

- ☞ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ
- ☞ ГИГИЕНА НОВОРОЖДЕННОГО
- ☞ ЛЕЧЕНИЕ ЖАРА И ПРОСТУДЫ

НА ЗДОРОВЬЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА

ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

14 ноября – Всемирный день сахарного диабета

РАЗГОВОР С ГЛАВНЫМ СПЕЦИАЛИСТОМ

Т.Н. ВАЙЧУЛИС,
гл. эндокринолог города

харного диабета: к этому относятся постоянные выступления врачей на радио, телевидении и в печати.

Диагностика сахарного диабета проводится как в амбулаторных условиях, так и в стационарах города. Очень много выявляется больных при проведении профосмотров на предприятиях, в которых участвуют все эндокринологи города. Обязательно осматривается все работающее население, трудящиеся заводов и вредных производств. Забытые после 90 годов XX века профосмотры сейчас получили второе рождение, и результаты говорят сами за себя — выявление больных с сахарным диабетом значительно увеличилось, в том числе на ранних стадиях, а своевременно начатое лечение значительно отодвигает тяжелые осложнения.

Еще в 1996 году была создана Федеральная целевая программа «Сахарный диабет», которая успешно существует до сих пор. Благодаря ее деятельности продолжительность жизни больных с сахарным диабетом существенно увеличилась и не отличается от средней продолжительности жизни всего населения. По этой программе эндокринологическая служба города получает инсулины и сахароснижающие препараты и в небольшом количестве тест-полоски, необходимые для самоконтроля. С 1998 года стала функционировать городская программа по сахарному диабету, дополнительное финансирование которой за счет городского бюджета позволяет получать высококачественный инсулин и таблетированные препараты.

В своей работе мы всегда пользовались новейшими технологиями как в диагностике, так и в лечении. Введение инсулина с помощью шприц-ручек безболезненно, безопасно и дает возможность пациенту быть свободным и не привязанным к дому, а следовательно, успешно и творчески работать, не отвлекаясь на инъекции. Последние годы активно развивается помповая инсулиноterapia. Благодаря ее применению сократилась частота инъекций инсулина у таких больных, стали более редкими гипогликемии.

В помощь эндокринологам в городе успешно работает Центр по лечению диабетической стопы (клиника Медицинской академии) и офтальмоэндокринологический центр (ГКБ № 11).

В лечении наших пациентов очень важна взаимосвязь врача и больного. С этой целью в городе регулярно проводятся школы сахарного диабета, на занятиях которых больные получают необходимые теоретические знания и практические навыки по планированию питания, технике введения инсулина, самопомощи при гипогликемиях, самоконтролю гликемии. Благодаря работе таких школ удается приостановить развитие осложнений.

Наука, между тем, не стоит на месте, с каждым годом появляются новые препараты, облегчающие состояние больных с сахарным диабетом. Мы надеемся, что благодаря усилиям мировой общественности и медицинской науки эпидемию сахарного диабета можно остановить.



Жить, побеждая диабет!

2008 год, как и прошлый, объявлен Организацией Объединенных Наций годом сахарного диабета (СД) у детей и подростков. Девиз его — «Жить, побеждая диабет!».

Каждые 10 секунд 2 человека на Земле заболевают диабетом, один человек умирает от его последствий. По оценке ВОЗ, количество больных СД в мире неуклонно растет, каждые 10 лет число их удваивается.

Предполагается, что к 2010 году число больных СД 1 типа достигнет 5,5 млн, а СД 2 типа — 213 млн чел.

В России больны сахарным диабетом более 16000 детей и 13000 подростков. Ежегодно регистрируется более 2200 новых случаев, около 1000 человек заболевают СД 1 типа. В Челябинске на учете 230 детей и подростков, больных сахарным диабетом 1 типа, ежегодно впервые он выявляется у 30 — 35 детей. У 88 процентов СД проявляется острым диабетическим кетоацидозом или диабетической комой.

Сахарный диабет — хронический метаболический синдром, характеризующийся гипергликемией, глюкозурией и связанными с ними нарушениями обмена веществ. Развитие синдрома обусловлено абсолютной или относительной недостаточностью инсулина в организме, приводящей к нарушению углеводного, жирового, белкового обмена и глубокой дезорганизации внутриклеточного метаболизма.

СД ассоциируется с повышенным уровнем глюкозы в крови и развитием сосудистых осложнений — поражением сосудов глаз, почек, нервов, коронарных, мозговых сосудов, сосудов нижних конечностей. Сосудистые осложнения более чем в 3 раза увеличивают стоимость лечения и являются причиной преждевременной инвалидизации и смерти больных.

Международной диабетической федерацией (IDF) признано, что Россия входит в первую двадцатку лучших стран мира по решению вопросов, связанных с ведением больных сахарным диабетом.

Лечение сахарного диабета у детей проводится инсулином. Все дети получают только генноинженерные человеческие инсулины шприц-ручка-

ми в базисно-болюсном режиме. И снабжаются инсулинами и шприц-ручками бесплатно и регулярно. Необоснованная многократная смена вида инсулина недопустима!

Около 55 процентов детей получают хумалог — инсулин ультракороткого действия в сочетании с лантусом — бескриковым аналогом человеческого инсулина, что позволяет достигать лучшей компенсации СД у маленьких детей и подростков, а также у детей, склонных к частым гипогликемиям. Дети нуждаются в переводе на инсулин бескрикового действия — лантус, применение которого улучшает качество жизни (уменьшается количество инъекций, что немаловажно, т.к. больной за всю свою жизнь получает около 75000 инъекций).

Почти три года назад в г. Челябинске начато использование инсулиновых помп у больных СД. В январе 2008 г. администрацией Челябинской области было закуплено 100 экземпляров для детей и подростков, больных сахарным диабетом 1 типа. Переведено на помповую терапию уже более 120 человек с тяжелым лабильным течением СД.

Показания к переводу на инсулиновую помпу: частые скрытые гипогликемии, симптом «утренней зари», высокая чувствительность к инсулину, неконтролируемый диабет, плохой гликемический контроль, беременность.

