.

— Существуют ли предвестники заболевания или же это бессимптомная болезнь?

— У части больных симптомы отсутствуют (мы говорим о неразорвавшейся аневризме), и выявление аневризмы для них является полной неожиданностью. У некоторых могут наблюдаться длительные и сильные головные боли по типу мигрени, которые локализуются в определенной области головы. Также могут беспокоить приходящие неврологические нарушения, зависящие от локализации аневризмы. Если бы человек на этом этапе болезни не занимался самолечением, а обратился к специалистам, сосудистую патологию можно было бы выявить намного раньше. А это означает, что трагедию можно предотвратить.

При разорвавшейся аневризме больного может беспокоить выраженная головная боль (высокое артериальное давление), тошнота, рвота, появляются речевые нарушения, возможна потеря сознания. От 30 до 50 процентов больных погибает. Но, к счастью, большинству удается помочь.

— Расскажите о современных методах диагностики этого заболевания.

— Заподозрить аневризму помогает такой метод, как компьютерная томография. Затем для уточнения диагноза проводят МРТ (магнито-резонансная томография), ангиографию, после уточнения диагноза решается вопрос об операции.

— Существует ли вероятность повторного возникновения аневризмы?

— Иногда такое случается. Но чаще всего люди, узнав о таком серьезном диагнозе, делают соответствующие выводы и меняют образ жизни, забывая о вредных привычках.

— Инвалидность при этом заболевании неизбежна?

— Присвоить или нет группу инвалидности решает индивидуально в каждом конкретном случае в зависимости от остаточной неврологической симптоматики. Решение принимает нейрохирургическая МСЭК. После выписки из стационара больной находится под наблюдением участкового невролога.

— Какую патологию помимо аневризмы сосудов головного мозга вы лечите в отделении?

— Мы проводим открытые операции больным с опухолями головного, спинного мозга и периферической нервной системы, грыжей диска, травматическими поражениями периферической нервной системы, черепно-мозговыми травмами, абсцессами головного и спинного мозга и т. д. Кроме того, мы успешно проводим эндоскопические операции, например, трансназальное удаление аденомы гипофиза.

Любую сосудистую катастрофу проще предотвратить, чем вылечить. Решить эту проблему можно с помощью профилактических осмотров. Ведь чем раньше выявлено заболевание и начато лечение, тем благоприятнее прогноз.

Ж. КИСЕЛОВА.



# МНЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА

АНЕМИЯ В ПЕРЕВОДЕ С ДРЕВНЕГРЕЧЕСКОГО ОЗНАЧАЕТ БЕСКРОВИЕ, В МЕДИЦИНЕ ТРАКТУЕТСЯ КАК МАЛОКРОВИЕ. ПО СТАТИСТИКЕ РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ АНЕМИИ СТРАДАЕТ КАЖДЫЙ ЧЕТВЕРТЫЙ ЧЕЛОВЕК НА ЗЕМЛЕ.

**Из века в век существует суровый закон: малокровие — болезнь бедных людей, не получающих своевременно медицинскую помощь. В России, к великому сожалению, анемия распространена, особенно среди женщин детородного возраста.**

**К**ровь человека зарождается в кроветворной части костного мозга (все позвонки, ребра, кости таза, некоторые отделы черепа и немного в костях конечностей). Костный мозг работает как фабрика по производству клеток крови трех типов: красные кровяные тельца (эритроциты), белые кровяные тельца (лейкоциты) и кровяные пластинки (тромбоциты). В здоровом костном мозге находятся незрелые клетки крови, называемые стволовыми, клетками-предшественниками, которые, развиваясь, обычно превращаются в зрелые эритроциты, лейкоциты и тромбоциты. Клетки составляют около 40 процентов объема крови, 60 процентов приходится на ее жидкую часть — плазму. В нормальных условиях эритроцит живет в кровяном русле около 100 — 120 дней, затем он полностью разрушается и остатки его перерабатываются в селезенке. Эритроцит — это двояковогнутый диск, наполненный белком, гемоглобином. В свою очередь гемоглобин состоит из двух частей: белковой — глобина, и небелковой — гема. Именно гем содержит в себе большое количество такого жизненно необходимого металла, как железо. Благодаря ему наша кровь имеет красный цвет. У эритроцитов одна задача — доставлять кислород из легких к каждой клетке нашего тела и «на обратной дороге» забирать и переносить в легкие углекислый газ. Если по какой-то причине эритроцитов, а значит, и гемоглобина, у человека становится мало (а это и есть малокровие), возникает кислородное голодание или, по-научному, гипоксия.

