

- ☞ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
- ☞ ПРАВИЛА ВЫЗОВА СКОРОЙ ПОМОЩИ
- ☞ СЛОВО О ХЕЛИКОБАКТЕРЕ

# НА ЗДОРОВЬЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА

ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Моя встреча с детским хирургом-урологом состоялась не сразу. В назначенный день и час Андрея Ивановича Филатова, заведующего детским урологическим отделением ГКБ № 3, срочно вызвали на операцию. В отделение привезли двенадцатилетнюю девочку с серьезной патологией почек. Девочка родилась со сросшимися почками, на одной из них образовалась огромная киста, которая вызывала сильные боли. Хирурги провели срочную операцию по удалению кисты, сейчас девочка чувствует себя удовлетворительно.

О болезнях почек и причинах их возникновения мы и решили поговорить с главным детским урологом города Андреем Ивановичем ФИЛАТОВЫМ.

## БОЛЬШИЕ ПРОБЛЕМЫ МАЛЕНЬКИХ ДЕТЕЙ

— Андрей Иванович, хотелось бы услышать мнение специалиста по поводу инфекции мочеполовой системы. В чем коварство этих заболеваний?

— Инфекции мочевыводящих путей — это группа заболеваний, которые очень часто встречаются у детей. По данным ВОЗ, эти инфекции занимают второе место после других инфекционных заболеваний.

По локализации они распределяются на инфекции верхних и нижних мочевыводящих путей и инфекции мужских половых органов. К инфекциям верхних мочевыводящих путей относятся различные формы пиелонефрита, нижних мочевыводящих путей — цистит, уретрит. Эпидидимит, орхит и простатит относятся к инфекциям мужских половых органов. По характеру течения эти инфекции подразделяются на неосложненные и осложненные.

Среди населения бытует мнение, что эти инфекции не представляют серьезной угрозы здоровью и их можно легко вылечить с помощью трав, прогреваний и т. д. Это глубокое заблуждение, самолечение здесь не поможет. Если эти инфекции своевременно не лечить, осложнения могут быть самыми серьезными. Одним из таких осложнений является пиелонефрит. С каждым годом мы наблюдаем рост этой инфекции у детей. Так, в 1970 году пиелонефрит встречался у 3 на 1000 детского населения, в 1990 году — от 18 до 30 на 1000. На первом году жизни у девочек и мальчиков пиелонефрит диагностируется с равной частотой. С возрастом частота выявления пиелонефрита у девочек возрастает.

Если у ребенка повторно возникает инфекция мочевыводящих путей или рецидив после отмены лечения, необходимо провести полное урологическое обследование. Скорее всего речь идет о хроническом пиелонефрите — воспалении почечных лоханок, чреватом серьезными осложнениями. В этом случае лечение должен

проводить специалист под контролем анализа мочи и крови.

— Каким образом инфекция проникает в мочевую систему?

— Инфекция мочевыводящих путей может локализоваться снаружи гениталий, в мочепускательном канале, мочевом пузыре и почках. Чаще всего воспаление вызывается микробами кишечной группы, которые проникают из кишки в кровь, а оттуда в почки. Существует и другой путь — восходящий. Такой путь заражения встречается чаще у девочек, поскольку уретра у девочек очень короткая и инфекция легко проникает в мочевые пути. Обычно такая инфекция встречается у девочек с воспалительными изменениями наружных половых органов — вульвит или вульвовагинит. У маль-



чиков инфекция реже попадает в организм таким путем. Фоном для развития болезни у них может быть врожденная патология развития мочепускательного канала.

Лечение этих инфекций требует серьезного отношения как со стороны врачей, так и со стороны родителей. Инфекции мочевыводящих путей требуют выбора правильного лечения. К этим заболеваниям нельзя относиться легкомысленно. Такое распространенное заболевание, как острый цистит, например, если его неправильно лечить, может перейти в хроническое течение.

Поэтому важнейшей задачей, стоящей перед службой детской урологии является решение проблем с пороками развития мочеполовой системы детей и, конечно же, инфекционных заболеваний. Инфекция мочеполовой системы может развиваться у любого ребенка, од-

нако у большинства больных, страдающих рецидивами, выявляется та или иная форма дефекта мочевых путей. Именно поэтому урологическое исследование надо проводить обязательно. Ведь если выявить порок развития и устранить его, проходит и инфекция.

— Какие методы обследования помогают вам в этом?

— Дети должны быть обследованы при начальных признаках инфекции! Помогает нам в этом ультразвуковое исследование почек. Для более тщательного обследования используются микционная цистоуретрография, радиоизотопные методы, экскреторная урография и др.

В нашем отделении 75 процентов детей проводится лечение в плановом порядке. Чаще всего они направляются на дообследование лечащим врачом. С острым пиелонефритом мы лечим 50 — 60 детей в год. С хроническим пиелонефритом до 350 детей в год. 25 процентов детей лечим в экстренном порядке.

В тех редких случаях, когда мы не можем поставить точный диагноз ребенку, дети направляются на дообследование и лечение в специализированные центры России.

