

- ✓ **ГИПЕРТОНΙΑ — БОЛЕЗНЬ ЦИВИЛИЗАЦИИ**
- ✓ **МАЛЯРИЯ**
- ✓ **МНЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА**
- ✓ **АНЕВРИЗМА АОРТЫ**

# НА ЗДОРОВЬЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА

ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Действительно, наступлению весны радуются далеко не все из нас. И не потому, что имеют что-то против теплого солнышка и нежной зелени аллей и скверов, а потому, что именно в эту прекрасную пору начинают безудержно чихать и бесконечно промокать нос. Аллергия — это не только поллиноз или, как ее называют в народе, сенная лихорадка, а и множество других проблем.

О них мы сегодня говорим с главным внештатным специалистом аллергологом-иммунологом Управления здравоохранения г. Челябинска, врачом высшей категории Ириной ЖЕРЕБЦОВОЙ.



— Ирина Александровна, что же такое аллергия?

— Это иммунологическая реакция организма в ответ на повторный контакт с каким-то веществом белковой природы, когда иммунная система начинает работать против себя и разрушать собственные клетки, то есть это реакция разрушения собственных клеток в ответ на внешние факторы.

— Почему один организм воспринимает такой контакт нормально, а второй как встречу с чужеродным веществом, антигеном?

— В принципе у большинства людей контакт с растениями, животными, пылью ничего не вызывает и только у части из них появляется аллергия, это чаще всего связано с генетической предрасположенностью. У людей, генетически не предрасположенных, может появиться аллергическая реакция. К нам иногда приходят пациенты, у которых в возрасте 50 лет впервые появляется аллергия на пыльцу деревьев — поллиноз, и здесь существует взаимосвязь с рядом других факторов, влияющих на возникновение аллергии.

— Каких же?

— Это урбанизация, то есть рост в городах промышленности, изменение характера питания, состояния самого организма. Развитие болезни вызывает не один какой-то фактор, а их определенный комплекс. И все это связано с иммунитетом.



## ВЕСНА — ПОРА АЛЛЕРГИКОВ

— Самый распространенный вид аллергии — это все-таки поллиноз? Каковы его основные признаки?

— Поллиноз проявляется аллергическим ринитом, конъюнктивитом, крапивницей, бронхиальной астмой в ответ на пыльцевые аллергены. Наиболее частым его проявлением, конечно же, является аллергический ринит. До 40 процентов населения в мире страдает аллергическим ринитом, в России — каждый четвертый житель. Пыльцевая аллергия распространена не более других форм аллергии, но проявляется сильнее. Например, течение аллергии на домашнюю пыль волнообразно, люди при этом могут даже не обращаться к доктору, а справляться сами. У пациентов с пыльцевой аллергией цветение вызывает бурную аллергию, клинические проявления у них сильные, и без врачебных назначений не обходятся. Другими типичными признаками пыльцевой аллергии является реакция слизистой глаз и кожи, через слизистую носа аллергены могут проникать в бронхи, отсюда может развиваться и бронхиальная астма.

— Миную стадию аллергического ринита?

— Да, при сильном контакте с аллергеном могут первыми появиться приступы бронхиальной астмы. Эти проявления индивидуальны у каждого пациента, у кого-то начинается с ринита, а у кого-то с астмы. Реакция сильнее там, где есть так называемый шоковый орган. По пословице «где тонко, там и рвется» ринит с астмой вообще всегда яв-

дом, как близнецы-братья. У людей, имеющих генетическую предрасположенность, как правило, после тяжелого аллергического ринита, если его не лечить, в течение 5 — 7 лет развивается бронхиальная астма.

— От чего еще зависит, развивается ли пыльцевая бронхиальная астма или нет?

— От размера пыльцы и ее количества. Бывают годы с особо бурным весенним цветением, и большое количество пыльцы в воздухе может спровоцировать возникновение бронхиальной астмы. В Челябинске пока не определяют уровень пыльцы в воздухе, а можно было бы заранее через СМИ предупредить наших пациентов о «пыльцевой буре», чтобы они могли ограничить передвижение и принять какие-то меры предосторожности. Планируется и у нас в городе такую пыльцевую ловушку установить, но есть определенные технические требования, затрудняющие ее установку.

Аллергия развивается на ту пыльцу, которой больше всего в данном регионе, у нас это в основном береза, мятлик, полынь. Кстати говоря, меняются подходы к лечению аллергенами. Если раньше подбирали аллергены против только той березы, которая произрастает в России, то сейчас международными исследованиями выявлено несколько наиболее активных участков аллергенов березы и получен аллерген, которым можно лечить и в России, и во Франции, и в любой стране мира.

— Как проявляется бронхиальная астма?