Для нормального кроветворения нужны «строительные материалы» — белки, углеводы, жиры, железо, витамин В 12 и фолиевая кислота. Человек получает их из пищи. Также необходима хорошая работа почек, именно там вырабатывается гормон эритропоэтин, без которого эритроциты в костном мозге не смогут созреть и вырасти.

Одна из самых частых причин анемии — дефицит (недостаток) железа. Чем же опасно это состояние? Кроме малокровия дефицит железа приводит к другим опасным, необратимым последствиям, если не заниматься лечением. Следствием анемии может быть: замедление психомоторного развития, координации движений, речевых навыков и познавательной способности младенцев и детей любых возрастов; снижение устойчивости к любому инфекционному агенту (вирусу, бактерии); увеличение материнской смертности во время беременности, в родах и вскоре после них; недоношенность и гибель плода; недостаточное образование гормонов щитовидной железы и катехоламинов (адреналин, норадреналин), что делает человеческий организм беззащитным к любым стрессам и простудным заболеваниям; вызывает усиление абсорбции (всасывания) свинца, крайне токсичного тяже-



лого металла, которого так много в крупном мегаполисе.

Однако все эти осложнения можно предотвратить.

В норме у взрослого человека с массой тела около 70 кг содержится всего около 4 граммов железа. У мужчин с большой мышечной массой количество железа в организме может достигать 5 граммов. При этом около 1 грамма находится «в запасах», в печени. Примерно 80 процентов жизненно необходимого металла идет на образование гемоглобина, остальные 20 процентов входят в состав множества белков мышц, кожи, связок, соединительной ткани. Образно выражаясь, именно присутствие достаточного количества железа в этих частях нашего организма делает их прочными. А вот у женщин, быстрорастущих детей, подростков и людей с самыми разными, даже незаметными кровотечениями количество железа едва ли достигает 1,5 — 2 граммов, не говоря уже, что никаких запасов этого металла не остается. Ежедневно в здоровом состоянии обязательно теряется железо из-за слущивания верхних слоев кожи, клеток слизистых оболочек желудка и кишечника. Рост волос и ногтей также приравнивается к потере железа, поскольку из этих участков тела железо не вовлекается в обменные процессы. У мужчин и детей в периоды, когда их рост не очень выражен, суточная потеря железа составляет примерно 1 мг. У быстро растущих детей и подростков, женщин суточная потеря железа равняется 2 мг. Каждая нормально протекающая беременность требует еще для женского организма от 0,7 до 1 грамма железа; при кормлении грудью — 1 мг.

В любом живом организме должно строго поддерживаться равновесие между потерями железа и его поступлением с пищей. Если же по какой-либо причине, а чаще сразу по нескольким причинам, ежедневное поступление же-

леза с пищей становится меньше, чем ежедневные потери металла, то возникает неизбежный недостаток этого химического элемента!

**Алиментарный (пищевой) дефицит железа.** Существует два вида пищевого железа. Первый вид — гемовое железо, оно содержится в животных продуктах. Это все виды мяса и мясные субпродукты (печень, сердце, почки), домашняя птица, дичь, морепродукты. Главное достоинство гемового железа — его хорошая всасываемость в кишечнике человека; она составляет от 10 до 20 процентов от всего содержащегося железа в этих продуктах, но это должны быть продукты животного происхождения, а не соевые.