Преимущества инсулиновой помпы: частота инъекций 1 раз в 3 дня, редкие гипогликемии, используется только ультракороткий инсулин в базальном режиме, суточная доза уменьшается на 20 — 25 процентов, стиль жизни менее ограничен. Но инсулиновая помпа не панацея, не метод лечения сахарного диабета, а современное средство введения инсулина. Помповая инсулиноterapia требует тщательного обучения пациента и мотивации его на обучение. При помповой терапии необходим еще более тщательный самоконтроль (определение уровня глюкозы в крови

от 4 до 10 раз в сутки, строгий учет питания, подсчет количества съеденных углеводов — хлебных единиц, своевременная четкая коррекция вводимого инсулина). Только правильно спланированный и контролируемый режим питания, физические нагрузки, коррекция дозы вводимого инсулина с учетом уровня глюкозы крови являются залогом успешной помповой инсулинотерапии!

«Инсулинотерапия — потеря времени и средств, если больной не проводит самоконтроль» (Э.Джослин, США), особенно при наличии средств для проведения экспресс-анализа гликемии и глюкозурии в домашних условиях.

Главный фактор риска осложнения СД — гипергликемия и, как ее отражение, повышенный уровень гликированного гемоглобина.

Гликированный гемоглобин — важный показатель компенсации сахарного диабета. Он должен быть в пределах 6 — 7,5 процента.

Если гликированный гемоглобин 7-процентный, то пациент проживет 83 года, если 8-процентный — только 42 года. 9-процентный — 20 лет, 10-процентный — 10 — 15 лет.

В процессе управления СД активную роль играет сам больной, от которого зависит 90 процентов успеха. Для детей, как и для взрослых пациентов, организовано обучение в школе для больных сахарным диабетом, которое стало такой же составной частью лечения, как сахароснижающие препараты и инсулин. Обучение сокращает время адаптации к СД, диктует необходимость изменить образ жизни и избавиться от депрессии.

В настоящее время предлагается большой выбор средств самоконтроля — от визуальных тест-полосок до самых современных глюкометров, что позволяет определять уровень глюкозы в крови в привычных условиях — дома, в школе, на отдыхе, во время занятий спортом.

Окончание на 4-й странице.



В декабре 2006 года Организация Объединенных Наций приняла резолюцию по борьбе с сахарным диабетом. Это была первая резолюция, которая объявила о всемирной угрозе этого хронического неинфекционного заболевания и его осложнений. Сахарный диабет — тяжелое заболевание, которое представляет собой не только высокую опасность для всего человечества, но и является исключительно важной медико-социальной, экономической и этической проблемой. Если говорить о хронических заболеваниях, то это одно из первых заболеваний, на которое обратила внимание Организация Объединенных Наций после таких, как туберкулез, ВИЧ-инфекция и малярия. С чем это связано? Прежде всего с тем, что от этого заболевания в мире страдает большое количество людей. Эта цифра в нашей стране достигает 8 миллионов и носит характер эпидемии. Очень многим больным с сахарным диабетом грозит ампутация нижних конечностей, развитие почечной недостаточности, потеря зрения. Кроме того, на фоне этого заболевания очень быстро прогрессирует ишемическая болезнь сердца. Именно поэтому обращение ООН направлено к мировым сообществам: главам государства, правительствам стран, а также к различным неправительственным организациям с призывом сделать все возможное, чтобы остановить эпидемию сахарного диабета. Для этого необходимо организовать адекватную медицинскую помощь населению, обеспечить лекарственными препаратами людей, страдающих от этого заболевания.

В Челябинске такая работа проводится довольно успешно. Вновь выявленные случаи сахарного диабета обязательно вносятся в государственный регистр. Регистр — это очень важный раздел работы эндокринологов, так как туда вносятся данные каждого пациента с момента постановки диагноза. Ежегодно регистр пересматривается, вносятся все изменения, касающиеся здоровья пациента, в том числе и осложнения. Помимо этого там регистрируются все препараты, которыми лечится пациент, что дает возможность делать выводы о качестве лечения.

Кроме того, по данным регистра мы можем планировать получение диагностического оборудования, например, офтальмологического, чтобы правильно и своевременно диагностировать такое грозное осложнение сахарного диабета, как ретинопатия. Мы также можем планировать закуп тест-полосок для диагностики микроальбуминурии с целью своевременного предотвращения нефропатии.

Также большое внимание медицинская общественность уделяет профилактике и раннему выявлению са-



ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ

Анемия, или малокровие – это патологическое состояние, характеризующееся уменьшением концентрации гемоглобина и в подавляющем большинстве случаев числа эритроцитов в единице объема крови. Может проявиться во все периоды жизни человека не только при некоторых заболеваниях, но и при физиологических состояниях, например, при беременности. Важное социальное значение имеет проблема анемий у детей раннего возраста, так как у маленьких детей анемия может привести к нарушениям физического развития и обмена веществ.

Об этом заболевании рассказывает главный гематолог города, заведующий гематологическим кабинетом МУЗ ГКБ № 1 Владимир Эдуардович БОТВИНОВСКИЙ.

Данный синдром весьма распространен и представляет интерес для врачей всех специальностей. По статистике Всемирной организации здравоохранения, анемия — это одна из частых, если не самая частая, группа болезней.

Заключение о наличии анемии основывается на данных анализа периферической крови: для мужчин — это снижение уровня гемоглобина менее 130 г/л и показателя гематокрита ниже 42 процентов, а для женщин — гемоглобин ниже 120 г/л и гематокрит ниже 37 процентов.

Причины, механизмы развития анемий очень многочисленны и разнообразны. В основе их развития могут быть различные негематологические заболевания:

- органов дыхания (легочные кровотечения), такие как рак легкого, туберкулез, бронхоэктазия, а также воспалительные и неспецифические заболевания легких;

- сердечно-сосудистой системы — носовые кровотечения у больных с гипертонической болезнью, с расслаивающейся аневризмой аорты;

- желудочно-кишечного тракта — ангиомы и телеангиомы, геморрой, трещины прямой кишки, глистные инвазии, дивертикулез, полипоз кишечника, неспецифический язвенный колит, рак желудка и кишечника, эрозивный и геморрагический гастриты, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, при резекции значительной части тонкого кишечника, синдроме нарушенного всасывания при хронических энтеритах.