— Основным симптомом бронхиальной астмы является бронхоспазм, то есть резкое сужение дыхательных путей с выработкой очень густой слизи и отеком. Сейчас изучаются и внедряются в практику персонализированные подходы к лечению бронхиальной астмы. Математически проведен кластерный анализ и выявлены пять основных типов этого заболевания. В каждом типе существуют подтипы, которые зависят от вида воспаления, пола, возраста возникновения астмы, сопутствующих заболеваний, наличия ожирения, курения, лекарственной непереносимости и т. д. Сейчас в астмологии это изучается, и скоро получим индивидуальные планы лечения и профилактики для каждого подтипа астмы, что значительно улучшит качество лечения.

— Ирина Александровна, еще одна проблема современности — пищевая аллергия. О ней говорится сегодня немало, но мало кто знает, как распознать истинную пищевую аллергию...

— Проблема пищевой аллергии касается в основном детей и подростков. У взрослых она встречается очень редко, потому что со временем иммунная система в пищеварительном тракте совершенствуется, начинают вырабатываться определенные защитные вещества и окончательно созревает желудочно-кишечный тракт. Чаще всего пищевой аллергией называют не истинную аллергию, а любую реакцию на пищевой продукт. Есть продукты, которые плохо перевариваются и в процессе перевари-

вания выделяют вещество гистамин, он и является основным медиатором аллергической реакции. Если у человека нарушено пищеварение, имеется ферментопатия или дисбактериоз кишечника и в нем нет лактобактерий, которые этот гистамин уничтожают, то возникает реакция. Например, съел человек на голодный желудок плитку шоколада — у него появились высыпания и кожный зуд. Это не аллергия на шоколад, а плохое переваривание гистамина на фоне каких-то заболеваний. Истинная же пищевая аллергия бывает в основном у детей.

— Обусловлена ли она неготовностью детского желудочно-кишечного тракта к восприятию каких-то продуктов в силу неразвитого иммунитета?

— Именно так. Чаще всего у детей бывает аллергия на молоко, орехи, мясо, то есть на белок. Замечу, что к орехам вообще нужно осторожно относиться, так как они еще имеют перекрестную непереносимость с пыльцой деревьев — перекрестная пищевая аллергия.

Вообще же у меня свое отношение к пищевой аллергии. Организм всегда сам знает, что ему нужно, и если ему что-то не подходит, надо это из рациона исключить. Сейчас на этикетках практически всех продуктов печатается состав, его надо изучать, прежде чем приступать к употреблению. Вопрос пищевой аллергии — истинной аллергии — очень сложный и заслуживает отдельного разговора.

Окончание на 2-й странице.



Телефон (351) 775-19-11

## ВЕСНА — ПОРА АЛЛЕРГИКОВ

*Окончание. Начало на 1-й странице.*

— Ирина Александровна, ваш кабинет занимается и предсезонной подготовкой аллергиков. В чем она заключается?

— За две недели до цветения мы назначаем соответствующую терапию. Других методов доказательной медицины для эффективности предсезонной терапии на сегодня нет, но некоторые пациенты предпочитают подготовиться по-другому, применяют иглорефлексотерапию, гомеопатические препараты. Это дополнительные, но не основные методы подготовки к сезону цветения, и если количество пыльцы значительное, то эффективность такого лечения невысока. Иногда эффективной бывает и психотерапия, ведь человек внушаем и самовнушаем.

— Каковы основные методы противоаллергической терапии, излечимо ли это заболевание?

— Это заболевание хроническое, проявления в той или иной форме возникают в течение всей жизни. Аллергия имеет возрастные особенности: к старости чаще всего она проходит, у человека, страдающего поллинозом, к 60 годам проявления уменьшаются до незначительных.

Что касается лечения, единственный метод, который приостанавливает аллергию и дает хороший эффект — это, конечно, аллергенспецифическая иммунотерапия. По разным данным ее эффективность к окончанию курса — до 90 процентов, а ремиссия продолжается от 7 до 10 лет. Мы проводим три, иногда пять курсов такой терапии в течение 3 — 5 лет, эффект держится 7 — 10 лет. Проявления будут, если, образно говоря, человек сунет нос в полынь, а в остальном качество жизни наших пациентов меняется существенно, в том числе и при бронхиальной астме. Наш кабинет работает уже около 20 лет, и могу сказать, что многие пациенты из тех, кому проводили лечение аллергенами, к нам уже не приходят.

Появились и новые методы аллергенспецифической терапии. Если раньше использовался только инъекционный, то сейчас есть сублингвальный — подъязычный метод, очень безопасный и разрешенный детям с пятилетнего возраста.

— Каков сегодня порядок оказания аллергопомощи? К кому следует обращаться сначала?