— Какие симптомы позволяют заподозрить у ребенка инфекцию мочеполовой системы?

— Существует ряд симптомов, указывающих на наличие инфекции мочевой системы. Прежде всего это частое мочеиспускание, боли при мочеиспускании, недержание мочи, как дневное, так и ночное, которые встречаются как при цистите, так и при пиелонефрите. Редкие мочеиспускания у ребенка также должны насторожить родителей. Этот симптом может быть признаком такого грозного заболевания, как нейрогенный мочевой пузырь, которое является следствием поражения центральной нервной системы. На пиелонефрит указывает и высокая температура (выше 38 градусов). При цистите субфебрильная температура бывает лишь у маленьких детей. Детей беспокоят боли в животе, пояснице, ребенок часто плохо

себя чувствует, у него плохой аппетит. В анализах мочи у таких детей очень много лейкоцитов.

В последние годы мы все чаще встречаемся в своей практике с заболеваниями подростков, передающимися половым путем. Несмотря на свою осведомленность в плане предохранения, они тем не менее очень часто подвержены урогенитальным инфекциям. Одним из таких коварных заболеваний является хламидиоз, который плохо диагностируется и длительно лечится. Приобретая хроническое течение, особую опасность он представляет для беременных женщин.

— Насколько успешно поддаются лечению инфекции мочевых путей?

— Острая инфекция мочевых путей требует применения антибиотиков, которые назначает лечащий врач. При подозрении на пиелонефрит проводится более серьезное лечение антибиотиками в инъекциях. Под воздействием правильно подобранных препаратов симптомы заболевания быстро проходят. Важным условием выздоровления является прохождение полного курса лечения. После окончания лечения необходимо периодически повторять анализ мочи.

— Можно ли в лечении применять травы?

— В остром периоде инфекций мочевых путей широко используются отвары трав. Это отвар из листьев брусники, шалфея, ромашки, при стихании процесса — почечный чай, отвар можжевельника, шиповника.

— Употребление каких продуктов противопоказано в период обострения болезни?

— Я бы не рекомендовал в период обострения болезни употреблять грубую и острую пищу.

Природа наградила человека удивительной системой для очищения организма. И важнейшая роль в этом процессе отводится почкам. Важно с детства серьезно относиться к своему здоровью, и тогда во взрослой жизни проблем будет меньше.

Ж.КИСЕЛОВА.





— Татьяна Владимировна, о хеликобактере как виновнике заболеваний желудочно-кишечного тракта заговорили не так давно. Что изменилось в лечении ваших пациентов после ее открытия?

— Действительно, с открытием *Helicobacter pylori* изменилось отношение врачей-гастроэнтерологов к лечению больных с гастропатологией. Если раньше причинами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки было принято считать стрессы, алкоголь, курение, злоупотребление острой пищей, то теперь стал понятен истинный виновник болезней желудка, а именно инфекционный фактор.

Это открытие было воспринято врачами-гастроэнтерологами неоднозначно, и долгое время они не хотели принимать эту теорию. Ведь речь в данном случае шла о лечении антибиотиками. Решающее значение имело последнее десятилетие XX века, когда из сугубо научной сферы хеликобактер прочно вошел во врачебную практику.

— Какой процент людей инфицирован этой бактерией в нашей стране?

— Хеликобактер пилори достаточно распространенный микроорганизм. В России им инфицировано от 70 до 90 процентов населения, что говорит о неблагоприятности ситуации.

— Означает ли это, что все эти 70 — 90 процентов — потенциальные язвенники?

— Конечно нет. На развитие болезни влияет вид возбудителя, состояние иммунитета человека и условия окружающей среды. Именно они определяют различные варианты инфекционного процесса, вызванного этой бактерией. В зависимости от этого может развиваться хронический гастрит, протекающий почти бессимптомно, либо язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки или даже рак желудка.

— Как можно заразиться хеликобактером?

— Хеликобактер пилори передается как обычная кишечная инфекция, выделяется в окружающую среду с испражнениями. Поэтому необходимо с раннего возраста прививать детям гигиенические навыки. Следующий этап возможного инфицирования — дошкольный возраст. У нас по статистике 30 — 40 процентов детей имеют в анамнезе вялотекущий гастрит. Также



В медицине 2005 год ознаменовался знаковым событием — Нобелевская премия в области физиологии и медицины была присуждена двум австралийским ученым — Барри Дж. Маршаллу и Дж. Робину Уоррену за открытие бактерии *Helicobacter pylori*. Причем первооткрыватель этой бактерии Барри Маршалл в интересах науки заразил себя хеликобактером. Имея абсолютно здоровую слизистую оболочку желудка, он выпил эту культуру, что привело к резкому ухудшению его самочувствия и развитию воспалительного процесса в желудке. Затем после проведенного лечения и уничтожения хеликобактера микроскопическое исследование показало значительное улучшение состояния слизистой желудка. С открытием этой «капризной» бактерии изменилось отношение врачей-гастроэнтерологов к происхождению болезней желудка и язвенной болезни в том числе.