- печени — цирроз и внепеченочная портальная гипертензия, осложненные кровотечениями из вен пищевода, желудка, геморроидальных узлов;

- почек — осложненные гематурией (наличие эритроцитов в моче), хронические гломерулонефриты и пиелонефриты, почечно-каменная болезнь;

- женской половой сферы — длительные кровотечения при дисфункции яичников, фибромиоме, раке матки, полипозе, эндометриозе.

- гемморрагические диатезы, связанные с нарушением свертывания крови, низким содержанием тромбоцитов.

Следует учитывать, что во многих случаях не одно, а два и более заболеваний могут быть причинами развития железодефицитной анемии.



К анемиям часто приводит первичное поражение костного мозга (аплазия, лейкозы).

В основе развития анемий лежат три механизма:

1. Недостаточная продукция эритроцитов вследствие дефицита важнейших факторов (железа, витамина В₁₂, фолиевой кислоты, белка и т. д.), неэффективная выработка эритроцитов (миелодиспластический синдром), угнетение костномозговой функции (гипоплазия, рак).

2. Повышенный распад эритроцитов (гемолиз).

3. Потери эритроцитов (кровотечения).

Из всех анемий самой распространенной является железодефицитная анемия, она составляет до 70 — 80 процентов всех диагностируемых анемий. По статистическим данным эта патология занимает первое место из 38 самых распространенных заболеваний человека. В мире

от этого заболевания страдает около 7 млн человек. В различных регионах России железодефицитная анемия выявляется у 6 — 30 процентов населения.

Группами риска по развитию этой патологии являются новорожденные, дети пубертатного возраста, менструирующие женщины, женщины в период беременности и лактации, а также больные старших возрастных групп.

Высокий риск развития анемии возникает при низком социально-экономическом положении семьи, донорстве, питании с ограничением содержания железа, у детей — при низком весе ребенка при рождении (менее 2500 гр).

Причиной железодефицитной анемии является несоответствие между потребностью организма в железе и его поступлением — при различных заболеваниях и состояниях, сопровождающихся кровопотерями, в том числе при частых заборах крови, донорстве. Другими причинами развития железодефицитной анемии является повышенная потребность в железе (в период роста, беременности, лактации), нарушение всасываемости железа, недостаточное поступление железа с пищей (вегетарианство, голод). Редкой причиной железодефицитной анемии является врожденный дефицит железа.

Клиническая картина железодефицитной анемии весьма разнообразна. Может проявляться головкружениями, головными болями, шумом в ушах, мельканием мушек перед глазами, слабостью, утомляемостью, снижением работоспособности, бледностью кожи, сердцебиением, одышкой при физической нагрузке, сухостью кожи, слоистостью, ломкостью ногтей, расслаиванием кончиков волос и их выпадением, извращением вкуса (желание есть мел, зубную пасту, мел и т. д.), запаха (ацетон, бензин). Редко встречается жжение языка, нарушение глотания, признаки гастрита, недержание мочи при кашле, смехе, ночное недержание мочи у девочек.

Процесс диагностики железодефицитной анемии условно можно разделить на три этапа: выявление собственно анемии, подтверждение железодефицитного характера анемии и выявление заболевания, лежащего в основе развития анемии. Выявление снижения уровня гемоглобина проводится у больных с клиническими признаками заболевания, при исследовании анализа крови в связи с другой патологией, при проведении медицинских осмотров.

На втором этапе диагностики проводится тщательное лабораторное исследование, включающее определение общего анализа крови, оценку содержания запасов железа — определение уровня сывороточного железа, исследование общей железосвязывающей способности сыворотки, определение уровня ферритина в крови.

Следует помнить, что исследование запасов железа проводится до назначения лечения препаратами железа. Если препараты железа уже назначены, их отменяют на 7 — 9 дней, после чего определяют содержание железа в сыворотке.

Для поиска заболевания, лежащего в основе дефицита железа, используют дополнительные методы инструментального и лабораторного обследования (рентгенологическое и эндоскопическое исследование, ультразвуковое исследование орга-

нов брюшной полости, почек, органов малого таза и т. д.)

Пациентам с впервые выявленными признаками железодефицитной анемии без явного источника кровопотери проводится тщательное лабораторно-инструментальное обследование, направленное на определение и устранение причины дефицита железа.

Принципы лечения железодефицитной анемии заключаются в коррекции причин, лежащих в основе дефицита железа.

Основой заместительной терапии дефицита железа являются препараты железа в адекватно высокой суточной дозе при хорошей переносимости. В связи с тем, что железо из большинства современных железосодержащих препаратов хорошо всасывается в кишечнике, в большинстве случаев возможно применение препаратов железа внутрь. В виде инъекций препараты железа назначают при наличии патологии кишечника с нарушением всасывания (тяжелые энтериты, резекция тонкого кишечника и др.) либо при полной непереносимости таблетированных препаратов (тошнота, рвота, срывы стула).

Повышению биодоступности железа способствует присутствие аскорбиновой и янтарной кислот, фруктозы, цистеина. Овощи и фрукты — шпинат, петрушка, томаты, морковь, черная смородина, лимоны, апельсины, облепиха, земляника, шиповник, яблоки — содержат небольшое количество железа, но благодаря присутствию в них аскорбиновой и лимонной кислот существенно повышают его всасывание из пищи. Пища должна содержать достаточно белка и витаминов. Всасывание железа может уменьшаться под влиянием танина чая, соли кальция, молока, а также при одновременном применении ряда медикаментов (тетрациклиновый ряд, альмагель, фосфалюгель, препараты кальция, витамин С и др.) Для снижения вероятности побочных эффектов препараты солей железа принимают до еды.

Необходимо учитывать, что только диетой вылечить железодефицитную анемию нельзя. Всасывание железа из пищевых продуктов ограничено: не более 2,5 мг в сутки даже при сбалансированном рационе и обогащении диеты продуктами с высоким содержанием железа.

Восстановление запасов железа, нормализация уровня гемоглобина — процесс длительный, требующий от пациента терпения и дисциплины.