— Существует приказ Министерства здравоохранения РФ по порядку оказания помощи пациентам с аллерго-иммунопатологией, на основании которого издан приказ Управления здравоохранения г. Челябинска, по которому пациенты разных лечебных учреждений прикреплены к какому-то одному кабинету. К нашему кабинету прикреплено население Металлургического района. Прежде чем попасть на прием, необходимо пройти минимум обследований у участкового терапевта или врача общей практики и уже с направлением установленной формы обратиться к нам. Срок ожидания приема врача аллерголога-иммунолога у нас не более недели.

— Ирина Александровна, за весной придет лето, и начнутся проблемы... с солншком. Аллергия на солнце действительно существует?

— Да, иногда встречаются аллергические проявления на ультрафиолетовое излучение, но чаще всего мы их определяем как фототоксические дерматиты. Такие же поражения кожи могут быть при приеме некоторых лекарственных препаратов. В аннотации к ним отмечено противопоказание ультрафиолетового излучения. Есть химические вещества, которые входят в шампуни, мыла, косметические средства, которые при контакте с солнцем могут давать аллергическую реакцию на коже. Есть еще некоторые заболевания, которые могут вызывать кожные реакции на ультрафиолетовое излучение, чаще всего это заболевания печени. К сожалению, полностью предотвратить эти реакции невозможно, но вполне реально эти проявления уменьшить, обратившись к аллергологу. Кроме того, сейчас у нас много специальных кремов с высоким солнцезащитным индексом — более 30, возможен профилактический прием некоторых препаратов (сорбентов, ферментов) перед выездом на отдых. Будьте к себе внимательны, и тогда ненужные проблемы не омрачат вашу жизнь и не помешают планам.

**Наталья ИВАНОВА.**

# 12 МАЯ — ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

ОТМЕЧАЕТСЯ ЕЖЕГОДНО С 1974 ГОДА, ПРОВОДИТСЯ ПОД ЭГИДОЙ МЕЖДУНАРОДНОГО СОВЕТА МЕДСЕСТЕР. ДАТА 12 МАЯ ВЫБРАНА НЕ СЛУЧАЙНО, В ЭТОТ ДЕНЬ РОДИЛАСЬ ФЛОРЕНС НАЙТИНГЕЙЛ, СТАВШАЯ ВПОСЛЕДСТВИИ СЕСТРОЙ МИЛОСЕРДИЯ И ОБЩЕСТВЕННЫМ ДЕЯТЕЛЕМ ВЕЛИКОБРИТАНИИ

**Сестрами милосердия или «белыми голубками» называли женщин, которые посвящали себя тяжелому, но прекрасному делу — служению больным людям. Эти женщины, воспринимающие помощь ближнему как свой долг, а чужую боль как свою, способны были вынести самые суровые испытания, сохранив при этом человечность и доброту.**

**Профессионализм, душевность и доброта — основные требования, предъявляемые человеку и сегодня, выбором которого стала эта благородная профессия.**



**Именно этими качествами обладает Зоя Сергеевна СВИНИНА — процедурная медицинская сестра МБУЗ ГКБ № 6 со стажем работы более 40 лет, ветеран труда.**

Она с детства знала, что профессиональным выбором станет медицина, в мечтах видела себя врачом. Еще учась в школе, на выпускных экзаменах написала сочинение, в котором так красочно представила работу врача, что получила за него «отлично».

Однако жизнь сложилась так, что нужно было помогать семье, да и в медицинский институт тогда было очень сложно поступить, пришлось остановить свой выбор на профессии медицинской сестры, но Зоя Сергеевна никогда не жалея об этом. В 1972 году поступила в медицинское училище на сестринское отделение. После его окончания пришла работать процедурной медицинской сестрой в ГКБ № 6. Зоя Сергеевна — виртуоз в своем деле. В ее практике не было такого случая, чтобы не удалось попасть в вену больного. Самых сложных пациентов со скрытыми, тонкими венами отправляют именно к ней. Работа процедурной медицинской сестры ответственная, требует не только мастерства, но и чуткого отношения к больным. Принимая в день большое количество больных (особенно много работы в весенне-осенний се-

зон), Зоя Сергеевна старается забывать о собственных проблемах, понимая, что ее настроение ни в коем случае не должно отражаться на пациентах.

Попав в дружный коллектив, сразу активно включилась в общественную жизнь больницы, она и сегодня старается быть в центре событий. Зоя Сергеевна пользуется большим авторитетом среди коллег, охотно делится своим профессиональным опытом с начинающими медицинскими сестрами. Все медицинские сестры, приходящие на участок, обязательно обучаются у нее профессиональному мастерству. Задача Зои Сергеевны — научить их профессионально делать инъекции, особенно внутривенные. «Вену нужно чувствовать», — говорит Зоя Сергеевна. Лишь обучив этому своих подопечных, она может быть спокойна.

