



24 марта Всемирный день борьбы с туберкулезом

Девиз:

**«Наше поколение должно
остановить туберкулез!»**

Ежегодно от туберкулеза в нашей стране погибает 23–25 тыс. человек. На его долю приходится 85% всей смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний. Демографические потери не ограничиваются только смертностью.

К ним следует отнести репродуктивные потери у заболевших. Репродуктивная активность женщин после перенесенного туберкулеза крайне низка, а возникающие в это время беременности, как правило, заканчиваются искусственным прерыванием.

Молодые люди в возрасте 15–24 лет, т.е. подростки и молодые взрослые, определяют перспективы развития всех жителей региона. Эпидемиологические данные свидетельствуют, что частота заболеваний туберкулезом 15–17 лет вдвое превышает показатель у детей до 14 лет, а заболеваемость в группе 18–24 лет в 2–3 раза выше, чем у подростков.

Развитию туберкулеза в юношеском возрасте способствует именно ему присущее сочетание факторов риска.

Группы риска заболевания по туберкулезу делятся на две категории. К первой относятся люди из эпидемиологических очагов туберкулезной инфекции. Участковый врач должен знать адреса очагов туберкулеза среди населения своей территории, обновлять информацию один раз в 6 месяцев, промаркировать амбулаторные карты контактных по туберкулезу пациентов.

Во вторую категорию входят лица, на-

блюдающиеся преимущественно в ЛПУ общей лечебной сети. Это врожденные и приобретенные группы риска.

К врожденным группам риска заболевания туберкулезом относятся: врожденные иммунодефицитные состояния, врожденные ферментопатии, аномалии различных органов (кистозная гипоплазия доли легкого, подковообразная почка и т.д.).

Приобретенные факторы риска более многочисленны. Их делят на специфические и неспецифические. К специфическим относят контакт с больным туберкулезом, дефекты прививок БЦЖ, туберкулинодиагностики.

Неспецифические: хронические неспецифические заболевания легких и бронхов; патология эндокринной системы, в первую очередь сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, неспецифический язвенный колит, гепатиты, хронический пиелонефрит и мочекаменная болезнь, опухолевые поражения иммунной системы, лечение глюкокортикоидными гормонами, цитостатиками, иммунодепрессантами, а также лучевая терапия, ВИЧ-инфицированные, освобожденные из мест лишения свободы, группы беженцев, БОМЖи. **Тотальная группа риска по туберкулезу – жители деревень.** Необходимо учитывать данные о заболеваемости крупного рогатого скота во всех хозяйствах.

Самыми уязвимыми становятся **молодые люди, приехавшие учиться или работать из малых городов или сельских районов.** Влияют также медико-биологические факторы: бы-

стрый рост тела, опережающее развитие костно-суставной и мышечной системы по сравнению с органами дыхания и, в особенности, с иммунной системой, гормональная перестройка организма, отсутствие защитной функции прививок БЦЖ, курение, пристрастие к алкоголю и токсическим веществам, наркомания. Наибольшую опасность представляет заражение ВИЧ. Социальная неустроенность, неумение самостоятельно жить при кажущейся взрослости во многом определяют нарастание заболеваемости туберкулезом в юношеском возрасте. Относительно высокая заболеваемость туберкулезом ведет у определенной части молодых людей к дальнейшей социальной дезинтеграции, усугублению вредных пристрастий и потере жизненных перспектив.

Таким образом, **«юношеский» туберкулез представляет актуальную проблему для всей системы здравоохранения и гражданского общества в целом.**

Диагностика. Важным в плане диагностики туберкулеза в 15–24 лет является **повторный анализ ранее сделанных пациентам флюорограмм.** Необходим полицейской учет пациентов 15–24 лет, основная цель – достичь ежегодных обследований молодых людей. При этом не допустить не обследованных флюорографически 2 года и более. Целенаправленное обследование женщин после родов: в первые 5 дней после родов обеспечить флюорографическое обследование родильниц.

Второй активный метод выявления туберкулеза среди населения 15–24 лет

диаскин-тест. При чем в сентябре-октябре надо проводить флюорографию, а марте-апреле – диаскин-тест. С положительным диаскин-тестом нужно обследование в тубдиспансере и по показаниям – профилактическое противотуберкулезное лечение, что реально помогает снизить заболеваемость туберкулезом.

Клинические особенности в юношеском возрасте при поражении легких – поражение бронхов, туберкулезный плеврит, плеврит в сочетании с поражением легочной паренхимы, полиорганные поражения. Поражения легких не отличаются от клиники во взрослом состоянии.

Профилактика туберкулеза. Медицинские аспекты профилактики туберкулеза – это вакцинация и ревакцинация БЦЖ, медицинское просвещение населения по туберкулезу, с применением телевидения, интернета, кратких мультимедийных презентаций.