Новости в медицине

НА 2009 ГОД ЗАПЛАНИРОВАН СТАРТ двух важных программ в сфере здравоохранения: совершенствование организации медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями и формирование здорового образа жизни.

Эти направления самые трудные в силу того, что они потребуют масштабных преобразований в организации профилактики и лечения, значительного финансирования и, главное, изменения отношения наших граждан к своему здоровью.

В целом в настоящее время текущие направления приоритетного национального проекта «Здоровье» реализуются успешно. В России растет рождаемость, улучшается материально-техническая база медицинских учреждений и

повышается заработная плата медицинских работников, успешно реализуется система выдачи родовых сертификатов.

Однако в первом полугодии 2008 года есть отставание в строительстве высокотехнологичных медицинских центров, диспансеризации, прививках.

Программы, запущенные в самом начале нацпроекта, выходят на стабильный режим развития, а в этом году к ним добавились новые направления — по снижению смертности от дорожно-транспортных происшествий и по совершенствованию медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях.

В ближайшее время приоритетные национальные проекты будут реформированы в государственные программы,

реализация которых начнется с 2009 года.

Решено сохранить в госпрограммах развитие здравоохранения, образования, жилищного строительства, сельского хозяйства, все оправдывающие себя эффективные направления, по которым развиваются нацпроекты.

Госпрограммы будут подготовлены в течение ближайшего месяца и вынесены на рассмотрение на следующем заседании совета по нацпроектам. Необходимые на реализацию новых госпрограмм средства уже заложены в бюджете.

С 2009 ГОДА ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ НАЧАТЬ СЕРЬЕЗНУЮ РАБОТУ по информатизации системы здравоохранения в целом, которая до сих пор осуществлялась самостоятельно субъектами РФ.

Сегодня стоит задача более серьезного подхода к информатизации здравоохранения. Помимо достаточно серьезных денег, которые в рамках госпрограммы оцениваются в сумме более 16 млрд руб., предполагается еще и создание регистра больных, создание полной базы данных по лечебно-профилактическим учреждениям, внедрение электронной карты пациента.

В Министерстве здравоохранения и социального развития РФ заканчивается разработка Концепции развития здравоохранения до 2020 года, которая является продолжением Концепции долгосрочного развития РФ до 2020 года.

В.М. ПАПШЕВ,
врач-методист.



Первый месяц жизни малыша педиатры называют неонатальным, или периодом новорожденности. Именно в это время закладывается фундамент здоровья и развития. Поэтому так важен правильный уход.

Мамам полезно знать некоторые особенности новорожденного ребенка. Вот они.

У малыша может быть любое количество волос на голове: от полного их отсутствия до буйной растительности — и то и другое вполне нормально. Как правило, большая их часть со временем выпадет и будет заменена. Кожа новорожденного в 5 раз тоньше кожи взрослого, обильнее кровоснабжается, поэтому больше подвержена негативным внешним воздействиям и требует особенно бережного ухода. Ногти доходят до кончиков пальцев или даже выступают за них — это признак доношенности.

Кожа носа у новорожденного часто бывает обсыпана мелкими беловатыми точками — это железы, которые выделяют жировой секрет.

Внутриутробно дети обычно покрыты тонким слоем пушковых волос. У некоторых они есть между лопатками и на спине. Как правило, через 1 — 2 недели после рождения они выпадают.

Большой родничок — это мягкий участок на голове малыша в виде ромба — место соединения костей черепа. Размеры его у всех детей разные. Постепенно кости срастутся и родничок закроется (как правило, в период с 1 года до 1,5 года).

ЕЖЕДНЕВНЫЙ ТУАЛЕТ. Туалет новорожденного проводится ежедневно утром. В первые два — три месяца лицо ребенка умывают кипяченой водой. Каждый глаз промывается отдельным ватным шариком, в направлении от наружного угла глаза к внутреннему. Затем лицо промокают чистыми салфетками.

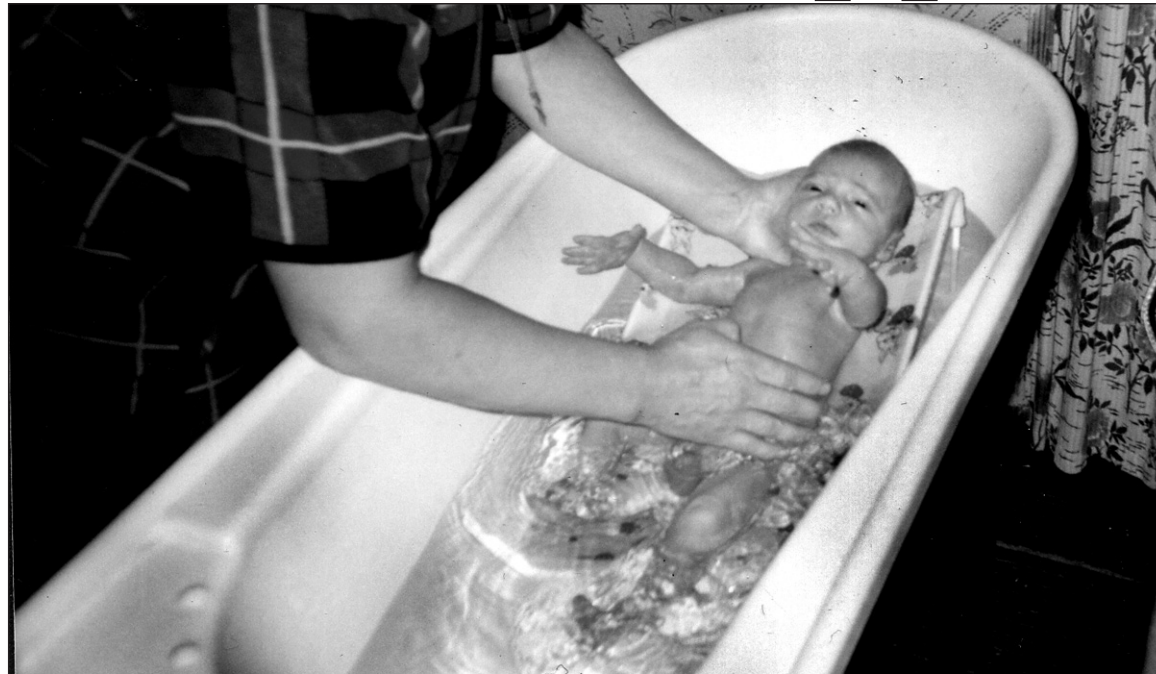
Носовые ходы прочищают каждый в отдельности тугими ватными жгутиками, смоченными стерильным растительным маслом (вазелиновым, персиковым и др.), купленным в аптеке.

