



Современное состояние здоровья населения и реформы здравоохранения в Российской Федерации выдвигают в число неотложных задач повышения уровня и качества медико-санитарной помощи, уровня квалификации и эффективности деятельности врачей в условиях сокращения бюджетных ассигнований на здравоохранение и распространения страховой медицины. В этой связи становится необходимым переход на новый методологический уровень медицинской помощи с использованием быстро развивающихся высоких технологий.

Большие перспективы в этом плане открывает использование телемедицинских технологий, включающих лечебно-диагностические консультации, управленческие, образовательные, научные и просветительские мероприятия в области здравоохранения, реализуемые с применением телекоммуникационных технологий.

Возможность передачи на большие расстояния сложных медицинских данных, включая статические и подвижные (видеозаписи) изображения, позволила поставить во всей полноте задачу обеспечения медицинской помощи в условиях, когда пациент и врач-консультант могут находиться в произвольных точках Земного шара. Существует множество ситуаций, в которых это становится необходимым. Это и получение консультаций в сложных случаях у высококвалифицированных специалистов узкого профиля. Это и работа бригад врачей в зонах чрезвычайных ситуаций. Это и помощь пациентам, находящимся в труднодоступных местах — на заполярных и морских нефтяных промыслах, на судах в открытом море, на удаленной метеостанции, — короче говоря, во всех случаях, когда по каким-либо обстоятельствам невозможно свести в одном месте пациента и необходимых врачей-специалистов.

Телемедицинские технологии — это лечебно-диагностические консультации, управленческие, образовательные, научные и просве-

Телемедицина

дительские мероприятия в области здравоохранения, реализуемые с применением телекоммуникационных технологий («медицина на расстоянии»).

Работы по дистанционной передаче медицинской информации проводились в СССР (Россия) уже с конца 60-х годов. Проблема создания и эксплуатации универсальных телемедицинских систем исторически была неразрывно связана с космической медициной, имеющей большой опыт в разработке и применении биотелеметрических систем. Затем встал вопрос о внедрении в практическую деятельность уникальных технологий, используемых в медицинском обеспечении пилотируемых космических полетов.

Телемедицина, будучи с формальной точки зрения прямым продолжением существовавшей ранее дистанционной диагностики, развивается на качественно иной техноло-



гической основе и предполагает возможность диалога между специалистами, включая анализ статической (рентгенограммы, ЭКГ, ЭЭГ и др.) и динамической (видео- и аудиофрагменты) информации о больном. Возможность совместного обсуждения всего комплекса медицинских данных предоставляет система видеоконференц-связи

(ВКС), обеспечивающая аудио-, видеообмен в реальном времени.

Первым крупномасштабным применением телемедицинских методов в России по праву считается осуществленный под эгидой советско-американской рабочей группы по космической биологии и медицине телемедицинский «мост», позволивший провести более 300 клинических консультаций пострадавших от землетрясения в Армении в 1988 г. и взрыва газопровода в Уфе в 1989 г. Он включал одно-временную аудио-, видео- и факсимильную связь между зонами бедствия, московскими клиниками и четырьмя ведущими медицинскими центрами США.

Медицинская отрасль информатики, образовавшаяся как научно-практическое направление в результате внедрения информационных технологий в одну из древней-



ших областей человеческой деятельности, сегодня становится одним из ключевых направлений интеллектуального прорыва медицины на новые рубежи.

Это скачок в новую информационную эпоху, причем вполне вероятно, что в России телемедицина даст даже больший эффект, чем за рубежом, именно в силу наших традиций и менталитета. При этом мо-

гут быть использованы преимущества отечественной системы здравоохранения, при которой звенья первичной медико-санитарной помощи выдвигаются как можно ближе к населению, туда, где люди живут и работают, а высококвалифицированная помощь оказывается в тех городах, где для организации такой помощи имеются финансовые и технические возможности и где численность населения обеспечивает экономическую эффективность организации специализированных клиник, оснащенных дорогостоящим оборудованием.

Поэтому развитие телемедицины в России более чем в любой другой стране может и должно опираться на учет многолетних традиций эшелонированной медико-санитарной помощи, позволяющей в значительной степени компенсировать отрицательный эффект больших расстояний и неравномерности развития регионов с разной плотностью населения.

В настоящее время в России уже работают несколько телемедицинских центров как федерального так и регионального уровней.

Открытие телемедицинского центра в Ярославской областной клинической больнице состоялось 8 октября 2002 года и совпало с открытием национального Конгресса кардиологов в г. Санкт-Петербурге с использованием современных телекоммуникационных технологий. С приветственным словом к участникам Конгресса телекоммуникационного центра ЯОКБ выступил директор Департамента здравоохранения и фармации В. Н. Осинцев. В соответствии с «Концепцией развития телемедицины в России» вновь созданный телемедицинский центр призван решать ряд первоочередных задач:

1. Координирующая функция по созданию региональной телемедицинской сети.

2. Оказание консультативной помощи жителям Ярославской области.

3. Широкое внедрение телемедицинских технологий в процесс подготовки и переподготовки медицинских специалистов.

В настоящее время уже началась активная консультативная работа с центром хирургии имени Бакулева, ВПЦХ РАМН, института педиатрии и детской хирургии. Проведены первые обучающие семинары, осуществлялась трансляция лекций с национального Конгресса кардиологов. Сегодня мы находимся только в начале большого пути, но бесспорно одно: развитие телемедицины окажет значительное воздействие на все функции системы здравоохранения, включая развитие и координацию медицинской науки, профилактику заболеваний, экстренную и плановую помощь, подготовку и усовершенствование кадров, маневрирование материально-техническими ресурсами.