Второй вид пищевого железа — негемовое. Оно содержится в продуктах растительного происхождения: в хлебных злаках, крупах, бобовых, фруктах, овощах, меде. Железо из этих продуктов усваивается в кишечнике значительно хуже. Поэтому при недостатке его или железодефицитной анемии в питании больного надо увеличивать, конечно, содержание любых из вышеперечисленных животных продуктов. В каком виде это будет употребляться, не столь важно. Можно в виде шашлыка, пельменей, котлет, нежирной запеченной рыбы. А вот яблоки, гранаты и сок гранатовый, гречка, морковь и мед пригодятся больше для лечения цинги (восполняя недостаток витамина С), запоров и недостатка витамина А. Весь этот привычный для нашего слуха набор якобы полезных от малокровия продуктов на самом деле мало что дает для улучшения кроветворения.

Отсюда следует простой вывод: когда человеку длительное время не хватает в питании продуктов животного происхождения, неизбежно возникает недостаток железа в организме.

Именно поэтому вегетарианская диета не может обеспечить организм человека необходимым количеством этого металла. Другой причиной дефицита же-

леза является повышенная потребность в определенных периоды жизни человека — быстрый рост в первые 2 года жизни ребенка, затем в дошкольном возрасте, резко ускоряющийся в подростковые годы и, конечно, период беременности. В это время суточная потребность в железе всегда достигает 2 мг и более, а вот поступление с пищей далеко не всегда обеспечивает такое ежедневное количество. Именно поэтому необходимо сдавать анализы крови, чтобы не упустить время и восполнить дефицит железа. Не следует забывать о повышенной потребности в железе молодежи, активно, особенно профессионально занимающейся спортом. Ребята растут, растут их мышцы, связки, кости и, опять же, не всегда успевают за этим ростом кроветворение, в результате чего может возникнуть масса проблем, вплоть до глубокого малокровия. Профилактика включает в себя лабораторный и врачебный контроль за спортсменами, полноценное и усиленное питание, и нередко требуется назначение препаратов железа.

Следующие виновники дефицита железа, крадущие его из наших тел, — это хронические, подчас незаметные, и острые обильные кровотечения. **К острым кровотечениям** относят тяжелые кровопотери при переломах, травмах, заболеваниях, операциях и т. д. Многие пациенты, особенно пожилого возраста с заболеваниями сердца и сосудов, принимают медикаменты для улучшения текучести крови и уменьшения ее вязкости. Иногда прием этих препаратов может осложниться появлением самых разных серьезных кровотечений, особенно опасно, если больной принимает по назначению врача сразу два таких препарата.

Безусловно, пациенту при любом тяжелом кровотечении, по какой бы причине оно ни возникло, оказывается медицинская помощь в стационаре. По жизненным показаниям производится переливание донорской крови. Нередко это по-

следний шанс для спасения жизни человека! Станции переливания крови, вся донорская служба Челябинской области — это высоко профессиональная и ответственнейшая медицинская структура, которая строго соблюдает современные требования по устранению любых рисков для пациента и донора.

**Хронические кровопотери.** Теряя даже несколько миллилитров своей крови в течение недель и месяцев, а нередко и лет, человек лишается сначала запасов железа, постепенно и незаметно нарастает малокровие.

Особенно часто причинами хронического малокровия с дефицитом железа являются гинекологические заболевания: фибромиома матки, полипы эндометрия и шейки матки, аденомиоз, сочетание этих заболеваний, обильные месячные при врожденных нарушениях свертывания крови, ювенильные маточные кровотечения, злокачественные опухоли женских половых органов и некоторые другие. Нормальными считаются менструации продолжительностью до 6 дней, без сгустков, объем теряемой крови за эти дни обычно не превышает 80 мл. Если кровопотеря превышает это количество, то неизбежно нарастает нехватка железа в организме женщины. Совершенно недопустимо использование внутриматочных контрацептивов-спиралей (кроме тех, что обладают кровоостанавливающей способностью) у женщин с обильными и/или длительными месячными, как до установки спирали, так и на фоне их применения.