Зоя Сергеевна — садовод-любитель. Как только наступают теплые дни, уезжает в сад, обеспечивая семью соленьями и вареньем. Воспитала хорошего сына, он юрист по профессии. С нетерпением ждет внуков, для которых, можно не сомневаться, станет прекрасной бабушкой.

**Ж. КИСЕЛЕВА.**

**Ольга Леонидовна ТРАПЕЗНИКОВА — медицинская сестра ДГБ № 5.**

В медицину пришла будучи уже зрелым человеком. С детства она влюблена в эту профессию, часто еще ребенком была пациенткой этой поликлиники. И всегда здесь встречали приветливой улыбкой, перед вниманием и добротой людей в белых халатах отступали все болезни.

Первоначальная специальность Ольги Леонидовны — «Оператор электронных машин». Замужество, заботы о детях заставили на время забыть о своей мечте. Так сложилось, что ее дети тоже посещали эту поликлинику. Приходя с ними на прием, она видела все ту же доброту и внимание. Когда дети выросли, в возрасте 33 лет Ольга Леонидовна пришла работать в поликлинику сначала санитаркой, затем регистратором. Главный врач поликлиники Елена Владимировна Тюрина заметила способную сотрудницу и настоятельно советовала ей учиться дальше.

Ольга Леонидовна очень боялась, что не сможет сдать вступительные экзамены. И напрасно. С этим она справилась прекрасно, хорошо сдала химию и биологию и стала студенткой Челябинского медицинского колледжа. В 2005 году успешно закончила его и пришла работать в родную поликлинику. Ольга Леонидовна гармонично влилась в коллектив, активно занимается общественной работой, пользуется уважением коллег.

Хотя Ольга Леонидовна работает медицинской сестрой сравнительно недавно, но уже успела зарекомендовать себя как человека ответственного, доброжелательного, любящего детей. Ей доверяют самых маленьких пациентов. Ее основная задача —



научить неопытных родителей заниматься здоровьем детей. Как закалять малыша, делать ему массаж, кормить грудью, вводить прикормы, отучать от соски или бутылочки, приучать к горшку — истины, помогающие родителям растить детей здоровыми и счастливыми.

По стопам Ольги Леонидовны пошла и ее дочь Елена. Окончив фельдшерское отделение Челябинского медицинского колледжа, выбрала непростую и ответственную работу фельдшера скорой помощи. Любит

свою работу, прекрасно с ней справляется.

Ольга Леонидовна очень любит путешествовать, предпочитая отдых за границей изучение красот родного края. Большая рукодельница — увлекается вышивкой, прекрасно вяжет.

Редакция газеты «На здоровье» поздравляет медицинских сестер с профессиональным праздником, желает им здоровья, семейного благополучия, успехов в нелегком труде.

**Ж. КИСЕЛЕВА.**



# ГИПЕРТОНИЯ — БОЛЕЗНЬ ЦИВИЛИЗАЦИИ

14 МАЯ — ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БОРЬБЫ С ГИПЕРТОНИЕЙ



**У меня гипертония, высокое давление... часто слышим мы от своих друзей и знакомых, но редко задумывается о том, насколько серьезно это заболевание. Да и сами больные порой недооценивают тяжесть состояния угрожающей им опасности, пока, как говорится, гром не грянет. А гром — это гипертонический криз, заставляющий пересмотреть отношение к болезни и заняться своим здоровьем.**

**Об этом заболевании мы беседуем с врачом-терапевтом ГКП № 8 Мариной Александровной ВЕРХОРУБОВОЙ.**

— **Марина Александровна, разовый скачок давления до высоких цифр говорит о наличии гипертонии или для постановки диагноза этого недостаточное?**

— Гипертония — это диагноз не единичного факта повышения артериального давления, а стабильного его повышения. Однако резкий скачок давления должен заставить задуматься о причинах, приведших к нему, понять, почему человек так реагирует на стресс, изменение погоды или физическую нагрузку. Вот, например, сегодня на прием пришел молодой человек с давлением 200/120. Как выяснилось, давление и раньше повышалось, но к врачам он не обращался. Прежде чем определиться с диагнозом и начать лечение такого больного, мы направляем его на полное обследование.

— **Что включает в себя диагностическое обследование таких больных?**

— В отношении гипертонической болезни было проведено множество исследований, принято много регламентирующих документов. Периодически они меняются, связано это с усовершенствованием медицинского оборудования, значительно расширившего возможности диагностики.