О том, что изменилось в лечении больных с гастропатологией после этого громкого открытия, мы беседуем с заведующей центром лечения дисбактериозов клиники ЧГМА, кандидатом медицинских наук, врачом высшей категории Татьяной Владимировной ЖУРАВЛЕВОЙ.

## СЛОВО О ХЕЛИКОБАКТЕРЕ

можно заразиться от своего партнера при вступлении в брак или при несоблюдении элементарных гигиенических правил (в поездах, общепите и т. д.).

— Можно ли заразиться хеликобактером при фиброгастроскопии?

— Это полностью исключается. Дезинфекция, то есть обработка фиброскопов, проходит на очень высоком уровне и постоянно контролируется. Так что заразиться таким путем невозможно.

— Чем опасен хеликобактер?

— Этот микроорганизм длительное время может вести себя мирно и не давать о себе знать. Если хеликобактер не лечить, то при длительной персистенции возможно перерождение в рак. То есть хеликобактер является канцерогеном номер один. При длительном (десятилетиями) его нахождении в желудке могут развиваться тяжелые последствия. По статистике рак желудка в нашей стране занимает ведущее место среди онкологических заболеваний.

— Можно ли предупредить ра-

звитие таких серьезных осложнений?

— Можно. И во многом нам это уже удалось. Например, еще 30 лет назад в лечении гастропатологии было очень много осложнений и лечить язву желудка приходилось хирургическим путем. Сейчас ситуация изменилась благодаря тому, что появилось очень много современных высокоэффективных препаратов. Это позволило значительно снизить рецидивы язвенной болезни. Сейчас если у человека обнаруживается хеликобактер, можно своевременно его пролечить, тем самым избавить от мучительных обострений болезни.

— Какие методы обследования помогают врачам-гастроэнтерологам в диагностике?

— Существует несколько методов обследования на хеликобактер. Самый распространенный — фиброгастроскопия с последующим взятием биопсии. Можно также обнаружить антитела к хеликобактеру пилори в крови. В лабораториях наших больниц есть такие методики.

— Что нужно делать, если об-

следование показало наличие хеликобактера?

— Обязательно обратиться к гастроэнтерологу. Врач-специалист подберет правильное лечение. Особенно должны быть внимательны к своему здоровью те люди, чьи ближайшие родственники болели раком желудка.

— Татьяна Владимировна, хотелось бы подробнее узнать о язвенной болезни и о современных методах лечения.

— Язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки — это хроническое, циклически протекающее заболевание, которое характеризуется появлением язв, чаще всего на фоне воспаления слизистой оболочки (гастрита), вызванного бактерией хеликобактер пилори. В среднем около 8 процентов населения страдает язвенной болезнью.

— Какие симптомы говорят о наличии язвенной болезни?

— Клиника язвенной болезни многообразна: большого может беспокоить боль в верхней половине живота, связанная с приемом пищи,

изжога, отрыжка, тяжесть в подложечной области, тошнота, рвота.

— Какие факторы влияют на развитие этой болезни?

— Эти факторы разнообразны. Ведущая роль, как уже говорилось, принадлежит болезнетворному микроорганизму хеликобактеру пилори, который вырабатывает целый ряд ферментов, повреждающих защитный барьер слизистой оболочки, а также различные токсины. Хеликобактер поддерживает хроническое воспаление и может быть причиной постоянных обострений и осложнений болезни. Определенная роль отводится пищевому фактору, психоэмоциональным перегрузкам, вредным привычкам — курению, избыточному употреблению кофе и алкоголя, применению некоторых лекарственных, например, аспирина, и наследственной предрасположенности.

— Чем опасна язвенная болезнь?

— Язва желудка и двенадцатиперстной кишки опасна своими осложнениями — кровотечением, (прободением). Также возможно постепенное формирование сужений в месте перехода желудка в двенадцатиперстную кишку, развитие рака желудка.

— Как лечат язвенную болезнь?

— Только под контролем врача! Сейчас появилось много препаратов, снижающих выработку соляной кислоты слизистой желудка. Они уменьшают агрессивные свойства желудочного секрета и способствуют заживлению язвенного дефекта.

— Требуется ли при язвенной болезни специальная диета?

В период обострения заболевания нельзя употреблять:

■ острые продукты, маринованные, копченые;

■ жирные сорта мяса, гуся, утку, сало, мясо жареное куском, шашлык, острые сыры;

■ салаты с майонезом, корейские деликатесы, томаты, сырую свеклу;

■ шоколад, кофе, крепкие алкогольные напитки, пиво;

■ пищу, приготовленную во фритюре при температуре свыше 150 градусов;

■ очень горячую и холодную пищу;

■ первые дни пища должна быть щадящая, кашцеобразная в теплом виде, малыми порциями;

■ питание должно быть дробным — пять-шесть раз в день, последний прием пищи за три часа до сна.

Совместными усилиями врача и пациента можно победить самую серьезную болезнь.