Главный врач ЯОКБ
О. П. Белокопытов



Уважаемый Олег Павлович! Поздравляю Вас со знаменательным событием — открытием Ярославского областного Центра телемедицины. Создание центра является значительным событием не только для Ярославской области, но и для России, ведь пока у нас подобных центров единицы. Открытие центра позволит значительно повысить уровень медицинского обслуживания населения области. Выражаю слова сердечной благодарности Вам, Осинцеву В. Н., Новикову Ю. В., Костинову В. Г., Ильину М. В. за большой вклад в организацию и открытие центра.

Желаю сотрудникам центра успешной работы и удачи. Всего Вам самого наилучшего.

С уважением
депутат Государственной думы ФС
Сизов А. А.

10 октября 2002 г.

Респираторный центр

Центр областной клинической больницы создан в 1996 году в рамках региональной программы Ярославской области «Улучшение качества жизни при патологии органов дыхания».

Основной целью организации респираторного центра явилась необходимость совершенствования специализированной пульмонологической помощи населению Ярославской области посредством внедрения в практику новых технологий организации пульмонологической службы, профилактики, диагностики и лечения специфических заболеваний легких, упорядочения организационно-методической помощи лечебным учреждениям Ярославской области.

Стационарный этап представлен пульмонологическим отделением на 60 коек, в составе которого 10 коек для лечения больных аллергологического профиля, торакальным хирургическим отделением на 60 коек и центром микроэндоскопической отоларингологии.

В респираторном центре постоянно накапливаются и анализи-



Небулайзерная терапия обструктивного синдрома

руются данные по эпидемиологии заболеваний органов дыхания, их структуре, возрастному критерию, сопутствующей патологии и т. д. С этой целью создана компьютерная программа.

Проводится организационно-методическая работа в лечебных учреждениях Ярославской области.

На амбулаторном этапе в условиях респираторного центра выполняется функциональное обследование системы органов дыхания:

- динамическая пикфлоуметрия;
- бронхолитические и бронхопровокационные тесты на предмет обратимости бронхиальной обструкции и определение степени реактивности бронхиального дерева;
- компьютерная спирография;
- бронхологическое обследование;

— аллергологическое тестирование;

— всестороннее исследование верхних дыхательных путей с применением эндоскопической аппаратуры.

Широко применяются современные лечебные программы в амбулаторных условиях:

- ингаляции небуллизированных растворов бронхолитических и мукоурегирующих средств;
- галоингаляции сухого аэрозоля хлорида натрия;
- санации бронхиального дерева с помощью эндотрахеальных инстилляций;
- специфическая иммунотерапия;
- применение укороченных курсов антибиотикотерапии внебольничных пневмоний;
- активно внедрены образова-

тельные программы для больных бронхиальной астмой (АСТМА-школы).



Управляемый искусственный микроклимат

Курение табака – серьезная угроза здоровью

Если спросить курильщика с большим стажем, кашляет ли он в утренние часы и выделяет ли он мокроту после кашля, то четверо из пяти скажут, что это нормальное состояние для курильщика и нет никаких причин для беспокойства. Они не считают себя больными, ведь в течение дня кашля нет и только незначительное першение в горле напоминает о проблеме. А между тем «кашель курильщика» — это симптом многих смертельно опасных заболеваний. Как показывает опрос курильщиков, три четверти из них вообще не знают о том, что основной причиной таких заболеваний, как *рак легкого* и *хронический обструктивный бронхит* является курение. Тысячи курящих страдают от кашля, но не обращают на него внимание и приходят к врачам в запущенной стадии болезни. Только ранняя постановка правильного диагноза и лечение могут остановить прогрессирующие болезни и спасти человека.

В Бельгии каждый год умирает более 20 тыс. человек от заболеваний, связанных с курением, в том числе от рака легких. От подобных болезней погибают люди в возрасте от 45 до 74 лет. Одной из причин увеличения смертности, связанной с курением, считается раннее начало курения — в возрасте 15 лет.

30 ноября 2001 года от рака легкого, вызванного пристрастием к курению, скончался Джордж Харрисон — один из участников легендарной группы «Beatles». Он не скрывал своей привычки и не делал тайны из своей болезни. *Джордж Харрисон прошел путь курильщика от начала до конца — от бронхита до рака легкого*. И, подобно смертям Джона Вейна и Линды МакКартни, смерть Харрисона станет новым аргументом врачей в борьбе с курением. Смертельную болезнь не остановили ни известность, ни толпы поклонников. **Рак легких — болезнь на самом деле опасная, и с ней надо бороться всеми силами.**

В России курят около 70% мужчин и более 14% женщин, свидетельствуют данные Минздрава. *Курящий мужчина живет в среднем на 6 лет меньше, чем некурящий. Среди россиян среднего возраста 36% общей смертности у мужчин и 7% у женщин обусловлены курением.*

Каждый день исследования ученых свидетельствуют о новых вредных влияниях курения на организм человека. Уже давно известно, что курение является причиной развития хронического воспаления дыхательных путей, которое проявляется кашлем с мокротой. В самом начале — это утренний кашель, затем по мере прогрессирования за-