Если воздух в комнате слишком сухой и ребенок стал сопеть носиком, можно развесить смоченные водой пеленки или разбрызгать воду пульверизатором. Еще лучше включить увлажнитель воздуха. Так как носовые ходы у младенцев очень узкие, то сухая слизистая носа доставляет массу неудобств малышу — он становится капризным, раздражительным, отказывается от груди. В этом случае можно капнуть в нос ребенку раствор хлорида натрия или обычную слабосоленую кипяченую воду. Наружные слуховые проходы также прочищают ватными фитильками, смоченными в теплой кипяченой воде, но по мере необходимости (если скопилось сера). Ушную раковину можно оттянуть книзу и кзади — тогда наружный слуховой проход выпрямится и вы почистите его в пределах видимости (этого достаточно, далеко засовывать ватный фитилек не нужно).

Затем вы протираете все складочки на теле малыша сначала кипяченой водой, чтобы удалить пот; в заключение смазываете стерильным маслом. Сначала обрабатывают складочки на шее, далее подмышечные области, ладони малыша и между пальчиками, затем складочки на бедрах; паховые складки и напоследок между ягодицами.

ПОДМЫВАНИЕ. Область промежности ребенка нуждается в постоянном и тщательном уходе. Подмывать малыша желательнее после каждого мочеиспускания и обязательно после каждого акта дефекации теплой проточной водой. Чтобы кишечные микроорганизмы не попали во влагалище и уретру, не нарушился микробиоценоз кожи промежности, девочку подмывают спереди назад водой без мыла. Затем высушивают кожу мягкой пеленкой только промокающими движениями. Па-

ГИГИЕНА НОВОРОЖДЕННОГО



УХОД ЗА РЕБЕНКОМ ДО ГОДА

ховые и ягодичную складки можно припудрить присыпкой во избежание опрелостей, а складочки на бедрах смазать растительным маслом. Присыпку нужно высыпать сначала себе на руку, растереть между ладонями и только потом обработать кожу малыша.

РАСЧЕСЫВАНИЕ. Расчесывайте младенца бережно и осторожно и только специальной щеткой для детей (с жесткой щетиной, а не с металлическими зубцами). Иначе на месте даже незначительной ссадины или царапины может развиваться и гнойное осложнение.

В первые месяцы у малыша часто появляется себорея. Сальные железы выделяют большое количество секрета, который распределяется по коже головы и защищает ее от внешних воздействий. Если жирного секрета становится слишком много, он мешает клеткам верхнего слоя кожи слушаться, склеивает их, и образуются плотные желтые корочки. Со временем работа сальных желез налаживается, и корочки исчезают. До этого можно смазывать кожу головы теплым растительным маслом, корочки размякнуть и легко отторгнутся во время купания.

В том случае, если себорея долго не проходит и корочек слишком много, обязательно проконсультируйтесь у педиатра, чтобы исключить какие-либо другие причины себореи (она может быть одним из проявлений атопического дерматита).

Многих мам волнует вопрос, надо ли стричь малыша до года. Если у ребенка короткие волосы, то стричь совсем наголо, конечно, нет необходимости. А если у малыша длинные волосы или пышные кудри, то желательнее их подстригать. Ведь роскошная шевелюра неизбежно влечет за собой усиленную потливость и даже при самом тщательном уходе возможна потница, а затем и гнойничковые заболевания.

ПОДСТРИЖКА НОГТЕЙ. Ногти маленькому ребенку рекомендуется подстригать во время сна очень аккуратно. Для этого используйте специальные маленькие безопасные ножницы с тупыми концами, их нужно предварительно вымыть с мылом, затем продезинфицировать 70-процентным спиртом. На ручках ногти стригут закругленно, на ножках — ровно. Не нужно подстригать ногти очень коротко, до самой кожи. Если

вы подрезали ноготок очень коротко, обработайте его 1-процентным раствором бриллиантовой зелени.

ДЕТСКАЯ КОСМЕТИКА. Много разговоров в настоящее время ведется о детской косметике: нужно ли ее применять, если нужно, то как часто, с какого и до какого возраста?

Детская кожа содержит больше влаги, чем кожа взрослого, и при этом подвержена более быстрой ее потере. Именно поэтому детской коже требуется особый уход. Самый надежный и простой способ ухода за кожей — увлажнение. Нормальную кожу достаточно увлажнять ежедневно после купания, а в остальное время не забывать о воздушных ваннах. Но довольно часто у малышей бывает сухая и чувствительная кожа. Проверить это вы можете сами: проведите рукой по ручкам, ножкам и спинке ребенка, если вы ощущаете некоторую шероховатость, сухость, небольшое шелушение, то кожа нуждается в особом уходе. Ее необходимо увлажнять несколько раз в день, по мере необходимости. Для очень сухой кожи рекомендуется наносить увлажняющее средство на еще влажную кожу, чтобы сохранить в ней больше влаги.

Для предотвращения раздражения и сохранения нормального биоценоза кожи используются средства, разработанные специально для детей. Они должны быть гипоаллергенными, с сертификатом соответствия и хорошего качества.

Использовать средства по уходу за кожей у малышей можно в любом возрасте с самого рождения. Наносить на кожу ребенка какое-либо средство нужно следующим образом: выдавите небольшое количество мази, крема или молочка себе на руки, немного разотрите в ладонях, а затем равномерно распределите по телу ребенка.

Для ухода за новорожденным и ребенком раннего возраста нужно использовать специальные сорта детского pH-нейтрального мыла, а также моющие средства без щелочных компонентов. Антибактериальное мыло использовать не следует.

Правильный уход за кожей — основа профилактики воспалительных заболеваний. У малышей до года наиболее часто встречаются опрелости и потница. Остановимся на них подробнее.