Ж. КИСЕЛЕВА.

## Берегите зрение детей



В начале нового учебного года очень важно уделить внимание такой актуальной проблеме, как профилактика развития патологии органа зрения у школьников. Это обусловлено большими зрительными нагрузками в процессе учебы, широким использованием в учебном процессе компьютерной техники, длительным поиском необходимой информации в Интернете, а также нередко многочасовой игрой на компьютере.

По многолетним данным детского офтальмологического центра (с июня 2007 г. — городское консультативно-диагностическое офтальмологическое отделение поликлиники детской городской больницы № 2), в структуре патологии органа зрения у детей первое место занимают нарушения рефракции (54 процента), из которых 2/3 составляет близорукость и амблиопия (10,7 процента). К окончанию школы 20-25 процентов школьников имеют нарушения рефракции, что требует коррекции зрения.

Нередко причиной развития близорукости является утомление цилиарной мышцы глаза в результате длительной зрительной работы, что приводит к возникновению спазма accommodation (ложной близорукости). Если не провести лечение спазма accommodation, то может развиться истинная близорукость. При уже имеющейся близорукости длительные зрительные нагрузки усугубляют имеющуюся патологию, что ведет к повышению степени близорукости.

В условиях детского офтальмологического центра пациентам с ми-

опией и амблиопией проводится комплексное лечение, в котором большое значение придается методам снятия зрительного утомления.

С этой целью применяется метод электропунктурной рефлексотерапии, основанный на воздействии слабыми токами на рефлекторные точки, дающий хороший терапевтический и профилактический эффект. К сожалению, этот метод применим только в условиях лечебного учреждения.

Широко используется компьютерная программа «SAFE EYES» — видеотренинг для снятия зрительного утомления. «SAFE EYES» — лечебно-профилактическое программное средство, разработанное на основе достижений в области офтальмологии и офтальмоэргоники, нейрофизиологии зрения, предназначено для снятия спазма accommodation и предупреждения прогрессирования близорукости. При этом данная программа может быть использована и в домашних условиях.

В последние два года в практику офтальмологического центра вне-

дрен метод динамической электро-нейростимуляции (ДЭНС-терапия). При этом используется аппарат ДиаДЭНС с выносным параорбитальным электродом ДЭНС-очков. Исследования, проводимые в условиях детского офтальмоцентра, показали, что применение ДЭНС-очков в комплексном лечении детей, страдающих миопией слабой степени, также эффективно, как и другие физиотерапевтические методы. При лечении миопии средней и высокой степени ДЭНС-очки также являются альтернативой физиотерапевтическому лечению, что позволяет применять их в домашних условиях.

Кроме вышеуказанных существуют различные методы офтальмотренинга для снятия зрительного утомления и предупреждения развития и прогрессирования близорукости и амблиопии. Важно своевременное обращение к специалисту.

Т.Н. МЯКИШЕВА,  
зав. детским офтальмологическим центром ДГБ № 2.



# ПРАВИЛА

## Вызова скорой медицинской помощи на территории города Челябинска, утвержденные решением Челябинской городской думы 3-го созыва от 21.06.05 № 4/14



Экстренная лечебно-диагностическая медицинская помощь на территории города Челябинска оказывается круглосуточно муниципальным учреждением здравоохранения «Станция скорой медицинской помощи» (далее — Станция скорой медицинской помощи) как заболевшим и пострадавшим, находящимся вне лечебно-профилактического учреждения, так и в пути следования в лечебно-профилактическое учреждение при состояниях, угрожающих здоровью или жизни граждан, вызванных внезапными заболеваниями, обострением хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности, при родах и других состояниях и заболеваниях.

1. К состояниям, угрожающим здоровью или жизни граждан, относятся:

- потеря сознания;
  - судороги;
  - остро развившееся расстройство дыхания;
  - внезапные боли в области сердца;
  - кровавая рвота;
  - острые боли в животе;
  - признаки всех видов отравления;
  - нарушение нормального течения беременности (преждевременные роды, кровотечение);
  - резкий подъем артериального давления (гипертонический криз);
  - все виды транспортных, бытовых и производственных травм (ранения, переломы, ожоги, тяжелые ушибы, сотрясения и ушибы головного мозга, иные травмы);
  - поражение электротоком;
  - солнечные удары, асфиксии всех видов (утопление, попадание инородных тел в дыхательные пути, удушье);
  - обильные кровотечения всех видов;
  - острые психические расстройства (с поведением, опасным для жизни больного и окружающих).
2. Вызов скорой медицинской помощи осуществляется с любого телефона набором номера «03» во всех районах города или при личном обращении граждан на Станцию скорой медицинской помощи.
3. При внезапном ухудшении течения уже имеющегося заболевания вызовы скорой медицинской помощи принимаются с 19.00 до 8.00 в будние дни, в субботние дни с 18.00 до 9.00, воскресные дни с 15.00 до 9.00 (в нерабочие часы поликлиник).
4. Вызывающий (больной, по-