болевания кашель становится постоянным, присоединяется небольшая одышка, которая носит также постоянный характер, постепенно нарастая, приводит к тяжелым неприятным эпизодам удушья, сопровождающимся ощущением свиста в груди. Свистящее дыхание может возникнуть после вдыхания холодного воздуха, в ночные часы, при физической нагрузке, смене погоды, при стрессовых ситуациях и т. д. Эти симптомы становятся причиной обращения к врачу. Первое, что рекомендуется врачом в такой ситуации, — отказать от курения. И вот здесь возникает вопрос курильщика: «Разве эта болезнь связана с курением? Ведь я уже столько лет курю и стоишь ли бросать курение?». К сожалению, многие курильщики не следуют совету врача и продолжают курить, что приводит к дальнейшему прогрессированию заболевания: одышка становится постоянной, периодически усиливается при незначительной физической нагрузке (ходьба при этом становится мучительным испытанием), часто присоединяется кровохарканье. Этот симптом может говорить уже о другом грозном заболевании — *раке легкого*. К сожалению, больному в таком состоянии уже ничем помочь нельзя, так как операция противопоказана в связи с тяжелой дыхательной недостаточностью. Привычка к курению формируется медленно, постепенно превращаясь в такую зависимость, которая крепко держит курильщика в своих «объятиях». По своей сути эта зависимость приобретает черты наркотической, поэтому отказ от курения всегда сопряжен с большими трудностями. Хорошо известно, что если число выкуриваемых в сутки сигарет составляет 20 штук, то индекс такого курильщика составляет 240, а это значит, что риск развития хронического бронхита очень высок и такой курильщик относится к категории «злостных». Считается, что чем выше степень зависимости курильщика от табака, тем меньше

вероятность, что такой курильщик может самостоятельно отказаться от табака. Таким лицам может помочь только комплексный подход, включающий помощь психолога, невролога, психотерапевта, пульмонолога при обязательном активном участии самого курильщика, его желании отказаться от пагубной привычки.

Эта категория курильщиков может заболеть не только хроническим бронхитом, который чаще всего является следствием длительного курения. Курение усиливает процессы формирования в сосудах головного мозга, сосудах сердца атеросклеротических бляшек, что приводит к нарушению кровообращения в этих органах, а проявляется болезнь в виде инсульта или инфаркта миокарда, чаще заканчивающихся смертью. Кроме того; курение увеличивает секрецию желудочных желез, повышает «агрессивность» желудочного сока и уровень кислотности. Это приводит к повреждению слизистой желудка. Язвенная болезнь сопровождается сильной болью, имеет высокий риск осложнений кровотечением или перфорацией стенки желудка, также приводящей к смерти. Химически вредные вещества, которые накапливаются в крови при курении, попадают в кровоток и выводятся из организма с мочой. Эти канцерогенные вещества и вызывают *рак мочевого пузыря*.

Сегодня хорошо известно пагубное влияние курения на *здоровье будущего ребенка*. Если *беременная женщина курит*, табачные токсины приводят к замедленному внутриутробному развитию плода, значительно повышается смертность младенцев в первые недели жизни по различным причинам. Последствием курения женщины во время беременности может стать диабет или ожирение её будущего ребенка. Вероятность появления диабета или ожирения у таких категорий лиц примерно на 30% выше, чем у тех, чьи матери не

курили, когда были беременны. Содержащиеся в табачном дыме токсические вещества запускают процесс гибели яйцеклеток, поэтому у курящих женщин менопауза наступает на 2–3 года раньше, чем у некурящих. Риск бесплодия особенно велик у тех молодых женщин, которые рано пристрастились к курению.

Возрастание числа *аллергических заболеваний* в настоящее время многие ученые связывают с распространённостью курения вообще и курением женщин во время беременности. Частота аллергических реакций у лиц с предрасположенностью к ним ведет к формированию и *бронхиальной астмы*, заболеванию весьма распространённого среди населения. На земном шаре насчитывается более 150 миллионов человек, болеющих *бронхиальной астмой*.

Нельзя не сказать о так называемом *пассивном курении*. Это означает, что дым сигареты, сигары или папиросы вдыхает человек, который их не курит. Дети, которые дышат вторичным дымом, страдают более частыми *простудными заболеваниями*, *повышенным риском заболеть пневмонией, бронхитом и бронхиальной астмой*. Младенцы, которые дышат вторичным дымом, могут с большой вероятностью погибнуть от *внезапного синдрома смерти младенцев*. У взрослых вторичный дым может стать причиной *рака*, может способствовать формированию хронических *бронхолегочных заболеваний*. Пассивное курение является серьезной угрозой для здоровья молодых и старых, для людей всех слоев общества во всех странах.

Надо хорошо помнить о том, что безопасных сигарет не бывает, несмотря на то, что часто приходится слышать от курильщика, будто он курит легкие сигареты, которые содержат меньшее количество никотина и других опасных веществ, и что всё это безопасно для здоровья. На самом деле медики утверж-

дают, что это лишь рекламные трюки компаний-производителей, заинтересованных в получении прибыли. От привычки курить отказаться очень трудно, поэтому реклама безопасного табачного изделия — самый легкий путь убедить курильщика не отказываться от сигарет. По мнению исследователей, большинство сигарет современных марок «light» содержат столько же опасных веществ, сколько и другие марки. Легкие человека обмануть невозможно.

Следует сказать, что отказаться от привычки курить никогда не поздно и это обязательно надо сделать. Неправильно считают те, кто рекомендует продолжать курение, если у курильщика имеется очень большой стаж. Другое дело, что от этой пагубной привычки отказаться не так-то просто, но при желании вполне возможно. **Существуют два метода лечения табачной зависимости: беседы врача и никотинзамещающая терапия.** В настоящее время в России зарегистрировано и доступно два вида никотинсодержащих препаратов: «Никоретте» — никотинсодержащая жевательная резинка в дозе 2 и 4 мг — и ингалятор. Сразу следует обратить внимание на то, что от курильщика и врача, который помогает курильщику бросить привычку курить, требуется максимум усилий, настойчивости и терпения, так как в период отказа от табака возникает много нежелательных симптомов, таких как ухудшение самочувствия, снижение настроения, повышенное беспокойство, раздражительность, затрудненное отхождение мокроты, чувство заложенности в груди, боли в мышцах, головокружение. У многих больных отмечается увеличение веса. Все вопросы по коррекции нежелательных симптомов решает врач, но тот, кто решил отказаться от курения, должен знать о них. Стратегия поведения пациента разрабатывается совместно с врачом.