Например, последние годы пациенты в обязательном порядке сдают не только общий анализ мочи, но и на скрытый белок (микроальбуминурия). Этот анализ достоверно показывает наличие патологического процесса в почках. При этом артериальное давление может быть и не высоким, а осложнение уже наличию.

Если раньше ориентировочным методом на наличие поражения органов-мишеней была электрокардиограмма, то сегодня с помощью эхокардиографии можно по размерам камер сердца определить стадию гипертонической болезни. Мы также можем выявить степень развития атеросклероза, видеть состояние сонной артерии, определять наличие бляшек и т. д. Но не стоит думать, что патологические изменения со стороны органов-мишеней встречаются только у людей с высо-

ким артериальным давлением, к их поражению может приводить даже небольшое повышение давления.

— **Гипертоническая болезнь, как и любое другое заболевание, проходит определенные стадии развития?**

— При первой стадии факт повышения артериального давления есть, но отсутствует поражение органов-мишеней. При второй могут выявляться признаки поражения жизненно важных органов: гипертрофия левого желудочка сердца, утолщение стенок аорты, сонных артерий, выявляются атеросклеротические бляшки, поражаются почки.

Третья стадия характеризуется такими осложнениями, как ишемическая болезнь сердца, хроническая почечная недостаточность, сердечная недостаточность, инсульт, инфаркт миокарда и т. п.

— **Кто в первую очередь попадает в группу риска?**

— Один из факторов риска гипертонической болезни — наследственность. Поэтому при опросе больного врач обязательно интересуется, страдали ли от гипертонии его ближайшие родственники. К факторам риска также относится высокое давление у пожилых людей, мужчины старше 55 лет и женщины старше 65, курение, сахарный диабет, ожирение, повышение холестерина крови.

В группу риска также попадают люди, злоупотребляющие солью. Человек, досаливающий пищу, предвременно даже не попробовавший ее, является потенциальным гипертоником.

— **Какая роль в развитии гипертонической болезни отводится физическим нагрузкам?**

— Гипертонию не случайно называют болезнью цивилизации. Ее развитие связано не только с питанием (мы не стали есть больше, чем наши предки, изменилась структура продуктов), а в большей степени с гиподинамией. Современный человек, к сожалению, ведет малоподвижный образ жизни, практически не ходит пешком.

— **Признаки, по которым можно заподозрить гипертонию...**

— Самый главный признак — это

повышение артериального давления. Головная боль, сердцебиение, одышка бывают и при других заболеваниях, поэтому не являются показательными признаками. При головной боли первое, что нужно сделать — это измерить артериальное давление и только после этого принимать лекарство.

Аппараты для измерения давления сегодня стали доступны всем, каждый человек может контролировать свое артериальное давление самостоятельно.

— **Чем опасна гипертония?**

— Повышенное артериальное давление является главной причиной быстрого изнашивания кровеносных сосудов, почек и мышцы сердца. Кроме того, повышение давления до высоких цифр может привести к развитию такого осложнения, как гипертонический криз. Он может быть как неосложненным, так и осложненным. При неосложненном человек может помочь себе самостоятельно, при осложненном требуется экстренная медицинская помощь.

— **Какие симптомы свидетельствуют о кризе?**

— Криз развивается при резком подъеме артериального давления. Сопровождается вегетативными проявлениями: головной болью, головокружением, сердцебиением, мельканием мушек перед глазами, тошнотой, рвотой, покраснением лица, чувством страха смерти и т. д.

— **Как лечится гипертония?**

— Первым шагом в лечении этого заболевания является диета и изменение образа жизни. Второй шаг — применение лекарственных препаратов, снижающих артериальное давление. Ни в коем случае нельзя заниматься самолечением. Только врач может определить, какое лекарство подходит вам и в какой дозе его принимать. Помните, что гипертонию нужно лечить постоянно. Не прерывайте лечение при улучшении самочувствия. Прекращение приема гипотензивных препаратов вновь ведет к повышению артериального давления и развитию осложнений.

— **Можно ли научить больного управлять заболеванием?**

— Задача врача-терапевта заключается в подборе терапии, позволяющей уменьшить количество кризов и смягчить их течение. Кроме того, мы обучаем пациентов в школе здоровья по артериальной гипертонии самостоятельно контролировать заболевание.

Ж. КИСЕЛЕВА.

Телефон (351) 775-19-11

## АНЕВРИЗМУ АОРТЫ МОЖНО ПРЕДОТВРАТИТЬ

В последние годы сосудистые заболевания носят массовый характер, угрожая не только здоровью, но и жизни трудоспособного населения. При этом ишемическая болезнь сердца как причина смерти и инвалидности занимает первое, а инсульт четвертое место во всем мире. Все чаще атеросклероз сосудов приводит к развитию такого грозного осложнения, как аневризма брюшной аорты.