Опрелости могут возникнуть у ре-

бенка вследствие различных причин:

■ недостаточно качественный уход за малышом — редкая смена мокрой пеленки, нерегулярное купание и подмывание;

■ диарея у малыша, жидкий стул вызывает раздражение кожи возле анального отверстия;

■ проявление атопического дерматита, опрелость как один из его признаков.

Вследствие этих причин в коже развивается воспалительная реакция, проявляющаяся сначала покраснением, затем появляются эрозии, в более тяжелых случаях эрозии сливаются и могут изъязвляться, при отсутствии лечения наступает угроза осложнений вплоть до сепсиса.

Что же делать, чтобы предотвратить опрелости? Соблюдать и выполнять все правила гигиены в уходе за ребенком. Чаще пеленать малыша, после мочеиспускания и дефекации обязательно подмывать, ежедневно купать. Используйте открытое пеленание: при этом участки тела с опрелостями остаются открытыми.

Обратите внимание на качество стирки: пеленки лучше кипятить с детским мылом, а после как можно тщательнее прополаскивать; сушить лучше на солнце — ультрафиолетовые лучи обладают бактерицидным действием, а затем обязательно проглаживать.

Мази, кремы, пасты и болтушки применяются только по назначению педиатра. Для лечения опрелостей используются противовоспалительные, защитные, подсушивающие и смягчающие средства.

Потница чаще встречается у детей первых месяцев жизни и развивается вследствие погрешностей ухода. Когда в комнате малыша слишком жарко, а он сильно укутан, усиливается деятельность потовых желез. Пот, не имея возможности испаряться, задерживается в выводных каналах потовых желез и остается на коже. Соли, входящие в состав пота, раздражают кожу, и развивается воспаление.

Общее состояние малыша, как правило, не страдает, и потница его не беспокоит. Но на коже появляются множественные точечные высыпания красного цвета, они располагаются чаще всего на шее и в подмышечных областях, затем могут распространяться на грудь, живот, спину и в кожные складки.

Если уход за малышом продолжает оставаться некачественным или организм ребенка ослаблен, то может присоединиться бактериальная инфекция и развиваться такое серьезное осложнение, как везикулопустулез.

Главное в профилактике потницы — воздушные ванны и одежда в соответствии с температурой воздуха, не нужно кутать малыша.

Высыпания на коже можно обработать слабым раствором пищевой соды (1 чайная ложка соды на 1 стакан теплой кипяченой воды), смочив им ватный тампон. Если сыпь на теле обильная, то в воду для купания добавляйте 2 — 3 кристаллика перманганата калия (кристаллы сначала нужно растворить в стакане с водой, а потом вылить уже готовый раствор в ванночку). Или в воду для купания добавить отвар коры дуба. В складках кожи припудривают детской присыпкой. Во время лечения потницы купания должны быть ежедневными.

УХОД ЗА ПУПОЧНОЙ РАНКОЙ. Он особо необходим в первые недели жизни ребенка.

Обычно полное заживление пупочной ранки происходит к 18 — 20 дню жизни. Важно, чтобы ранка всегда была сухой, кожа вокруг нее обычного цвета и нормальной температуры.

После купания или подмывания тщательно промокните пупок сухой ватной палочкой, затем обработайте 1-процентным раствором бриллиантовой зелени или 5-процентным раствором калия перманганата (готовый раствор продается в аптеках). Сухие корочки, покрывающие пупочную ранку, отрывать не нужно, они отпадут самостоятельно, иначе вы замедляете заживление. Следите, чтобы влага (например, с мокрых пеленок) не попадала на пупочную ранку и чтобы резинка ползунков или край подгузника не соприкасались с ней.

Если после второй недели жизни ребенка вы видите, что пупочная ранка плохо заживает или если из нее есть постоянные сукровичные выделения, то скорее всего у малыша мокнущий пупок. Такая пупочная ранка хотя на общем состоянии новорожденного и не сказывается, нуждается еще в более тщательном уходе. После купания промокните пупочную ранку сухим ватным шариком или ватной палочкой, затем накапайте пипеткой 3-процентный раствор перекиси водорода, когда перекись вспенится, промокните ее марлевой салфеткой и обработайте 1-процентным раствором бриллиантовой зелени. Ребенку с мокнущим пупком настоятельно рекомендуются воздушные и солнечные ванны. И главное — регулярное наблюдение педиатра.

При попадании инфекции в пупочную ранку сукровичные выделения сменяются гнойными, кожа вокруг пупка становится ярко-красной и отечной. Нарушается и общее состояние малыша: он беспокоен и раздражителен, отказывается от еды, у него повышается температура тела. В этом случае требуется антибактериальная терапия.

Чтобы кожа малыша выполняла все возложенные на нее функции — защита от механического воздействия, барьер для микроорганизмов, регуляция теплообмена и потери жидкости, нужно правильно за ней ухаживать. Как это делать, вы теперь знаете. И помните: соблюдение правил гигиены — залог того, что ваш малыш будет крепким и здоровым!

Т. КАРИХ,
врач ГЦМП.



Лечение жара и простуды

С наступлением осени отмечается увеличение числа случаев острых вирусных заболеваний. Респираторные инфекции составляют основную часть всей мировой инфекционной заболеваемости и до сих пор остаются нерешенной проблемой. Болеет население ОРЗ в течение всего года, но максимальные подъемы регистрируются в осенне-зимний период. Больше всего страдают пожилые люди, больные хроническими заболеваниями и дети. У детей заболеваемость гриппом и ОРВИ в 2,5 – 3 раза выше, чем у взрослых, причем чаще вирусы поражают детей до 3 лет и тех, кто начал посещать детские дошкольные организованные коллективы. Высокая детская заболеваемость обусловлена повышенной их восприимчивостью к возбудителям респираторных инфекций, особенностью функционирования иммунной системы. Распространению с пособствует воздушно-капельный и контактный пути передачи и большое количество возбудителей.



Чаще всего проявляется острое вирусное заболевание повышением температуры тела. Многие мамы уже по поведению, внешнему виду малыша могут определить, что он заболел и его лихорадит.