К заболеваниям желудочно-кишечного тракта с хроническими кровопотерями относится хронический кровоточащий геморрой, и/или анальная трещина с кровотечениями; хронические эрозии и/или язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, в том числе вызванные приемом лекарственных препаратов; кишечные кровотечения при язвенном колите и болезни Крона; кровотечения из дефектов слизистой пищевода, постоянные кровотечения из десен при тяжелом пародонтозе; множественный дивертикулез толстого кишечника, чаще у пожилых пациентов. Любые опухоли, как доброкачественные, так и злокачественные.

Исключительно серьезную проблему представляют хронические носовые кровотечения, от которых страдают люди разного возраста. К хроническим носовым кровотечениям приводят травмы носа, искривления носовой перегородки; тяжелый атрофический ринит с истончением слизистой носовых ходов; полипы; врожденные аномалии мелких сосудов слизистой носа; высокое артериальное давление; врожденные нарушения свертывания крови; бесконтрольный самостоятельный прием пациентом препаратов, снижающих свертываемость крови. Без сотрудничества пациента с опытным врачом-оториноларингологом решать эту проблему трудно.

Еще одной причиной малокровия могут быть глистные заболевания кишечника. Глисты-паразиты, поселившись в человеческом организме, прикрепляются к внутренней оболочке кишечной стенки и пьют кровь, вызывают мелкие, но длительные кишечные кровотечения и интоксикацию всего организма. В результате запасы железа тают, нарастает анемия. Вероятность заболеть глистными инфекциями выше у детей, жителей сельских районов, садоводов и людей, чья работа связана с землей и животными. В этом случае важно пройти лабораторное исследование и своевременно получить лечение.

Таким образом, становится понятным, что анемия — далеко не безобидное заболевание, как считают некоторые больные. В запущенных случаях она может привести к серьезным необратимым последствиям.

**М. Н. РУСАКОВ,**  
врач-гематолог МБУЗ ГКБ № 1.



Телефон (351) 775-19-11

# ВИЧ И ТУБЕРКУЛЕЗ — ОПАСНО, ОЧЕНЬ ОПАСНО...

24 МАРТА — ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Ежегодно число заболевших растет, и в России ситуация по туберкулезу остается неблагоприятной. Особую угрозу это заболевание представляет из-за появления его лекарственно устойчивых форм, а также из-за распространения ранее неизвестных форм. Все чаще медикам приходится сталкиваться с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Эти два социально обусловленных заболевания имеют много общего, взаимно дополняя и усиливая друг друга.

Сегодня о том, чем опасно такое сочетание, наша беседа с заместителем главного врача по медицинской части Челябинского областного противотуберкулезного диспансера, врачом-фтизиатром высшей категории, кандидатом медицинских наук Валентиной ОХТЯРКИНОЙ.

— Валентина Вячеславовна, почему больных СПИДом следует рассматривать как потенциальных больных туберкулезом?

— Дело в том, что туберкулез любит иммунодефицитные состояния, когда организм не защищен. Иммунодефицит бывает обусловлен разными факторами — социальными, медицинскими. Вирус иммунодефицита человека приводит к гибели иммунных клеток, вызывая развитие синдрома приобретенного иммунодефицита. Поэтому эти больные рассматриваются как группа риска по туберкулезу.

У нас в области большая часть этих пациентов дожила до состояния иммунодефицита, то что называется синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД). И самое частое заболевание у них — это туберкулез. Он опережает все СПИД-индикаторные болезни на 2 — 3 года, это мировая статистика. В России туберкулез является ведущей причиной смерти больных ВИЧ-инфекцией. И это для нас новая огромная группа риска.

— То есть эти люди могут как легко заразиться туберкулезом, так и их собственное заболевание может дать проявиться туберкулезу?