страдавший, родственники, другие лица) обязан:

- четко и точно ответить на все вопросы диспетчера, принимающего вызов;
- назвать точный адрес вызова (район города, улицу, номер дома и квартиры, этаж, код и номер подъезда), в случаях, когда местонахождение улицы или дома неизвестны, необходимо уточнить пути подъезда к адресу или месту происшествия назвать его общеизвестные ориентиры;
- назвать фамилию, пол, возраст больного или пострадавшего. Если вызывающему неизвестны паспортные данные больного или пострадавшего, то необходимо указать его пол и примерный возраст;
- максимально точно и достоверно описать жалобы больного или пострадавшего;
- сообщить, кто и с какого номера телефона вызывает скорую медицинскую помощь;
- обеспечить бригаде скорой медицинской помощи беспрепятственный доступ к больному или пострадавшему и необходимые условия для оказания медицинской помощи;
- изолировать домашних животных, которые могут осложнить оказание медицинской помощи больному или пострадавшему, а также причинить вред здоровью и имуществу медицинских работников бригады скорой медицинской помощи;
- оказывать содействие в транспортировке больного или пострадавшего в автомобиль;
- в случае транспортировки больного или пострадавшего в стационар предоставить бригаде скорой медицинской помощи документы больного или пострадавшего (паспорт и страховую полис);
- по возможности организовать

встречу вызванной бригады скорой медицинской помощи у ворот дома или подъезда, помочь поднести медицинскую сумку и аппаратуру от автомобиля до места оказания медицинской помощи.

В случаях агрессии больных, пострадавших или окружающих их лиц, в том числе находящихся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения; острого психического расстройства, угрожающих здоровью или жизни медицинских работников бригады скорой медицинской помощи, оказание медицинской помощи и транспортировка больных или пострадавших осуществляются в присутствии сотрудников милиции.

Лица, допустившие в адрес фельдшера по приему вызовов скорой медицинской помощи оскорбления, угрозы, осуществившие ложный вызов скорой медицинской помощи, а также допустившие хулиганские действия в адрес медицинского работника скорой медицинской помощи, причинившие вред его здоровью или имуществу, привлекаются к ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. Вопросы экстренной транспортировки (перевозки) больных и пострадавших согласно медицинским или социальным показаниям к госпитализации решаются бригадой скорой медицинской помощи в соответствии с законодательством, приказами управления здравоохранения администрации города Челябинска.

Экстренные больные и пострадавшие по жизненным показаниям доставляются бригадами скорой медицинской помощи в ближайšie от места вызова стационары города.

Сопровождение больного или пострадавшего родными или знакомыми

осуществляется с разрешения медицинских работников бригады скорой медицинской помощи.

Обязательное сопровождение детей до 18 лет их законными представителями или сотрудниками детских учреждений, если они присутствуют на месте оказания скорой медицинской помощи.

Сопровождение родными и знакомыми больного или пострадавшего, переносимого на носилках в стационар, желательно.

Заявки на транспортировку (перевозку) больных и пострадавших из лечебно-профилактических учреждений бригадами скорой медицинской помощи принимаются только от медицинских работников лечебно-профилактических учреждений с надлежащим оформлением направления на госпитализацию и по следующим показаниям:

- состояние больных и пострадавших средней и тяжелой степени тяжести;
  - необходимость проведения больному или пострадавшему лечебных мероприятий во время его транспортировки в стационар.
6. Бригада скорой медицинской помощи не выезжает для оказания медицинской помощи к больным и пострадавшим, которые способны самостоятельно обратиться в соответствующее лечебно-профилактическое учреждение и которым не требуется экстренная медицинская помощь, в том числе:
- к больным с повышенной температурой (при отсутствии угрозы жизни больного) в часы работы поликлиник;
  - к больным для выполнения плановых назначений участкового врача (инъекций, капельниц, перевязок и других назначений);
  - к больным, находящимся под на-

блюдением участкового врача по поводу хронических заболеваний, состояние которых не требует оказания экстренной медицинской помощи;

- к больным для оказания стоматологической помощи;

- к лицам для снятия алкогольного, наркотического и токсического абстинентного синдрома;

- для удаления клещей;

- для выдачи листов нетрудоспособности, заключений о состоянии здоровья, выписывания рецептов и заполнения каких-либо справок, а также составления судебно-медицинских актов;

- для осуществления внутрибольничных перевозок.

На службу скорой медицинской помощи не распространяются обязанности транспортировки трупов в патологоанатомические отделения и бюро судебно-медицинской экспертизы.

7. Фельдшер по приему вызовов, руководствуясь настоящими правилами, имеет право отказать вызывающему в приеме вызова. При этом он обязан оформить отказ в приеме вызова по установленной форме и дать вызывающему рекомендацию по обращению в соответствующее лечебно-профилактическое учреждение (поликлинику, женскую консультацию, туберкулезный, онко- или дерматологический диспансер, наркологический кабинет и другие лечебно-профилактические учреждения) с указанием его адреса и телефона.

