

- ☞ МАЛЯРИЯ
- ☞ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
- ☞ РЕМНИ БЕЗОПАСНОСТИ

НА ЗДОРОВЬЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА

ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

В детской и подростковой кардиологии существует группа заболеваний, которые называются малыми аномалиями сердечно-сосудистой системы. Они включают в себя функциональное овальное окно, аномальные хорды левого желудочка, пролапс митрального клапана и др. Малые аномалии сердца — это врожденные или приобретенные дефекты соединительнотканного сердечного каркаса. Наиболее часто у детей и подростков встречается пролапс митрального клапана, о котором впервые стало известно после внедрения в практическое здравоохранение УЗИ сердца.

УЗИ сердца позволило врачам впервые увидеть «провисание» митрального клапана и понять механизм его функционирования.

Об этой патологии мы беседуем с главным детским кардиологом города, кандидатом медицинских наук, заведующей детским кардиологическим центром МУЗ ДГП № 14 Ольгой Андреевной ЛЕВАШОВОЙ.



— Ольга Андреевна, что представляет собой пролапс митрального клапана?

— Пролапс митрального клапана — это клинко-анатомический синдром, при котором одна или обе створки митрального клапана провисают (пролабируют) в полость левого предсердия во время систолы (сокращения) левого желудочка с развитием в ряде случаев митральной регургитации (обратного заброса крови).

— Как часто у детей и подростков встречается эта патология?

— Частота встречаемости пролапса митрального клапана у детей и подростков составляет от 6 до 14 процентов среди заболеваний сердца и сосудов. Наиболее часто обнаруживается у школьников, хотя не исключено его выявление у новорожденных и грудных детей. У девочек эта патология встречается чаще, чем у мальчиков.

— Ребенок рождается с этой патологией или приобретает ее в течение жизни?

— Пролапс митрального клапана может быть как врожденным, так и приобретенным. По мере роста и развития ребенка он либо исчезает, либо прогрессирует, вызывая раз-

«МАЛАЯ» ПРОБЛЕМА ДЕТСКОГО СЕРДЦА

РАЗГОВОР С ГЛАВНЫМ СПЕЦИАЛИСТОМ

личные нарушения ритма сердца.

— По каким симптомам можно заподозрить у ребенка эту патологию?

— Клиническая картина ПМК весьма разнообразна.

Это могут быть боли в левой половине грудной клетки, как правило, колющего, режущего характера, без иррадиации, усиливающиеся при вдохе, кратковременные (от 10 — 20 секунд до 2 — 5 минут), рецидивируют (повторяются) по нескольку раз в день. Возникают боли преимущественно днем в периоды психоэмоционального напряжения, почти никогда не связаны с физической нагрузкой, а физическая

нагрузка и переключение внимания способствуют их исчезновению, хорошо купируются дневными транквилизаторами, препаратами валерианы.

Кроме того, у ребенка может наблюдаться сердцебиение, перебои в работе сердца. Возможно появление гипервентиляционного синдрома (чувство нехватки воздуха, желание сделать полноценный вдох, потребность в зевоте), нарушение терморегуляции (ощущение «познабливания», длительно сохраняющийся субфебрилитет после инфекций), слабость, повышенная утомляемость, плохая переносимость физических нагрузок, утренние и ночные головные боли, головокружение,

обмороки, частые носовые и десневые кровотечения, легкое образование синяков, повышенная тревожность, эмоциональная лабильность, при выслушивании сердца характерно наличие щелчков, «хордального писка», музыкального, «вибрационного» шума.

— Какой из методов диагностики наиболее достоверно подтверждает пролапс митрального клапана?

— Подтвердить диагноз можно с помощью эхокардиографии, которая позволяет выявить смещение створок митрального клапана и наличие обратного тока крови.

— Могут ли такие дети заниматься спортом наравне со

здоровыми сверстниками?

— Дети с первой степенью пролапса при отсутствии регургитации (обратного заброса крови) являются практически здоровыми. Они могут заниматься физкультурой и спортом наравне со своими здоровыми сверстниками, но в то же время в данной группе детей ограничения распространяются на статические (связанные с толчкообразным характером движения) виды спорта (борьба, каратэ, прыжки). А вот плавание, лыжи, коньки, катание на велосипеде им не противопоказаны. Родители должны помнить, что вопрос о занятиях спортом должен решаться индивидуально специалистом. Со второй и третьей степенью пролабирования с выраженной степенью регургитации дети занимаются физкультурой в подготовительной группе и им противопоказаны любые виды спорта.

— Существуют ли на сегодняшний день противопоказания для занятий спортом детям с пролапсом митрального клапана?

— Противопоказанием для занятий спортом являются случаи внезапной смерти среди близких родственников, обморочные состояния, а также наличие жалоб на сердцебиение, боли в сердце, усиливающиеся при физических нагрузках.

— Чем опасен пролапс?