На уровне гражданского общества: культивирование здорового образа и профилактического обследования

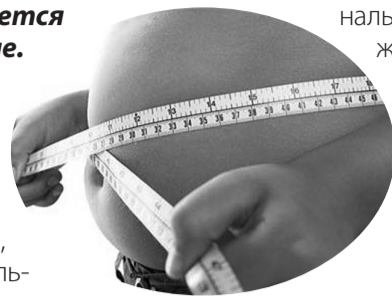
На государственном уровне необходимо обеспечить комфортность пребывания больного туберкулезом в стационаре, реабилитацию больных после выписки из противотуберкулезного стационара.

Задача всего общества и врачей в первую очередь: сделать так, чтобы **«обучение жизни» у молодежи проходило в условиях максимальной защиты от туберкулеза.**

З.Х. Малакшинова, к.м.н., зав. методическим кабинетом.

Ожирение – новая неинфекционная эпидемия XXI века

В настоящее время насчитывается более 1 млрд. жителей планеты, имеющих ожирение.



В связи с этим ВОЗ признало ожирение новой неинфекционной эпидемией XXI века. Эксперты ВОЗ предполагают, что к 2025 г. количество больных ожирением удвоится по сравнению с 2000 годом. В настоящее время в России избыточную массу тела, или ожирение, имеют 46,5% среди мужчин, 51,7% среди женщин. По данным ВОЗ, если до 60 лет доживают только 60% тучных людей, до 70 лет – лишь 30%, и только 10% перешагивают 80-летний рубеж.

1 кг жировой ткани содержит 300 км (!) дополнительных кровеносных капилляров, что приводит к излишней работе сердца и его быстрому износу. Даже при 1-ой степени ожирения атеросклероз встречается у каждого третьего. Поэтому лечение ожирения требует раннего начала. Оставляет желать лучшего качество медпомощи таким пациентам. Врач не считает необходимым обсуждать с ним ожирение и риски, связанные с ним. Менее половины знают свой вес и контролируют его, и лишь 10% готовы подсчитать калорийность пищи.

нальная принадлежность, семейное положение и др., современный образ жизни, как переизбыток, высококалорийное питание, преобладание жиров и продуктов системы «фаст-фуд»; низкая и нерегулярная физическая активность, курение, злоупотребление алкогольными напитками; социальные и поведенческие факторы (широкое использование мобильных телефонов, пультов управления домашними приборами, лифтов, снижающих уровень повседневных физических нагрузок и др.

В комплексное обследование входят: осмотр и анализ данных анамнеза, определение индекса массы тела (ИМТ), определение соотношения окружности талии и бедер, определение состава тела: жировой ткани, клеточной, воды – биоимпедансометрия, определение биохимических маркеров: уровень гликемии натощак, холестерин, триглицериды, инсулин.

Особое внимание пищевому поведению. Решающее значение для формирования нарушений пищевого поведения имеет наследственная дисфункция церебральных систем. Главную роль играет серотонинэргическая недостаточность. При потреблении повышенных количеств легкоусвояемой пищи увеличивается уровень глюкозы и инсулина, что ведет к проникновению триптофана через гематоэнцефалический барьер и синтезу серотонина. Серотонин является медиатором мозга в формировании насыщения и эмоционального комфорта.

Три основных типа нарушений пищевого поведения: экстернальное, эмоциогенное, ограничительное

Экстернальное поведение – человек принимает пищу всегда, когда он ее видит или она ему доступна.

Эмоциогенное – гиперфагическая акция на стресс. Делится на 2 вида пароксизмальная – потеря контроля за приемом пищи; синдром ночной еды: утренняя анорексия, вечерняя и ночная булимия, нарушение сна. Переизбыток вечерами – своеобразное снотворное средство.

Ограничительное пищевое поведение – периодические строгие диеты, ведущие к диетической депрессии.

Лечение пациентов должно носить постепенный – «пошаговый» характер.

Подбор адекватной диеты; повышение физической активности; модификация пищевого поведения; психологическая и социальная поддержка; применение лекарственных препаратов; хирургическая коррекция.

- **1 шаг** – анализ пищевого поведения в течение **2 недель**. Выявляет проблемы и причины переизбытка. Разработать индивидуальную программу снижения веса, а также настроить пациента на **самоконтроль**, которым предстоит заниматься и в дальнейшем на **протяжении всей жизни**.

- **2 шаг** – снижение калорийности рациона пациента на 20% (25% – завтрак, 30% – обед, 20% – дополнительные перекусы + увеличение физической нагрузки).

- **3 шаг** – добавление таблетированных препаратов и/или хирургической коррекции. **Показанием для медикаментозного лечения** ожирения являются: ожирение, ИМТ 30 кг/м²; избыточная масса тела, ИМТ более 25 кг/м² в сочетании с сопутствующими патологиями (артериальная гипертензия, сахарный диабет, синдром поликистозных яичников и др.) или наличие факторов риска соматических патологий; висцеральный тип ожирения; быстрое прогрессирование ожирения и т.д.