Сегодня каждому курильщику следует задуматься над тем, стоит ли тратить деньги на кратковременное «удовольствие», одновременно растрачивая самое бесценное, что есть у человека, — *здоровье*. К сожалению, чаще бывает так, что длительный стаж курения приводит к тяжелому неизлечимому заболеванию, и помочь в такой ситуации бывает невозможно, даже если человек и бросил курить. Чем раньше курильщик расстанется с сигаретой, тем больше счастливых и здоровых лет он проживет.

Главный пульмонолог Ярославской области, заведующий Областным респираторным центром
Н. А. Поярков

Объективная информация о табачных изделиях

Безвредных табачных изделий не существует. В этом состоит их основное и принципиальное отличие от любых других товаров, предназначенных для свободного и легального потребления людьми.

Вредных веществ во вдыхаемом дыме очень много. В первую очередь принято сравнивать показатели содержания смол и никотина, которые по новому закону производители обязаны указывать на пачке. Однако здесь таится коварная ловушка. Не думайте, что если вы курили сигареты, на которых написано «10 мг смолы», и перешли на какой-нибудь супер лайт «1 мг», вы будете получать в 10 раз меньше вредных веществ и сократите вред своему здоровью в 10 раз. Увы. Хотя табачная индустрия и пытается поддерживать такое мнение, исследования доказали, что это не так. Переходя на облегченные сигареты, курильщики увеличивают количество выкуренных сигарет, объем затяжек, затягиваются чаще

и сильнее, а также блокируют отверстия в фильтре, что приводит к увеличению полученной дозы никотина, а следовательно — и смолы.

Табачным компаниям выгодно стимулировать переход на «легкие» сигареты: они стоят дороже, и курильщик выкуривает их большее количество. Что еще важнее для табачной промышленности — из-за легких сигарет многие курильщики не бросают курить. В рассекреченном документе 1971 года корпорации Бритиш Америкен Тобакко открыто говорится: «Это именно то, чего ожидает руководство от отдела исследований и развития: насколько продаваемыми будут сигареты с низким содержанием смол и никотина. Вопрос о том, являются ли такие сигареты на самом деле менее опасными, не имеет никакого значения».

Именно по этой причине в большинстве стран Европейского союза, Канаде, Израиле и Бразилии использование слов «легкие» и «умеренные» в названии сигарет запрещено. Не поддавайтесь на маркетинговые уловки — **БРОСАЙТЕ КУРИТЬ!**

www.nosmoking.ru

Пассивное курение опаснее, чем предполагалось ранее

Курение уже давно названо одной из причин раковых заболеваний. Однако только теперь ученые, наблюдая не одно поколение курильщиков, выявили более ясную картину опасности табака.

Подразделение Всемирной организации здравоохранения IARC провело специальное научное исследование, которое показало, что риск возникновения раковой опухоли в результате курения гораздо выше, чем предполагалось ранее. Это исследование также окончательно доказало, что на появление рака влияет табачный дым. В частности, содержащиеся в сигаретном дыме вещества вызывают раковые опухоли в желудке, печени, почках, а также лейкемию.

На пресс-конференции в Лондоне 19 июня представитель IARC профессор Джонатан Самет из университета Johns Hopkins в Мериленде сообщил, что пассивный курильщик вдыхает те же самые опасные вещества, что и любитель сигарет, несмотря на малую их концентра-

цию. Это доказывают результаты анализов, взятых у некурящих.

Ученые нашли взаимосвязи между пассивным курением и раковыми заболеваниями у детей. Однако медики отмечают, что не известно также и то, как это сказывается, когда дети вырастают.

Проведенная экспертиза — первое с 1986 г. серьезное исследование взаимосвязи табака и рака. Полностью результаты этой работы будут опубликованы в конце года (2002). Это исследование основано на независимом анализе более чем 50 медицинских наблюдений 20 экспертов из 15 стран мира.

ИД «Коммерсант»

Насколько опасны сигареты с ментолом

Многие эксперты считают, что более мягкий, охлаждающий вкус ментоловых сигарет приводит к тому, что курильщики более глубоко затягиваются ими, получая больше вредных веществ в свои легкие. Также предполагают, что ментол может повреждать клетки и позволять токсинам сигарет просачиваться через них и вызывать рак.

Особая опасность связана с тем, что подростки с большей вероятностью предпочитают ментоловые сигареты. Последние исследования о том, делает ли ментол сигареты более опасными, были рассмотрены на конференции, проведенной в Атланте Центром контроля Заболеваний и Профилактики. Некоторые данные показывают, что ментоловые сигареты приводят к более высокой подверженности действию окиси углерода и повышению уровней никотина в плазме, хотя другие исследования приходят к иным выводам. Конференция была создана для поощрения проведения дополнительных исследований. Недавно было начато всестороннее изучение уровней никотина у людей, переключившихся с обычных сигарет на ментоловые. Все исследователи согласны с тем, что ментол облегчает курильщикам глубокое вдыхание дыма, а это позволяет им курить быстрее и выкуривать больше сигарет за более короткое время. Ментол может также способствовать формированию зависимости, что тоже вредно для здоровья.

www.nosmoking.ru

Аллергия

Широкая распространенность аллергических заболеваний, охвативших более 20% населения, ежегодный повсеместный рост аллергопатологии, резкое снижение качества жизни пациентов превратили проблему аллергии в глобальную медико-социальную проблему.