При необходимости индивидуального решения нестандартной или конфликтной ситуации следует обращаться к старшему врачу Станции скорой медицинской помощи.

8. При заболеваниях детей (кроме несчастных случаев и состояний, угрожающих жизни ребенка) экстренная медицинская помощь осуществляется пунктами неотложной медицинской помощи детям. Указанные пункты расположены в каждом районе города и обеспечивают круглосуточное врачебное обслуживание детей от рождения до 18 лет при наличии:

- повышенной температуры;
- боли различной локализации (головная боль, боль в ушах, в горле, иная боль);
- кашля (не сопровождающегося одышкой и приступами удушья);
- сыпи;
- не прекращающегося крика и других симптомов.

До 14 часов дня врачи пунктов неотложной медицинской помощи осуществляют транспортировку детей (кроме угрожающих состояний) в стационары по направлению участковых педиатров.

9. Архивно-справочный кабинет Станции скорой медицинской помощи выдает устные справки при обращении граждан о месте нахождения больного или пострадавшего, обслуженного бригадой скорой помощи.

## Факторы риска развития артериальной гипертензии

Гипертоническая болезнь — это хроническое заболевание, она не появляется сама по себе, т. е. должны быть какие-то предпосылки или факторы риска. Эти факторы риска у своих пациентов врачи наблюдают на приемах.

Женщина 50 лет с избыточной массой тела. В медицинской карте несколько поставленных ранее диагнозов: гипертоническая болезнь, сахарный диабет, гиперхолестеринемия. Во время беседы выяснилось, что женщина не может организовать правильный режим питания. Со следующим пациентом затруднительно находиться рядом — настолько его одежда пропиталась табачным дымом. Еще одна пациентка, к сожалению, злоупотребляет спиртным. У многих пациентов перенапряжение нервной системы. А вот совсем печальный пример: двадцатилетний молодой человек болен гипертонической болезнью уже несколько лет. А метод лечения у

него такой — лежание на диване. А между тем малоподвижный образ жизни приводит к перестройке обмена: нарушению усвоения углеводов в организме; накоплению холестерина, жирных кислот, нейтрального жира, то есть к ожирению.

Доказано: сердечно-сосудистые катастрофы чаще отмечались у людей сидячих профессий, не тренирующихся регулярно (менее 5 раз в неделю). Известный австрийский кардиолог В. Рааб назвал современного цивилизованного человека «деятельным бездельником».

Все перечисленные выше элементы поведения — это факторы риска развития сердеч-

но-сосудистой патологии. Факторы эти изменяемые, т. е. человек в состоянии сам, конечно, с помощью врача, устранить их из жизни, скорректировать свое гигиеническое поведение.

Существуют и неизменяемые факторы риска: возраст и наследственность — с этим ничего не поделаешь, но можно смягчить их действие, т. е. вести правильный образ жизни.

Всем людям с плохой наследственностью и факторами риска рекомендуется измерять артериальное давление и сахар крови с 25 — 30 лет, а тем, кто чувствует себя здоровым, с 30 — 35 лет, холестерин — с 35 — 40 лет. Даже небольшие отклонения от нормы могут быть предвестниками болезни.

Л.Н. ПОБЕРЕЖНАЯ,  
участковый терапевт  
МУЗ ГКБ № 3.





# РАЗВИВАЮЩИЕ ИГРЫ ДЕТЕЙ

от 1 года до 3 лет

Кто самый лучший специалист по раннему развитию малыша? Это его мама, она помогает ребенку открыть целый мир, адаптироваться в нем. С помощью игры и игрушек ребенок познает окружающий мир. Поэтому очень важно начинать игры с поздравления новорожденного и постепенно усложняя их с возрастом.

**Игра «Кто спрятался»** — подготовить магнитофон с записанным вашим голосом каким-то звукоподражанием (например, «МУ-У») в течение нескольких минут. Спрячьте магнитофон в комнате и поставьте за ним игрушечную корову. Кроха должен найти по звуку животное. Так можно записать звукоподражание кошки, собаки и др. Эта игра развивает детскую речь, слуховое сосредоточение, ориентировку в пространстве.

**Игра в «шмеля»**. Вырежьте шмеля из открытки, журнала, приклейте на картон, прикрепите к нему веревочку 40 см. Подготовьте аудиозапись музыкальной композиции Римского-Корсакова «Полет шмеля» и в такт музыке крутите его и жужжите. Затем спрячьте его, оставляя видимым часть открытки. При приближении жужжите сильнее, при удалении тише. Ребенок должен найти шмеля.

**Игра «Поможем маме»**. Приготовьте 2 больших пластмассовых ведра: одно круглое, другое квадратное. Подберите различные предметы круглой и квадратной формы (яблоки, кубики, клубочки и др.). Разбросайте их по комнате и предложите ребенку потрогать их, а потом соберите их вместе с малышом в ведро с квадратным основанием — все квадратные, с круглым — круглые. При этом рассказывайте крохе о своих ощущениях.