Как правильно измерить температуру тела? Чаще всего используется ртутный термометр. Перед измерением его нужно встряхнуть, чтобы столбик ртути был ниже 35 градусов. Область подмышечной впадины, где измеряется температура, нужно насухо вытереть, т. к. при наличии испарения будет отмечаться снижение показателя. Вблизи ребенка не должно быть грелки или пузыря со льдом. Измерять нужно в течение 10 минут.

Лихорадка при ОРВИ носит защитно-приспособительный характер, и ее опасность у детей часто преувеличена. На фоне повышенной температуры многие вирусы и бактерии погибают, а организм формирует полноценный иммунный ответ. Педиатры давно отметили, что у детей довольно быстро температура достигает высоких цифр, но при этом они легко адаптируются к ней. Температурная реакция часто беспокоит родителей больше, чем сама болезнь ребенка, но всегда нужно помнить, что снижение ее не устраняет причину болезни, поэтому важно знать правила снижения температуры. Согласно рекомендациям врачей-педиатров, если самочувствие ребенка при высокой температуре не страдает, он не отказывается от питья, кожа его влажная, розовая, а ладони и стопы теплые, то лечение жаропонижающими препаратами лихорадки в пределах 38-38,5 градуса не проводят.

Однако если малышу меньше 2 месяцев или он состоит на диспансерном учете с какими-то заболеваниями у врачей-специалистов, например, у невролога с патологией нервной системы, у кардиолога с болезнями сердца и сосудов либо на фоне лихорадки у него были судороги, то нужно начинать жаропонижающую терапию даже при цифрах 37,2 – 37,3 градуса.

Действия при лихорадке

- ✓ В случае плохого самочувствия и при повышении температуры выше 38 градусов – постельный режим.
- ✓ Частое и обильное питье (подслащенный чай, отвар шиповника, компот).
- ✓ Кормление в зависимости от аппетита (не заставлять ребенка есть насильно). Рекомендуется углеводистая пища, прием свежего молока нужно ограничить, т. к. на высоте лихорадки отмечается недостаток фермента, участвующего в его расщеплении.
- ✓ Не раздевать малыша совсем, одеть его во что-то легкое.
- ✓ При запоре лучше сделать очистительную клизму водой комнатной температуры.
- ✓ Дать жаропонижающие препараты, начать проведение дополнительного охлаждения, для этого нужно раскрыть ребенка, направить воздушную струю вентилятора на его тело, затем растереть теплой водой. Нельзя применять холодную воду или лед, т. к. это вызовет дискомфорт и сужение сосудов кожи, что приведет к уменьшению теплоотдачи и вызовет еще большее повышение температуры.

Тревожные симптомы

Если лихорадка сопровождается спазмом сосудов кожи, что проявляется пестрой, «мраморной» ее окраской, похолоданием конечностей, повышением температуры тела выше 40 градусов, нужно вызвать неотложку, дать жаропонижающие препараты, растереть кожу полуспиртовым (40 – 50 процентным) раствором до покраснения.

О том, какие жаропонижающие средства можно применять у детей, рассказывает клинический фармаколог детской городской клинической больницы № 1, главный детский клинический фармаколог города Челябинска Светлана Владимировна МЕНЬШИКОВА.

— Наиболее безопасным препаратом для детей остается парацетамол. Детские формы представлены в виде сиропа и свечей и могут использоваться у детей первых месяцев жизни. Таблетированная форма рекомендована для детей старше 6 лет. Максимум действия таблетки наступает через 30 – 90 минут, и эффект сохраняется до 4 часов, при введении свечи длительность действия увеличивается до 6 часов. Жидкие формы (сироп, суспензия) всасываются лучше и действуют быстрее, чем твердые формы. При применении детских форм препаратов (суспензии, сиропы) необходимо использовать мерные ложки, прилагаемые к упаковкам. Это связано с тем, что при использовании домашних чайных ложек, объем которых на 1 – 2 мл меньше, существенно снижается реальная доза препарата, получаемая ребенком. Повторное использование жаропонижающих средств возможно не ранее 4 – 5 часов после первого приема. У детей применяют только чистый парацетамол, так как комбинированные препараты могут увеличить риск развития нежелательных эффектов каждого из действующих компонентов.

Аналоги парацетамола для детей:

- ✓ Детский панadol, тайленол, калпол, прохолол, цефекон Д, эффералган.
- ✓ Препаратом второго ряда у детей при гипертермии является ибупрофен – его жаропонижающий эффект сопоставим с парацетамолом. Начинает действовать в течение 30 – 60 минут после приема с пиком действия 2 – 3 часа. Назначают его детям с 12-месячного возраста.

Аналоги ибупрофена у детей:

- ✓ мотрин, ибупен сироп, нурофен.
- Какие жаропонижающие не назначают детям?

Ацетилсалициловая кислота. Этот препарат в РФ запрещен к применению у детей младше 15 лет. Это связано с опасностью развития синдрома Рейе. Чаще развивается у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Клинически синдром Рейе проявляется признаками интоксикации, нервно-психическими расстройствами и нарушением сознания вплоть до развития комы. Летальность очень высока. К другим опасностям применения ацетилсалициловой кислоты относится развитие геморрагических осложнений и формирование аспириновой астмы. У новорожденных салицилаты могут вызвать развитие билирубиновой энцефалопатии.

Метамизол (анальгин). Может вызывать анафилактический шок и агранулоцитоз – состояние, сами по себе являющиеся жизнеугрожающими. Еще одна серьезная реакция на этот препарат – длительное коллаптоидное состоя-

ние с гипотермией. Всемирная организация здравоохранения не рекомендует широкое применение анальгина в качестве жаропонижающего. Поэтому в 2000 году президиум Фармакологического комитета РФ применение его ограничил. Но, при злокачественной гипертермии, терапии сильной боли, почечной и желчной коликах используются парентеральные формы анальгина по назначению врача.

Таким образом,

- ✓ снижать температуру следует только по показаниям, строго придерживаясь рекомендованных дозировок;
- ✓ не назначать антипиретики курсом или более 3 дней, стараться не использовать жаропонижающие средства у детей, получающих антибиотики, так как это затрудняет оценку эффективности последней;
- ✓ при злокачественной гипертензии прием антипиретика сочетать с энергичным растиранием кожи, дачей спазмолитиков.