Орлистат – препарат препятствует расщеплению и последующему всасыванию около 30% пищевых жиров. Доза 120 мг 3 раза в день

Метформин – повышает печеночную и периферическую чувствительность к эндогенному инсулину, не действуя на его секрецию, замедляет всасывание углеводов в ЖКТ, замедляя его скорость, а также снижает аппетит. Доза 500–850 на ночь с увеличением 500–850 каждые 1–2 недели.

Сибутрамин – селективный ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина в синапсах центральной нервной системы.

Новым этапом в развитии средств для коррекции веса стала популярная концепция так называемых блокаторов крахмала по аналогии «с блокаторами жира» (Орлистат). Субстанция «Фаза 2» представляет экстракт фасоли, снижает скорость переваривания и усвоения углеводов, уменьшает калорийность потребляемой человеком пищи до 75%, получаемых от сложных углеводов калорий.

При отсутствии положительной динамики на фоне изменения образа жизни и медикаментозной коррекции показано хирургическое лечение – бариатрическая хирургия, основной целью являются уменьшение объема желудка и ускорение продвижения пищевого комка, что замедляет всасывание питательных веществ и приводит к снижению веса и предотвращению его накопления в будущем.

ВИДЫ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ:

1. установка внутрижелудочного баллона,
2. бандажирование желудка,
3. шунтирование желудка,
4. рукавная гастрэктомия,
5. гастропликация.

Снижение веса на 10% от начальной массы тела способствует снижению риска тромбозов, улучшению липидограммы, уменьшению риска сердечно-сосудистых заболеваний.

«Ожирение – бомба замедленного действия, которую следует обезвредить»

Г.А. Брау.

З.Х. Малакшинова, к.м.н., зав. методическим кабинетом РЦМП.

Заболевания, провоцируемые избыточной массой тела или ожирением

Область изменений	Заболевание или патологическое состояние
Метаболические нарушения	Сахарный диабет 2-го типа Метаболический синдром Дислипидемия и атеросклероз
Сердечно-сосудистая система	Гипертоническая болезнь Ишемическая болезнь сердца Инфаркт миокарда
Новообразования	Злокачественные новообразования различной локализации
Дыхательная система	Апноэ (остановка дыхания во сне)
Опорно-двигательная система	Артроз коленного сустава и другие дегенеративные заболевания суставов, остеопороз
Кожа	Интертригинозный дерматит Гнойничковые поражения кожи Атопические аллергические заболевания, особенно пищевая аллергия
Половая система	Нарушение менструального цикла, бесплодие, снижение фертильности, потеря либидо, более тяжелое течение климакса у женщин, жировая инволюция молочных желез у женщин и грудных у мужчин

Классификация массы тела у взрослых в зависимости от ИМТ

Классификация	Значение ИМТ	Вероятность развития сопутствующих заболеваний и осложнений
Недостаточная	< 18,5	Низкая (повышается риск других клинических заболеваний)
Норма	18,5-24,9	Средняя
1 степень - избыточная масса тела	25-29,9	Увеличена
IIa - ожирение	30-34,9	Умеренно увеличена
IIб - резко выраженное ожирение	35-39,9	Значительно увеличена
III - очень резко выраженное ожирение	> 40	Сильно увеличена

ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ОЖИРЕНИЯ:

1. Лица, имеющие родственников первой линии с ожирением
2. Женщины в период беременности и на протяжении 2–3 лет после родов.
3. Спортсмены, прекратившие активные тренировки
4. Лица, уволенные в запас из армии
5. Люди, сократившие по каким-либо причинам физическую нагрузку.
6. Больные, перенесшие тяжелые операции или травмы, или страдающие тяжелыми соматическими патологиями, вынужденные длительное время находиться на иммобилизации или на ограниченном двигательном режиме.
7. Люди, отказавшиеся от курения
8. Пациенты, принимающие медикаменты длительными курсами: антипсихотические, сахароснижающие препараты, кортикостероиды, гормональные контрацептивы, прогестины, антигистаминовые препараты.
9. Лица определенных профессий (повара, кондитеры и др.)
10. Лица с нарушенным пищевым поведением (например, с привычным потреблением жиросодержащих продуктов)
11. Лица среднего и пожилого возраста
12. Пациенты с заболеваниями, ассоциированными с ожирением.

В патогенезе развития ожирения играют роль факторы окружающей среды, нарушенное пищевое поведение, генетическая предрасположенность, патология эндокринной системы (гиперкортицизм, гипотиреоз, гипогонадизм, инсулинома). Социально-экономические факторы, как уровень образования, профессио-