В настоящее время термин «аллергия» используют для обозначения повышенной чувствительности организма к веществам различной природы.

К аллергическим относятся такие заболевания, как бронхиальная астма, аллергический ринит, некоторые формы хронической крапивницы, проявления лекарственной и пищевой аллергии.

Среди провоцирующих факторов аллергии особое значение имеют: резкое ухудшение экологии, стрессовые ситуации, развитие всех видов промышленности без достаточного соблюдения природоохранительных мер, бесконтрольное широкое применение лекарственных препаратов, применение различных средств бытовой химии, содержание в продуктах консервантов и красителей.

В России каждый четвертый страдает той или иной формой аллергии.

Аллергии бывают различными. **Пыльцевые аллергии** вызываются пылью растений. Это заболевание называется поллинозом (или сенной лихорадкой). Проявляется оно сильным насморком с обильными жидкими выделениями из носа, чиханием, отеком и зудом век, кашлем. Симптомы наблюдаются в весенне-летний период, в период цветения деревьев и трав, у каждого больного в одно и то же время. Зимой такие больные чувствуют себя здоровыми.

В период обострения поллиноза рекомендуется:

- ограничить выезд в загородную зону, где больше растений и, соответственно, проявления болезни более выражены;
- держать закрытыми окна в доме и в автомобиле при поездках;
- не употреблять мед в пищу, так как он может содержать в себе пыльцевые аллергены и вызвать выраженную аллергическую реакцию.

Аллергия на домашнюю пыль

Домашняя пыль — комплекс



болезнь цивилизаций

сный набор аллергенов, главными из которых являются клещи домашней пыли. Домашние клещи невидимы невооруженным глазом. Они обитают в кроватях и постельных принадлежностях. Проявления аллергии к пыли и клещам — аллергический насморк, бронхиальная астма.

Профилактика бытовой аллергии:

- заменить спальные принадлежности на синтетические;
- отказаться от пуха, фланели;
- заменить ковровые покрытия на линолеум или паркет;
- занавеси должны быть сшиты из синтетической ткани;
- при уборке следует применять пылесос, лучше с водным фильтром;
- не заводить мягких игрушек для детей или часто их стирать.

Часто причиной аллергии являются плесневые грибы. Они обнаруживаются в воздухе, на растениях, в домах. Максимальное количество спор плесневых грибов — конец лета и осень. При аллергии к плесневым грибам наблюдаются аллергические риниты и бронхиальная астма.

Профилактика грибковой аллергии:

- чаще проветривать места, где развивается плесень (подвалы, чердаки);
- бороться с сыростью;
- ликвидировать протечки;
- не хранить заплесневевшие продукты;
- на улице — не гулять в тумане и в сырую погоду;

— старые дома, как правило, полны плесени.

Аллергия на животных

Этот вид аллергии широко распространен.

Домашние животные — один из сильнейших источников аллергенов. Воздействие аллергенов возникает при вдыхании пыли.

Симптомы: ринит, конъюнктивит, бронхиальная астма.

В таких случаях держать в доме животных нельзя.

Пищевая аллергия

Чаще наблюдается в детском возрасте. Замечено, что аллергия на рыбу и арахис сохраняется у человека долго, на молоко и яйца — преимущественно в детском возрасте. В таких случаях следует исключать такие продукты из рациона. Проявления: ринит, конъюнктивит, бронхиальная астма.

Аллергия на лекарственные препараты

Клинические проявления могут быть разнообразными. Но надо учитывать, что, кроме аллергии на лекарства, бывают и проявления побочных действий лекарственных препаратов, которые никакого отношения к аллергии не имеют.

Поэтому при заболеваниях, которые, возможно, связаны с теми или иными аллергенами, необходимо обращаться к врачу-аллергологу для уточнения диагноза, выявления аллергена и назначения соответствующего лечения.

Главный аллерголог Ярославской области Т. Д. Романова.

Аллергию в наследство

У родителей, страдающих аллергией, повышена вероятность рождения детей с этим заболеванием, особенно если аллергией страдает мать. Женщина, которая во время беременности регулярно пользуется различными синтетическими препаратами, моющими средствами, косметикой и пищевыми добавками, тоже повышает риск аллергических реакций у будущего ребенка.

КМ-Новости

Козье молоко — не панацея

Многие родители стараются заменить детям, страдающим аллергией, коровье молоко на козье. Считается, что оно более полезно и вызывает меньше аллергических реакций. Однако это мнение не подтверждают итальянские медики, обследовавшие грудничков и малолетних детей с аллергией на коровье молоко. У большинства из них козье молоко также вызывало аллергические реакции.

КМ-Новости

Респираторный центр

Всем больным гриппом надо знать, что *назначение антибиотиков производится только по строгим показаниям, так как антибиотики не действуют на вирусы*, лишь при наличии признаков присоединившейся бактериальной инфекции показано назначение антибиотиков.

Среди бактериальных осложнений гриппа могут быть пневмония, плеврит, синусит, отит.

Осложненное течение гриппа требует госпитализации в стационар.

Вирусные инфекции дыхательных путей

Грипп и другие вирусные респираторные заболевания являются наиболее массовыми инфекционными заболеваниями. Сегодня насчитывается более 200 самостоятельных заболеваний, объединенных в одну группу по ДВУМ признакам: единому механизму передачи возбудителя и развитию одинаковых симптомов.