Средства для лечения простуды взрослых

Аналоги парацетамола в большей части случаев – это таблетки или порошки для разбавления в горячей воде: ацетаминофен, далерон, доломол, панadol, парацет, прохолол, тайленол эффералган и эффералган максимум.

Кратко расскажу о комбинированных препаратах для взрослых, которые применяют для снятия симптомов простудных заболеваний.

Несмотря на большое разнообразие на рынке, большая часть имеет в своем составе парацетамол и разные сочетания 5 основных веществ:

- ✓ **аскорбиновая кислота** (витамин С) – гриппостад, далерон С, максавит, эффералган с витамином С;
- ✓ **противокашлевое центрального действия** (дексстрометорфан) – гриппостад гуднайт, падевикс;
- ✓ **антигистаминное средство** (хлорфенимин, фенирамин) – флюколдрекс;
- ✓ **сосудосуживающее вещество** (фенилэфрин, псевдоэфедрин);
- ✓ **психостимулятор** (кофеин) – мигренол, панadol экстр.

Для взрослых эти препараты разрешены, и при одно-двукратном применении обычно не дают развития побочных явлений (особенно в сочетаниях 2 – 3 веществ, без сосудосуживающих), но хотелось бы предостеречь от их бесконтрольного применения. Особенно подчеркиваю, что сочетания двух и более веществ одновременно способны вызвать развитие нежелательных реакций, особенно нужно соблюдать осторожность с препаратами, содержащими сосудосуживающие вещества, больным глаукомой, артериальной гипертензией, тахикардией, тромбозом в прошлом, беременным и кормящим грудью. Препараты, содержащие противокашлевые вещества центрального действия, при длительном бесконтрольном применении осложняют течение бронхолегочной болезни.

- ✓ Кофеин – в больших дозах вызывает угнетение ЦНС, спазм сосудов головного мозга.
 - ✓ Аскорбиновая кислота – иногда может вызвать аллергическую реакцию.
- Все препараты в возрастной дозировке назначает только врач.

Н.С. КАЗАНЦЕВА,
врач ГЦМП.

Жить, побеждая диабет!

Окончание. Начало на 1-й странице.

Следует помнить, что самоконтроль – это не временная акция, а процедура, необходимая в течение всей жизни, чтобы улучшить ее качество, предупредить развитие сосудистых осложнений.

Затраты на самоконтроль несоизмеримо ниже расходов на госпитализацию, лечение осложнений и пособий по инвалидности (стоимость самоконтроля составляет 4 – 6 тыс. руб. в год на одного больного).

В федеральный список по дополнительному лекарственному обеспечению (ДЛО) входят все высококачественные инсулины и пероральные сахароснижающие средства. В этот список теперь вошли и средства самоконтроля – тест-полоски и глюкометры.

В настоящее время проводится большая работа, направленная на улучшение помощи больным СД, начиная от первичного звена до оказания высококвалифицированной помощи. Первостепенное внимание уделяется вопросам ранней диагностики диабета и его сосудистых осложнений. Детское эндокринологическое отделение ДГКБ № 8 г. Челябинска оснащено современным диагностическим оборудованием и современными технологиями, позволяющими осуществлять диагностику и проведение адекватной современной терапии СД. В течение последних трех лет здесь осуществляется суточное мониторирование глюкозы крови на аппарате CGSM Медтроник – уровень гликемии определяется каждые 5 минут, то есть 286 раз в сутки, что позволяет адекватно оценить состояние углеводного обмена и провести коррекцию инсулинотерапии.

Проводится огромная работа и по выявлению больных СД 2 типа с нарушенной толерантностью к глюкозе. Скрининг СД 2 типа показывает, что даже при случайном отборе лиц, обратившихся в лечебное учреждение, выявляется такое количество больных СД 2 типа, которое равнозначное зарегистрированным по обращаемости. При этом у больных в 10 – 30 процентах случаев диагностируются характерные для СД осложнения: диабетическая ретинопатия, катаракта, нефропатия.

Благодаря реализации Федеральной целевой программы «Сахарный диабет» средняя продолжительность жизни больных СД существенно увеличилась и не отличается от средней продолжительности жизни всего населения.

Даже у лиц, заболевших СД 1 типа в детстве, отмечено увеличение средней продолжительности жизни. Установлено, что число больных СД 2 типа увеличивается. Связано это с повышением темпов урбанизации населения, изменением характера питания и образа жизни. «Постепенно СД 2 типа из заболевания наших бабушек превращается в заболевание наших детей» («Американская диабетологическая ассоциация»). При этом не последнюю роль играет социальная напряженность, уровень которой не снижается последние 15 лет (хронический стресс).

Для реабилитации больных СД необходимо санаторно-курортное лечение, которое может получить каждый ребенок от 7 до 15 лет в санатории «Березовая роща» круглогодично. Дети дошкольного и младшего школьного возраста могут пройти курс реабилитации в детском гастроэнтерологическом санатории № 2 и реабилитационном центре в г. Челябинске.

Регулярное снабжение больных СД необходимыми инсулинами и бесплатными средствами самоконтроля в домашних условиях в достаточном количестве, а также медико-социальная адаптация больного ребенка позволяют улучшить качество жизни, а следовательно, даст хороший экономический эффект.

Прделана огромная работа по созданию регистра больных сахарным диабетом.

Первичная профилактика СД – важное направление работы врача. Коррекция питания и дозированная физическая нагрузка позволяют снизить риск развития СД 2 типа.

СД – заболевание, требующее значительных затрат. Раннее выявление и лечение осложнений, современные возможности лечебной помощи больным СД значительно снижают экономические затраты в будущем.

Т.М. ПОПОВА,
гл. детский эндокринолог г. Челябинска.

НА ЗДОРОВЬЕ

ГОРОДСКАЯ БЕСПЛАТНАЯ ГАЗЕТА



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 (351) 263-09-12.
Отпечатано в ОАО «Челябинский Дом печати», Свердловский пр., 60.

Заказ № 1844 Тираж 50000 экз.
Электронную версию газеты читайте на медицинском портале www.med74.ru