**Игра «Веселые фрукты»**. Для игры приготовьте круглые фрукты, уже введенные в рацион



вашего малыша, и тазик с водой, предложите малышу катить яблоко по столу, к краю которого поставлен тазик с водой. Когда яблоко упадет, достаньте его и опять отдайте ребенку.

**Игра в ванной «Тонет — не тонет»**. Подберите любые предметы от чайной ложки до пластмассовой расчески. Пусть ребенок кидает предмет в воду; если тонет, то ребенок хватается предмет, формируются хватательные движения, если не тонет, научите малыша дуть на предмет, чтобы он двигался, — способствует развитию правильного речевого дыхания.

**Музыкальная игра «Цыплятки»**. Подготовьте много мелких предметов различной формы: фасоль, горох, маленькие кусочки бумаги. Предложите крохе собрать предметы, приговаривая «Пи-пи-пи», можно присоединить музыку, пение.

**Кухня — отличное место для игр**. Особенно когда на улице льет дождь, а дома все игрушки наскучили.

**Игра «На поиски клада»**. Возьмите широкую

посуду, насыпьте туда крупу (пшено, рис и др.), следом набросайте мелкие игрушки, монетки и т. п. Поставьте миску, куда ребенок будет складывать свои «сокровища». Покажите ребенку, как находить игрушки.

**Игра «Разберем по крупице»**. Вспомним, как мышки помогли девочке разобрать крупу в сказке «Золушка». Научите малыша разбирать зерна по чашкам. Это хорошо развивает моторику.

**Игра «Подбираем крышки»**. Поставьте перед крохой несколько баночек, емкостей (они должны отличаться размером и формой) с закрытыми крышками. Предложите открыть все баночки, а потом снова закрыть, правильно подобрать крышки.

**«Учимся стирать»** — увлекательная игра для ребенка, которая развивает моторику, повышает самооценку. Покажите ребенку, как нужно стирать, намыливать, полоскать, отжимать, развешивать. Протяните веревку на стулья и дайте ре-

бенку прищепки, чтобы он повесил вещи.

**«Маленький театр»**. Возьмите несколько игрушек — зайца, петушка, мышонка, лисичку и др., спрячьте их в мешок или за спину, рассказывая сказку, вытаскивайте по ходу действия нужный персонаж и говорите от его лица. Вырежьте из картона домик, сделайте деревья из пластилина. От старых резиновых игрушек можно отрезать головы и прикрепить их к перчаткам. Ребенок постарше может сам стать персонажем.

**«Игра с красками»**. Увлекательное занятие раскрашивать какие-то вещицы (можно из теста) или наносить изображение на стену в определенном месте. Расскажите ребенку о свойствах красок, покажите, как их смешивать: синий и желтый дают зеленый, красный и синий — фиолетовый.

Очень полезна для детей зарядка для пальчиков. Развитие рук связано с развитием речи. Пусть пальчики малыша работают.

■ Поочередно загибайте пальцы, приговаривая: этот пальчик хочет спать, этот пальчик лег в кровать, этот пальчик прикорнул, этот пальчик уже заснул. Встали пальчики — «ура». Всем гулять идти пора!

■ Большим пальцем ребенок касается кончиков других: Я здороваюсь везде — дома и на улице. Даже «здравствуй» говорю я соседской курице.

**Когда вы покупаете детям игрушку, то объясните, как можно в нее играть: из кубиков строят башни, дороги; куклу одевать и кормить. Можно найти игрушки дома из обихода: флаконы из-под духов, шампуней, коробочки из-под зубной пасты и др. Все это вызывает восторг у малыша.**

Приятно просто так порвать картон, а можно с мамой вырезать стульчики, шкафчики для кукол. Первые слова появляются к году и к двум годам. Однако индивидуальные темпы развития языка сильно отличаются. Здесь много зависит от того, как вы разговариваете с малышом. Речь должна быть правильной, с четкой артикуляцией. Помощником в деле освоения новых слов в развитии ребенка станет книга «Топ-топ, бух» (изд. Дом карапуза); «Посиди, послушай» (изд. Дрофа); книга стихов Саши Черного «Девочка поет» и др.

Доверяя детям «взрослые» дела, не забывайте о технике безопасности. Ребенок должен знать, почему нужно быть осторожным с мелкими предметами, мылом, мыльным порошком, чайником и др.

Вот так с играми и забавами растет ваш ребенок и адаптируется к окружающему миру.

**Л.В. КУЗЬМИНА,**  
врач МУЗ ДГП № 3.



## ЗАИКАНИЕ

ЗАИКАНИЕ — НАРУШЕНИЕ ТЕМПО-РИТМИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ РЕЧИ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ СУДОРОЖНЫМ СОСТОЯНИЕМ МЫШЦ РЕЧЕВОГО АППАРАТА.