Однако сегодня успешное развитие сосудистой хирургии позволяет изменить неблагоприятную ситуацию. Своевременное обращение к специалистам, высокий уровень диагностической и хирургической помощи помогают предотвратить прогрессирование этого заболевания, считает заведующий отделением сосудистой хирургии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», врач-ангиохирург высшей категории, доктор медицинских наук Владимир Владимирович ВЛАДИМИРСКИЙ.



По статистике ежегодно в России инсульт развивается у 500 тысяч человек. И, к сожалению, эта цифра из года в год остается стабильной. Несмотря на принимаемые меры, открытие специализированных центров и наличие высокотехнологичного оборудования, по этим показателям мы остаемся лидерами во всем мире. Неутешительны также цифры по инфарктам миокарда.

Необходимо отметить, что инсульты и инфаркты являются преимущественно следствием атеросклероза, поражающего артерии сердца, головного мозга, нижних конечностей и т. д.

Одно из таких заболеваний — аневризма аорты. Аорта — это самый крупный сосуд в организме человека диаметром 2 — 2,5 см, отходящий от левого желудочка сердца, проходящий через грудную клетку (верхний отдел) и брюшную полость (нижний отдел аорты). Причины развития аневризмы могут быть различными, но чаще всего это атеросклероз, повышенное артериальное давление, курение. При этом происходит истончение стенок аорты. Под давлением крови аорта начинает расширяться, выбухать, в итоге создается угроза ее разрыва. Аневризма размером менее 5 см не подлежит хирургическому вмешательству. Такие больные находятся под наблюдением сосудистых хирургов с обязательным прохождением УЗИ или компьютерной томографии не реже 1 раза каждые полгода. Дальнейшее ее увеличение (более 5 см) является показанием для операции. Медлить в этих случаях нельзя, так как разрыв аорты и массивное внутреннее кровотечение неизбежно приведут к смерти больного.

Коварство этого заболевания заключается в том, что довольно длительное время больной жалоб не предъявляет. Часто такие пациенты даже не догадываются об имеющейся серьезной проблеме со здоровьем. Периодически их могут беспокоить боли в животе или позвоночнике, ощущение пульсации в животе. Разрыв аорты чаще всего приводит к развитию тяжелого шока и гибели человека. Летальность при разрывах аорты составляет 75 процентов. В редких случаях больных удается спасти.

Аневризма брюшной аорты часто выявляется случайно, например, при проведении УЗИ, когда больной поступает с жалобами на боли в животе. Существуют и более точные методики — компьютерная томография, магниторезонансная томография и ангиография.

В последние годы эндоваскулярные вмешательства становятся реальной альтернативой полостным операциям у пациентов с тяжелыми пороками сердечно-сосудистой системы.

Освоены они и хирургами нашего отделения: проводятся самые передовые малоинвазивные методики, вплоть до восстановления проходимости полностью закрытых сосудов, успешно оперируются некоторые врожденные пороки сердца. Это сложные диагностические и рентгенохирургические вмешательства, такие как коронарография, церебральная ангиография, селективная ангиография всех отделов, артерий и вен, диагностика сложных пороков сердца. Из эндоваскулярных вмешательств выполняется ангиопластика и стентирование коронарных артерий, ангиопластика и стентирование магистральных артерий и висцеральных ветвей брюшной аорты и т. д.

При аневризме брюшной аорты применяем два метода лечения. Первый — хирургическое вмешательство с использованием специального сосудистого протеза. Второй — альтернатива операции, применяемый последние 10 лет бескровный метод — эндопротезирование аорты, когда через минимальный разрез в аорту вводится стент, закрывающий аневризму. Это вмешательство больные переносят достаточно легко, оно менее опасно, чем прямая операция.

Кроме того, специалистами отделения выполняются одномоментные эндоваскулярные вмешательства в сочетании с открытыми артериальными реконструкциями. Сегодня все усилия врачей кардио- и сосудистых хирургов направлены на снижение травматичности оперативных вмешательств, операционного риска, болевого синдрома и времени послеоперационного восстановления пациента.

Ж. КИСЕЛЕВА.



Телефон (351) 775-19-11

# МНЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА



ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕНА КРИТЕРИИ АНЕМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И ПОЛА. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА КРОВИ МЕНЕЕ ПРИНЯТЫХ ВЕЛИЧИН, ТО ГОВОРЯТ ОБ АНЕМИИ.