Грипп. Вирусное заболевание, вызываемое различными вирусами гриппа. Источником инфекции является больной гриппом человек. Быстрое развитие гриппа и поражение в короткий срок большого числа людей связано с коротким скрытым (инкубационным) периодом развития болезни, а также воздушно-капельным путем передачи инфекции и высокой восприимчивостью человека к вирусу гриппа.

Другие вирусные заболевания, такие как *парагрипп, риновирусная инфекция, аденовирусная инфекция, микоплазменная инфекция*, отличаются некоторыми особенностями клинических проявлений. Основные клинические проявления *гриппа* характеризуются быстрым началом с ознобом, подъемом температуры до высоких цифр (39—40°C), присоединением головных болей, головокружения, болей в глазных яблоках, мышечных болей, болей в суставах, выраженной слабости. При токсическом течении гриппа присоединяется рвота, обморок. Средняя длительность температуры не более 4 дней. Если температура сохраняется, надо думать об осложненном течении гриппа. Такие симптомы, как *кашель, насморк, являясь постоянными, но не сильно выражены*. Другие респираторно-вирусные инфекции не характеризуются высокой температурой и симптомами интоксикации. Например, *риновирусная инфекция* характеризуется обильными слизистыми выделениями из носа, которые сохраняются 7—14 дней.

Аденовирусная инфекция проявляется наличием увеличенных лимфатических узлов шеи, подчелюстной области.

Лечение и профилактика гриппа

1. Больного гриппом следует изолировать в отдельную комнату, которая должна проветриваться или кварцеваться.

2. Немедикаментозное лечение должно включать:

- постельный режим в течение всего периода температуры и 2—3 дня после её нормализации, для того чтобы снизить риск осложнений;
- обильное питьё, которое обеспечивает вывод токсинов;
- молочно-растительную диету;
- ингаляции натертого лука или чеснока.

Необходимо помнить, что повышение температуры — это защитная реакция организма, которая способствует гибели вируса гриппа. Не следует добиваться быстрого снижения температуры, а лучше постепенно снижать до небольших цифр.

С учетом неблагоприятного влияния вируса гриппа на стенки сосудов необходимо назначение средств, укрепляющих стенки сосудов: *рутин, аскорбиновая кислота, препараты кальция*.

Препараты, влияющие непосредственно на вирус гриппа, назначаются не позднее 48 часов от начала болезни. При гриппе, вызванном вирусом А, применяется *ремантадин* по схеме: 1-й день 300мг (6 таблеток по 0,05) одномоментно, 2-й день — 200 мг (4 таблетки), 3-й день — 100 мг (2 таблетки). Препарат не назначается детям и беременным, при обострении заболеваний печени, почек и тиреотоксикозе. Применяют также *арбидол* по 200 мг 3 раза в день в течение 3 дней. *Симптоматическое лечение* гриппа включает назначение противокашлевых средств, улучшающих откашливание мокроты (лазолван, амбробене, халиксол, флуимуцил и др.) Для уменьшения болей в мышцах, суставах, головных болей можно назначать *парацетомол, который используется и при очень высокой температуре*. Его преимущество перед другими анальгетиками в том, что он *постепенно* снижает температуру до субфебрильной и не вызывает бронхоспазм у больных бронхиальной астмой. Он также не оказывает повреждающего действия на слизистую желудка, безопасен для детей и беременных.

Важно помнить, что больным бронхиальной астмой необходимо увеличить дозу базисных препаратов в 2 раза на весь период болезни гриппа.

Вирусные инфекции

Чтобы меньше кашлять, мойте руки чаще

Простейшая акция, призывающая чаще мыть руки, позволила почти в полтора раза сократить число вирусных заболеваний верхних дыхательных путей в лагере подготовки новобранцев военно-морского флота США, сообщает BBC. Хорошо известно, что врачи часто, очень часто моют руки. И это позволяет значительно уменьшить число инфекционных заболеваний среди больных. Однако до настоящего времени не проводилось исследований, которые демонстрировали бы прямую зависимость заболеваемости от частоты мытья рук. В лагере новобранцев ВМФ США в Иллинойсе на Великих озерах провели эксперимент. Всем рекрутам было приказано мыть руки не менее 5 раз в день. Рядом с каждой раковиной поместили емкости с жидким мылом. И при этом отметили бывшее ранее обязательным требование, чтобы раковины были

сухими и чистыми при проведении осмотров. В результате число вирусных заболеваний верхних дыхательных путей, например кашель, — сократилось на 45%.

News.Battery.Ru

Куриный бульон — лекарство от простуды

Американские исследователи нашли объяснение народному рецепту использования куриного бульона при простуде. Оказывается, его компоненты останавливают движение нейтрофилов, белых клеток крови, вызывающих воспаление в горле, гортани и бронхах. Растворимая имитация живого бульона — бульонные кубики — лечебным эффектом не обладают.

При гриппе, пневмониях и бронхопневмониях часто применяют глинтвейн (горячее красное вино с сахаром).

News.Battery.Ru

Бронхиальная

Бронхиальная астма является одним из распространенных заболеваний в современном обществе.

Среди взрослых число больных составляет 5%, среди детского населения — 10%. В Ярославской области около 12000 больных бронхиальной астмой среди взрослого населения. Число больных, страдающих бронхиальной астмой, растет из года в год, за последние 10 лет их количество увеличилось более чем в 2 раза.

Современная точка зрения на бронхиальную астму сводится к представлению о том, что это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей аллергической природы с участием таких клеточных элементов, как эозинофилы, тучные клетки и лимфоциты. В результате воспаления происходят выраженные морфологические изменения в стенке бронхов: утолщение базальной мембраны, десквамация эпителия, гипертрофия гладкой мускулатуры с последующим формированием фиброза.