Можно выделить две группы причин: предрасполагающие («почва») и производящие («толчки»). К предрасполагающим относятся:

■ невропатическая отягощенность родителей — нервные, инфекционные и соматические заболевания, ослабляющие или дезорганизирующие функции центральной нервной системы;

■ невропатические особенности самого заикающегося — ночные страхи, энурез, повышенная раздражительность, эмоциональная напряженность;

■ конституциональная предрасположенность — заболевание вегетативной нервной системы и повышенная ранимость высшей нервной системы, ее особая подверженность психическим травмам;

■ наследственная отечность — заикание развивается на почве врожденной слабости речевого

аппарата, которая может передаваться по наследству;

■ поражение головного мозга в различные периоды развития под влиянием многих вредных факторов: внутриутробные и родовые травмы, асфиксия; постнатальные — инфекционные, травматические и обменно-трофические нарушения при различных детских заболеваниях.

**В группе производящих причин выделяют:**

■ анатомо-физиологические причины — физические заболевания с энцефалитическими последствиями; травмы — внутриутробные, родовые, нередко с асфиксией, сотрясение мозга; органические нарушения мозга, при которых могут повреждаться подкорковые механизмы, регулирующие движения; истончение или переутончение нервной системы в результате интоксика-

ций и других заболеваний, ослабляющих центральные аппараты речи: рахит, глисты, в особенности болезни внутренней секреции, обмена; болезни носа, глотки и гортани; несовершенство звукопроизводительного аппарата в случаях дислалии, дизартрии и задержанного развития речи;

■ психические и социальные причины: кратковременная-одномоментная — психическая травма (испуг, страх); длительно действующая психическая травма, под которой понимается неправильное воспитание, воспитание «примерного» ребенка; хронические переживания, длительные отрицательные эмоции, чрезмерной радости; неправильное формирование речи в детстве: речь на вдохе, скороговорение, нарушения звукопроизношения, быстрая нервная речь родителей; перегрузка детей младшего возраста речевым материалом; одновременное овладение в раннем возрасте разными языками, подражание заикающимся.

Возможность преодоления заикания зависит от многих условий, в первую очередь от его механизмов, от сроков начала комплексного воздействия и полноты его применения, от возраста и т. д. Можно считать, что чем моложе возраст, чем активнее и жизнерадостнее общее поведение, чем меньше отделов речевого аппарата захвачено судорогой и чем слабее сама судорога, чем меньше психических наслоений, тем лечение благоприятнее. Для заикания, развивающегося на почве врожденного отягчения или приобретенной нейрпатии, а также появившегося без видимых внешних воздействий, лечение более затруднительно и в значительной степени зависит от личности ребенка.

Наиболее благоприятен возраст 2 — 4 года. Менее благоприятным оказывается возраст 10 — 16 лет, пубертатный период (обостренная психическая ранимость, стремление к свободе, самостоятельности, нелюдимость и другие отрицательные личностные качества).

Профилактика заикания осуществляется комплексно и последовательно. В первую очередь необходимо предупредить отрицательные воздействия на ребенка после рождения (беречь от ушибов голову, содержать в порядке носоглотку, ротовую полость, не допускать хронических заболеваний, своевременно проводить лечение, удалять аденоидные разращения). Поскольку устная речь развивается по подражанию, то для ребенка могут сыграть неблагоприятную роль лица с заиканием и

другими нарушениями речи, следует стимулировать детей к общению, но удерживать от слишком быстрой многословной речи. Нервно предрасположенным нужно создавать более спокойную обстановку: ограничить речевое общение и активные игры, не баловать новыми игрушками, по возможности избегать большого общества вокруг них.

Целесообразно особое внимание обратить на профилактику рецидивов, исходя из их причин. Можно указать следующие рецидивы: плохие социально-бытовые условия (нервная обстановка, грубое обращение с ребенком, перегрузка нервной системы учением, дополнительными занятиями, работой, психическое перенапряжение); недостаточно прочное закрепление успеха в процессе логопедических занятий; недостаточно глубокое перевоспитание личности заикающегося, неполное устранение вторичных психических наслоений, вяло текущие хронические заболевания; болезни, истощающие нервную систему; психические травмы; нарушение режимов деятельности, а также режимов сна, питания, отдыха. В большинстве случаев заикание излечимо, но процесс этот длительный.

**Л.Я. ГОРЛАЧ,**  
логопед МУЗ ДГКБ № 9.

ГОРОДСКАЯ БЕСПЛАТНАЯ  
ГАЗЕТА  
НА ЗДОРОВЬЕ



Учредитель —  
городской центр медицинской  
профилактики. Газета зарегистрирована  
Уральским региональным управлением  
Комитета РФ по печати.  
Рег. № Е — 2168 от 07.05.97.

Главный редактор **И.В. СМОЛЕНЦЕВА.**

АДРЕС РЕДАКЦИИ: Челябинск, ул. С.Кривой, 30.  
ТЕЛ./ФАКС РЕДАКЦИИ (351) 263-09-12.

Отпечатано в ОАО «Челябинский Дом печати»,  
Свердловский пр., 60.

Заказ № ТИРАЖ 50000 экз.

Электронную версию газеты читайте  
на медицинском портале [www.med74.ru](http://www.med74.ru)