**Все анемии, в том числе железодефицитная, проявляются множеством симптомов. Они могут быть неспецифичными, встречаться и при других заболеваниях, не сопровождающихся анемией. Каждый пациент имеет свой набор симптомов, но, по мере нарастания малокровия, количество этих признаков и их выраженность увеличиваются.**

**О** наличии заболевания говорит общая слабость, быстрая утомляемость, пониженное настроение, снижение концентрации внимания, одышка и сердцебиение при нагрузке, продолжительная головная боль, головокружение и даже обмороки (особенно в душном помещении или при резкой перемене положения тела), шум в ушах, нарушение сна (чаще сонливость), аппетита (чаще его снижение), снижение либидо, при выраженной анемии или при наличии сопутствующих заболеваний развивается сердечная недостаточность. Ведущим из этих признаков является общая слабость.

Любая анемия сопровождается бледностью кожных покровов и видимых слизистых (губ, слизистой рта, конъюнктив). Поэтому опытный врач без труда, при первом взгляде на пациента может заподозрить малокровие. К сожалению, сами пациенты, страдающие продолжительное время любимым видом анемии, редко обращают внимание на этот симптом. Чаще им об этом говорят их родственники и окружающие.

Так как более 80 процентов всех анемий бывает из-за недостатка железа (железодефицитные), врач выясняет, есть ли у пациента признаки нехватки железа. Беседа с пациентом позволяет выявить три разновидности этих клинических признаков (они могут быть представлены в любом сочетании или поодиночке). Во-первых, это непреодолимое пристрастие к употреблению некоторых веществ: мел (к его разновидностям можно отнести таблетки кальция глюконата, разные виды глины, известь, штукатурка, творог или сыр в больших количествах), лед, земля, семечки подсолнуха с кожурой, лимоны с кожурой в большом количестве, соевые огурцы, сырой мясной фарш, сырое тесто, деревянные карандаши и даже гранулированный корм для домашних животных. Во-вторых, пристрастие к некоторым резким запахам: бензина, дизельного топлива, различных красителей, ацетона, мокрого бетонного пола, земли после дождя, резиновых изделий. И, в-третьих, признаки «рыхлости, непрочности соединительной ткани»: сухость кожи; слоистость и ломкость ногтей (вплоть до грубой их деформации по типу ложкообразного вдавления); выпадение и истончение волос, секущиеся кончики; частое возникновение трещин в уголках рта (так называемые «заеды»), особенно легко возникающих и трудно проходящих в зимнее время года; очень частый симптом — голубая окраска склер («белков глаз»); слабый выделенный мочи (при нагрузке, кашле, смехе); значительные разрывы промежности в родах у женщин (даже если плод не крупный!) и длительное «заживление» родовых путей или послеоперационных ран. Последняя группа симптомов связана с тем, что все белки соединительной ткани человека (эта ткань составляет основу наших волос, ногтей, кожи, хрящей и даже мышц) по биохимическому строению представляют собой «железобетон», то есть скрученные в прочные жгуты белки соединительной ткани у здорового человека богаты пропитаны железом, что и придает им прочность. При нехватке железа все виды соединительной ткани лишаются этой прочности, представляя собой рыхлый бетон.

Во всех этих случаях диагноз малокровия подтверждается или исключается результатами общего анализа крови. После постановки диагноза назначается лечение, предусматривающее:

- Устранение или/и уменьшение хронических кровопотерь.
- Диету с большим содержанием железа.
- Длительный контролируемый прием препаратов железа внутрь не только для устранения анемии (малокровия), но и для восполнения утраченных запасов железа в организме.
- Назначение инъекционных препаратов железа при неэффективности лечения таблетированными препаратами, растворами или сиропами.
- Переливание донорской крови при жизнеугрожающих состояниях для устранения тяжелых форм железодефицитной анемии.

Без устранения или уменьшения хронических кровопотерь, которые очень часто являются виновниками железодефицитной анемии, рассчитывать на излечение малокровия с помощью даже самых современных препаратов железа нельзя. Если имеется хронический кровотокающий геморрой, без лечения у проктолога (чаще хирургического) справиться с анемией невозможно. Если это частые носовые кровотечения, то необходима помощь ЛОР-врача. Все-

такие частыми виновниками железодефицитной анемии у женщин являются гинекологические кровотечения.

Поскольку с пищей у человека может поступить за сутки не более 2 мг железа, то одной диетой, даже с самым богатым содержанием пищевого железа животного происхождения, вылечить железодефицитную анемию нельзя. Да, полноценное питание обязательно должно содержать достаточное количество гемового железа. Мы получаем его с мясом, птицей, рыбой, морепродуктами. Эти продукты важны для профилактики дефицита железа. В случае же, когда у пациента уже имеется анемия, без назначения препаратов железа не обойтись. Эти препараты обеспечивают усвоение за сутки примерно 10 мг железа, что позволяет устранить малокровие.