Основными клиническими проявлениями болезни являются такие симптомы, как приступообразное удушье, кашель, в основном в ночные и предутренние часы, свистящее дыхание, дыхательный дискомфорт. Важной характеристикой этих симптомов является исчезновение их самопроизвольное или под влиянием бронхорасширяющих лекарственных препаратов, или после применения противовоспалительных противовоспалительных средств. Следует сказать, одним из фундаментальных признаков, отражающих наличие воспалительной реакции в бронхиальном дереве, является повышенная чувствительность слизистой оболочки бронхов к различным внешним стимулам, среди которых можно выделить две большие группы: среди специфических факторов главными являются аллергены домашней пыли, эпидермис животных, пыльца растений, пищевые продукты, лекарственные препараты, плесень, яд насекомых. Неспецифические факторы не являются непосредственной причиной возникновения астмы, но у лиц с повышенной бронхиальной реак-

тивностью провоцируют приступ удушья. К ним относятся: табачный дым, холодный воздух, физическая нагрузка, парфюмерия, эмоциональные стрессы.

Одним из главных методов диагностики бронхиальной астмы является исследование функции внешнего дыхания. Установление факта бронхиальной обструкции, измерение ее колебаний в течение суток или недель дает основание оценить бронхиальную гиперреактивность. Наиболее широкое применение получили измерение объема форсированного выдоха за одну секунду (ОФВ1) и связанное с ним измерение форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), а также измерение пиковой скорости выдоха (ПСВ). Важным диагностическим критерием является увеличение ОФВ1 (более 12%) и ПСВ (более 15%) после ингаляции бета-2-агониста короткого действия.

Каждому больному бронхиальной астмой показана ежедневная пикфлоуметрия. Мониторирование астмы с помощью пикфлоуметрии дает следующие возможности врачам: определить обратимость бронхиальной обструкции; оценить тяжесть течения заболевания, оценить гиперреактивность бронхов, прогнозировать обострение астмы, идентифицировать профессиональную астму, оценить эффективность лечения.

Для оценки аллергологического статуса используются скарификационные, внутрикожные и укольные (прик) тесты. Часто проводится определение специфических IgE-антител в сыворотке крови. Эозинофилия крови и мокроты также свидетельствуют об аллергологическом процессе.

С целью дифференциальной диагностики проводят: — рентгенографию легких (для исключения пневмоторакса, объемных процессов в легких, поражения плевры, интерстициального фиброза и др.); — ЭКГ для исключения поражения миокарда; — клинический анализ крови (для выявления анемии и др.); — общий анализ мокроты (ми-



кобактерии туберкулеза, грибы, клетки опухоли).

Классификация астмы строится на основании степени тяжести течения, так как именно это определяет тактику ведения больного.

Степень тяжести определяется по следующим показателям:

1. количество ночных симптомов в неделю;
 2. количество дневных симптомов в день и в неделю;
 3. кратность применения бета-2-агонистов короткого действия;
 4. выраженность нарушения физической активности;
 5. значение ПСВ и ее процентное соотношение с должным и наилучшим значением;
 6. суточные колебания ПСВ;
 7. объем проводимой терапии.
- Существует 4 степени тяжести течения бронхиальной астмы:
- легкая интермиттирующая;
 - легкая персистирующая;
 - средней тяжести персистирующая;
 - тяжелая персистирующая.

Лечение бронхиальной астмы является комплексным, оно включает медикаментозное и немедикаментозное лечение с соблюдением противоаллергического режима.

Медикаментозные средства делятся на 2 большие группы:

- препараты для использования по потребности;
- препараты базисной терапии.

Учитывая персистирующий характер воспаления при бронхиальной астме, основой терапии этого заболевания является назначение противовоспалительной противовоспалительной противовоспалительной терапии. При лечении астмы в настоящее время применяют «ступенчатый подход», при котором интенсивность терапии увеличивается по мере увеличения степени тяжести астмы.

Основная цель лечения астмы — достижение полного контроля над заболеванием. Контроль считается неудовлетворительным, если у больного:

- эпизоды кашля и свистящего дыхания возникают не более трех раз в неделю;
- симптомы появляются ночью или в ранние утренние часы;
- увеличивается потребность в использовании бронходилататоров короткого действия;
- увеличивается разброс показателей ПСВ.

Препараты для использования по потребности:

1. Бета-2-агонисты короткого действия; симпатомиметики короткого действия (сальбутамол, фенотерол, тербуталин). Предпочтительный путь введения — ингаляционный: в виде дозированных аэрозолей, сухой пудры и растворов через небулайзер.
2. Антихолинергические препараты (ипратропиум бромид).

Начинают действовать позже, чем бета-2-агонисты. Ипратропиум усиливает действие бета-2-агонистов при их совместном применении. Способ введения ингаляционный (дозированный аэрозоль, раствор для небулайзера). Беродуал — комбинированный препарат, содержащий фенотерол и гепатропиум бромид. Способ введения ингаляционный (дозированный аэрозоль и раствор для небулайзера).

3. Теофиллины короткого действия. Используются в виде таблеток и раствора для внутривенного введения (эуфиллин 2,4 % р-р).

4. Бета-2-агонисты длительного действия (сальметерол, формотерол).

ПРЕПАРАТЫ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ.

Основой базисной терапии являются ингаляционные глюкокортикостероиды. Среди них различают 4 группы:

- беклометазон дипропионат (бекотит, альдецин, беклофорте-беклазон, беклоджет);
- флунизамед (ингакорт);
- флутиказон (фликсотид);
- будесонид (пульмикорт).