— Действительно, пациент с ВИЧ-инфекцией более подвержен риску заразиться при контакте с больным туберкулезом в силу своего сниженного иммунного статуса. Иммунитет при туберкулезе нестерильный, то есть он поддерживается постоянным нахождением в организме микобактерий туберкулеза. Им инфицирована большая часть взрослого населения в нашей стране, но при этом мы не больны. Мы не заболеваем туберкулезом, потому что у нас нормальный иммунный статус. Но как только по различным причинам он начинает снижаться, риск заболеть туберкулезом резко повышается. Это и является главной причиной повышенной заболеваемости туберкулезом пациентов с ВИЧ-инфекцией.

— Туберкулез у ВИЧ-инфицированных больных отличается от обычного?

— Да, есть существенные различия туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, или так называемого «СПИД-ассоциированного туберкулеза». Во-первых, это клинические проявления заболевания. Если при обычном туберкулезе преобладают жалобы на слабость, потливость, кашель, возможно кровохарканье, и все эти симптомы нарастают постепенно, то на поздних стадиях ВИЧ-инфекции клиника очень острая. У больных возникает лихорадка с температурой 38 — 39°С, они худеют на 10, 20, иногда и 30 килограммов, у части пациентов наблюдается увеличение подмышечных или шейных лимфоузлов, и при этом крайне редко отмечается кро-



вохарканье. Во-вторых, есть различия в рентгенологических проявлениях туберкулеза. В-третьих, очень часто наблюдается сочетание туберкулеза легких с туберкулезным поражением других органов (лимфоузлы, кости, суставы, поражение нервной системы) или другими вторичными заболеваниями при СПИДе. Самое неблагоприятное, что даже при такой клинике рентгенологические проявления туберкулеза могут быть минимальными или их может совсем не быть очень долгое время. И если пациент обращается к участковому терапевту, и при этом еще и скрывает, что у него ВИЧ, выявить туберкулез крайне сложно. Обычно эти больные в очень тяжелом состоянии попадают в стационары. Но даже там умудряются скрывать свой ВИЧ-статус.

— Получается, нового подхода требует диагностика?

— Объем обследования пациента формирует врач, поэтому врачам всех специальностей необходимо знать об этих особенностях, в том числе и о рентгенологических признаках заболевания.

— Для этого необходима дополнительная подготовка?

— Мы совместно с областным Центром по профилактике и борьбе со СПИДом эту работу проводим уже на протяжении нескольких лет. Сначала это были совместные семинары для фтизиатров и инфекционистов, и мы очень хорошо слышим друг друга. Сегодня всем понятно, что эту проблему нельзя сконцентрировать только между этими двумя специальностями, и мы активно привлекаем к этой проблеме всех врачей первичного контакта из стационаров и поликлиник. В октябре прошлого года у нас прошла большая конференция на эту тему, куда мы пригласили заместителей главных врачей по медицинской части районных и крупных многопрофильных больниц, чтобы заострить проблему и выработать определенную позицию по обследованию и лечению таких больных.

— Валентина Вячеславовна, вы сказали, что ВИЧ-инфицированные порой скрывают свой статус даже при обращении в больницу. В этом опасность для окружающих, но ведь и для них са-

мих. Или когда у ВИЧ-инфицированного пациента генерализованная форма туберкулеза, ему уже все равно, он обречен?

— Нет, это совершенно не значит, что человек обречен. Напротив, есть такая особенность, что на поздних стадиях ВИЧ-инфекции препараты лучше проникают в организм и быстрее оказывают свое воздействие. А препараты сейчас очень хорошие. Поэтому если человек знает, что у него ВИЧ-инфекция, необходимо своевременно обратиться в областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом к врачам-инфекционистам, которые непосредственно занимаются этим заболеванием. Ни при каких обстоятельствах нельзя скрывать свой ВИЧ-статус, потому что в этом случае обследование идет по другому алгоритму, оно затягивается, и к истинному диагнозу — туберкулезу можно прийти очень поздно. Когда больные своевременно обращаются в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом, их направляют на консультацию к фтизиатру, а затем в случае выявления туберкулеза в противотуберкулезный диспансер, прогноз в плане выздоровления достаточно оптимистичный.

— Есть ли у нас новые методы диагностики для выявления туберкулеза у больных с поздней стадией ВИЧ?