Поскольку железодефицитная анемия чаще всего возникает и развивается в течение длительного времени (месяцы и годы), то и лечение ее займет тоже несколько месяцев. Природой задумано, чтобы мы получали железо с пищей, значит, наиболее физиологично, если препараты железа будут попадать в организм человека в виде таблеток, сиропов или растворов, всасываясь в кишечнике. Суточная доза делится на два приема (утром и вечером).

На современном этапе развития медицины для лечения дефицита железа применяются препараты, содержащие трехвалентное железо. Они подобны по химическому строению железу, которое мы получаем с животными продуктами. Трехвалентное железо всасывается в кишечнике постепенно, плавно, и это не зависит от других медикаментов и продуктов питания. В результате слизистая желудочно-кишечного тракта не повреждается лекарством, очень редко проявляются побочные эффекты (металлический вкус во рту, окрашивание зубов в черный цвет, боли в животе, тошнота, различные нарушения стула — чаще запоры). Всех этих преимуществ лишены препараты с двухвалентным железом, которые в организме человека ведут себя агрессивно, вызывая множественные побочные эффекты, которые вынуждают пациентов прекращать лечение.

В том случае, когда диагноз анемия подтвержден, с лечением лучше не затягивать. Победить болезнь реально, но не пытайтесь заниматься самолечением. Правильную терапию может назначить только специалист, врач-гематолог.

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

## МАЛЯРИЯ

Малярия — это древнейшее инфекционное заболевание человека, проявляется приступами лихорадки, повышением температуры тела до 40 — 41 градуса Цельсия, анемией, увеличением печени и селезенки. Возбудителем являются малярийные плазмодии, проникающие в организм человека через укусы комаров рода *Anopheles*.

В начале XX века в нашей стране ежегодно выявлялось около 120 тысяч больных. В середине века были созданы эффективные противомаларийные химические препараты и инсектициды, принята Всемирной ассоциацией здравоохранения «Программа глобальной ликвидации малярии», реализация которой способствовала снижению заболеваемости вдвое. К 1960 году эта инфекция у нас была практически ликвидирована.

Но, несмотря на неоспоримые достижения современной медицины в борьбе с инфекционными заболеваниями, эпидемиологическая ситуация по малярии остается очень сложной. Около ста стран мира остаются эндемичными по этой инфекции. Ежегодно в мире малярией болеет до 500 млн человек, более 1 миллиона из них погибает. Остаточные очаги малярии до настоящего времени существуют в Таджикистане, Узбекистане, Кыргызстане и Азербайджане.

Миграционный поток населения из стран дальнего и ближнего зарубежья до 30 тысяч человек ежегодно, в том числе из эндемичных по малярии территорий, завоз случаев малярии в сезон передачи инфекции при высокой численности малярийных комаров, при недостаточном объеме профилактических мероприятий создают реальную угрозу возникновения и распространения малярии среди населения области.



Люди нашей климатической зоны могут заразиться малярией, выезжая в эндемичные по малярии страны, или получить инфекцию от укуса комара, который «заразился» малярийным плазмодием при кровососании прибывшего комара рода *Anopheles* в нашем регионе достаточно высоко. Температурные условия и наличие большого количества заросших растительностью водоемов способствуют их развитию.

Следовательно, при стечении определенных обстоятельств, а именно: наличии большого малярийного комара этого рода возможно возникновение местных случаев малярии, что и произошло в 1998 и 1999 годах, когда заболели пять жителей области, которые не выезжали за ее пределы.

В настоящее время остается актуальным проведение учета водоемов, определение необходимого объема мероприятий по предупреждению выплода гнуса, в том числе и малярийных комаров. Руководителям предприятий и учреждений необходимо вести работы по благоустройству водоемов, расположенных на подведомственной территории. Туристические организации должны обеспечивать исчерпывающей информацией туристов, выезжающих в эндемичные по малярии страны.

Чтобы предупредить себя от возможного заражения малярией, необходимо выполнять следующие рекомендации:

- Лицам, выезжающим в страны, эндемичные по малярии, следует проконсультироваться о приеме химио-профилактических препаратов с врачом-инфекционистом за месяц до выезда.
- При любом недомогании и подъеме температуры после возвращения срочно обратиться к врачу и сообщить о сроках пребывания в странах субтропического и тропического пояса и приеме данных препаратов, а также дальнейшего наблюдения в течение 3-х лет.
- В летний период жителям области нужно засечивать окна, двери и балконы своих домов, пользоваться репеллентами, чтобы избежать укусов комаров.

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 — 08.05.2014. Заказ № 1918. Тираж 20000 экз. Электронную версию газеты читайте на медицинском портале [www.med74.ru](http://www.med74.ru)