Дозы препаратов определяют степень тяжести течения астмы, лечение назначают через спейсер, что способствует более эффективному контролю над астмой, снижает некоторые побочные эффекты, или используют ингалятор «легкое дыхание».

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов: аколлат, сингуляр.

Кромогликат натрия и недокромил.

Нестероидные противовоспалительные препараты для длительного контроля бронхиальной астмы.

Залогом успеха лечения больного бронхиальной астмой является обучение пациента навыкам самоконтроля и самоведения. Создание партнерства между врачом и больным позволяет достичь взаимопонимания в организации лечения заболевания.

Сегодня в Ярославской области работают Астма-школы в республиканском центре Областной клинической больницы, в г. Рыбинске, г. Переславле-Залесском.

Главный пульмонолог Ярославской области, заведующий Областным респираторным центром Н. А. Поляков

Насколько полезны витамины?

Практически в любой аптеке сейчас можно купить без всякого рецепта десятки видов витаминных препаратов. Собственно говоря, это и делают большинство людей — благодаря средствам массовой информации и рекламным роликам витамины считаются чуть ли не панацеей от всех болезней. Вот только так ли эти витамины полезны, как утверждают их производители?

Наиболее точный ответ на этот вопрос содержится в перечне необходимых человеку витаминов и их доз, разработанном экспертной комиссией английского Комитета стандартизации пищевых продуктов. И, надо сказать, этот перечень состоит всего лишь из нескольких пунктов. Согласно заключению специалистов, при условии нормального разнообразного питания человек получает с пищей практически все необходимые ему витамины и минералы. Определенную пользу ему могут принести пищевые добавки, включающие витамин Е, витамин В₆ (в ограниченных дозах), цинк, медь, никель, кремний, бета-каротин, бор и селен. В особых случаях этот перечень может быть расширен, например, беременным

женщинам для профилактики пороков развития нервной системы плода рекомендуется принимать фолиевую кислоту, а детям в возрасте от 6 месяцев до 2 лет нужны дополнительные дозы витаминов А, С и D. Все прочие витамины и минеральные соединения должны назначаться только врачом и рассматриваться как лекарственные препараты, а не как универсальные пищевые добавки. «За последние несколько лет мы собрали достаточно доказательств того, что определенные витамины в больших дозах могут нанести вред здоровью человека, — рассказал корреспонденту «ВВС» председатель комиссии профессор Майкл Лангман. — Так, показано, что витамин С в дозе выше 1000 мг в день вызывает расстройство пищеварения, а витамин В₆ может стать причиной повреждения нервной ткани, приводящего к потере памяти и нарушениям координации движений. Но люди не знают об этом и продолжают покупать ненужные и потенциально опасные витаминные препараты. Мы постараемся сделать все возможное, чтобы ограничить продажу витаминов и заставить людей относиться к ним как к лекарствам, а не к красивым таблеткам-пустышкам».

medvestnik.ru

Витамины. Первая часть этого слова происходит от латинского слова «вита», обозначающего «жизнь». Тем самым подчеркивалось, что вещества эти жизненно необходимы. В настоящее время выделено более 25 витаминов. Они регулируют жизненные процессы, происходящие в организме. Отсутствие их вызывает тяжелые расстройства организма (авитаминозы), причем нередко со смертельным исходом.

Содержание витаминов в некоторых продуктах

	(мг в 100 гр продуктов)				
Продукты	А	В ₁	В ₂	Р	С
Хлеб ржаной	—	0,15	0,07	0,90	—
Крупа гречневая	—	0,20	—	4,40	—
Крупа овсяная	—	0,30	0,06	1,00	—
Говядина	0,04	0,20	0,17	6,40	2,0
Свинина	0,04	0,40	0,20	5,60	1,3
Печенка	30,0	0,40	1,61	22,00	31,6
Курица	—	0,16	0,16	6,90	—
Молоко	0,10	0,05	0,17	0,08	1,0
Сыр	0,90	0,03	0,36	—	—
Яйца (1шт.)	1,30	0,07	0,16	0,12	—
Картофель	0,02	0,07	0,04	5,50	10,0
Капуста свежая	0,02	0,14	0,07	4,50	30,0
Морковь	9,00	0,10	0,07	14,40	5,0
Свекла	0,01	0,12	0,08	4,70	10,0
Помидоры красные	2,00	0,07	0,04	16,50	40,0
Щавель	6,00	0,10	0,18	5,80	45,0
Яблоки	0,09	0,04	0,04	3,50	7,00
Смородина черная	0,70	0,06	—	—	300,0
Апельсины	0,30	0,06	0,03	—	40,0
Лимоны	0,40	0,05	—	—	40,0

В нашей больнице работает справочно-информационная служба.

По телефону **24-84-61** Вы можете узнать порядок записи

на консультацию к специалисту в поликлинику, порядок госпитализации в стационар, необходимые больничные телефоны и другую полезную информацию.

Газета **Здоровья Вам!** зарегистрирована в Верхне-Волжском межрегиональном территориальном управлении МПТР России Россия, 170000, г. Тверь, ул. Новоторжская, 6. Регистрационный номер ПИ № 5-0485 от 5 июня 2002 г.

Учредитель: Государственное учреждение здравоохранения Ярославской области Ярославская областная клиническая больница, 150062, г. Ярославль, ул. Яковлевская, 7, телефон/факс: 24-47-79. Главный редактор — главный врач ЯОКБ О. П. Белокопытов. Ответственный редактор — В. А. Радовская.