— В настоящее время в нашей области достаточно обновлен парк рентгеновского и лабораторного оборудования, которое играет важную роль в диагностике туберкулеза. Стала более доступной компьютерная томография. Появилась ПЦР диагностика туберкулеза. Что касается препаратов для лечения заболевания, то ими мы обеспечены в достаточном количестве. Все, что нужно для лечения туберкулеза, в нашем арсенале сегодня есть, поэтому важно, чтобы те пациенты, кому это необходимо, до нас дошли как можно быстрее, независимо от наличия или отсутствия у пациента ВИЧ-инфекции. Призываю всех регулярно (желательно не реже одного раза в год) проходить флюорографию, а при необходимости дообследоваться. Все фтизиатры — неравнодушные люди, и они обязательно постараются помочь.

Наталья ИВАНОВА.

## ТУЛЯРЕМИЯ. Меры профилактики



Туляремия — тяжелое инфекционное заболевание, которым болеют люди и некоторые животные: обыкновенные полевки, водяные крысы, ондатры, зайцы, хомяки и прочие мышевидные грызуны. Переносят туляремию многие виды клещей, комары, слепни.

Это природно-очаговое заболевание. Природные очаги связаны с местом обитания определенных видов животных, подверженных заболеванию. На территории природных очагов периодически регистрируются вспышки заболевания среди людей.

Чем опасна туляремия?

Старые земские врачи говорили, что это легкая форма чумы. Заболевание характеризуется повышением температуры до 39 градусов и выше, которая сохраняется до 3 — 4 недель, ознобом, головной болью, болями в мышцах, резким увеличением лимфатических узлов в подмышечных, паховых областях либо на шее. Часто на увеличенном лимфатическом узле появляются язвы. Туляремия имеет и более тяжелые формы: легочную, когда поражаются бронхи и легкие и развивается тяжелейшая пневмония, и септическую, когда возбудитель, прорываясь в кровь, вызывает поражения практически всех внутренних органов.

В последние годы заболеваемость туляремией в России возрастает. На территории Челябинской области имеются 11 природных очагов туляремии, где постоянно регистрируются случаи заболевания животных, что создает риск для заболевания людей. Это Красноармейский, Кунашакский, Аргаяшский, Октябрьский, Чесменский, Варненский, Троицкий, Увельский, Еткульский, Чебаркульский, Сосновский, Брединский районы.

Угроза всегда существует, поэтому необходимо знать о мерах защиты.

Обычно заражение происходит при употреблении инфицированной выделениями больных животных воды и продуктов питания, при укусах клещами, комарами, слепнями, во время сельскохозяйственных работ (например, при переработке овощей), при снятии шкур с больных животных.

Больной человек при данной инфекции не заразен, но заболевание протекает достаточно тяжело, и поэтому считается опасным.

Чтобы уберечь себя от заболевания, нужно:

- защититься от грызунов, уничтожив их в жилищах, садах, складах;
- исключить употребление воды и продуктов, которые могли быть заражены остатками жизнедеятельности грызунов;
- использовать репелленты для отпугивания кровососущих насекомых;
- защищать руки перчатками при проведении сельскохозяйственных работ и уходе за животными.

Если вы проживаете в природном очаге туляремии, то риск заражения для вас возрастает в сотни раз.

Самым надежным средством защиты остается профилактическая прививка. Она проводится живой туляремийной вакциной однократно, накожным методом на наружной поверхности средней трети плеча. Вакцинация обеспечивает формирование стойкой и длительной защиты на 5 — 7 лет.

Помните, это заболевание гораздо легче предотвратить, чем лечить!

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, пр. Ленина, 18. Тел./факс (351) 775-19-11. Отпечатано с оригинал-макета заказчика в ОАО «Челябинский Дом печати», Свердловский проспект, 60. Подписано в печать по графику в 22.00. Дата выхода — 06.04.2014. Заказ № 1297. Тираж 20000 экз. Электронную версию газеты читайте на медицинском портале www.med74.ru