— Несмотря на относительно доброкачественное течение пролапса митрального клапана, данная патология может привести к формированию нарушений ритма сердца (ущажение или урежение), возникновению тромбозомболического синдрома и инфекционного эндокардита, крайне редко к синдрому внезапной смерти.

Прогноз в целом благоприятный. Отрадно, что в настоящее время существует дифференцированный подход к оценке течения пролапса митрального клапана, так как есть различные методы функциональных исследований, доступные для всех пациентов данного профиля.

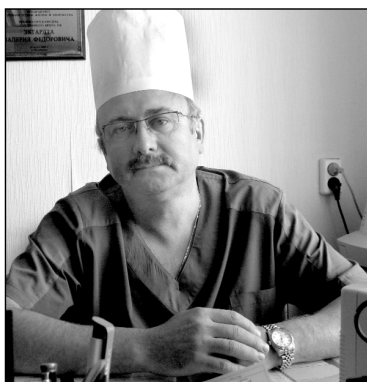
Ж. КИСЕЛЕВА.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ЗРЕНИЕ

Проблема сахарного диабета во всем мире, несмотря на принимаемые меры, остается актуальной. Пациенты в течение короткого времени становятся инвалидами, среди этой группы больных по-прежнему высок уровень смертности. В первую очередь это связано с различными сосудистыми осложнениями. Сахарный диабет может осложниться слепотой, почечной недостаточностью, привести к развитию гангрены. Инфаркт миокарда у больных сахарным диабетом возникает в 5 раз чаще, чем у здоровых людей, инсульты бывают в два раза чаще.

Острота создавшейся ситуации привела к необходимости поиска новых форм работы с этой категорией больных. В 1992 году по инициативе профессора Л.Н. Тарасовой и при поддержке управления здравоохранения города половина колектива офтальмологического отделения ГКБ № 11 была перепрофилирована в офтальмоэндокринологические, которые в 1993 году стали базой кафедры офтальмологии УГМАДО.

О данном направлении работы рассказывает доктор медицинских наук, профессор кафедры офтальмологии УГМАДО, заслуженный врач РФ Валерий Федорович ЭКГАРДТ.



В 1990 году в Италии состоялся всемирный форум, на котором обсуждались проблемы лечения сахарного диабета. Приняли в нем участие и офтальмологи, призвавшие обратить внимание на серьезность проблемы, а также на необходимость сократить количество слеповидящих и слепоты среди этой категории больных. Челябинск одним из первых откликнулся на этот призыв, и в 1993 году на базе ГКБ № 11 впервые в России был создан офтальмоэндокринологический центр. Это было нелегко, ведь ориентиров не было никаких и создавать систему работы приходилось самим. Постановление правительства о повсеместном создании аналогичных центров в стране было

принято только в 1996 году. Проявив дальновидность, мы опередили даже Москву.

На сегодняшний день это современное, хорошо оснащенное лечебное отделение. Врачи-специалисты владеют высокотехнологичными, уникальными методами диагностики и лечения офтальмологических осложнений сахарного диабета. Ежегодно здесь получают лечение около 3000 больных, выполняется около 2000 лазерхирургических вмешательств. Кроме того, активно ведется исследовательская работа, направленная на разработку более совершенных методов лечения глазной патологии.

К основным офтальмологическим осложнениям сахарного диабета относятся диабетическая ретинопатия, эндокринная офтальмопатия, катаракта, глаукома и др.

Катаракта, или помутнение хрусталика, довольно распространенное заболевание среди людей пожилого возраста, в том числе и у больных сахарным диабетом. Если помутнение резко выражено, зрение быстро ухудшается, вплоть до полной его потери. Лечение катаракты на сегодняшний день проводится на высокопрофессиональном уровне. Зрение после такой операции восстанавливается полностью. Лечение проводится традиционным способом и мало чем отличается от хирурги-

ческих вмешательств в других клиниках. Однако у больных диабетом любые операции, в том числе и на глазах, протекают благополучно лишь в тех случаях, когда диабет компенсирован. Это условие является первоочередным в подготовке пациента к операции хирургами-офтальмологами.

Другое, не менее серьезное осложнение диабета — диабетическая ретинопатия. Что касается этого заболевания, то здесь все обстоит намного сложнее. На фоне постоянного повышенного сахара крови страдает сетчатка глаз. Основу сетчатки составляет сплетение мелких сосудов и нервных окончаний, обеспечивающих функцию зрения. Осложнение сахарного диабета, обусловленное изменением сосудов сетчатки, называется диабетической ретинопатией. Причиной развития диабетической ретинопатии является длительная декомпенсация диабета. Сосуды сетчатки при этом заболевании становятся ломкими, проницаемыми, теряют эластичность, что приводит к изменениям всей ткани сетчатки, в частности, к кровоизлияниям. Диабетическая ретинопатия развивается постепенно, и даже выраженные ее стадии могут быть неощутимы для больного. Когда большой наконечник замечает резкое ухудшение зрения, говорят о далеко зашедшей стадии болезни, эффективность лечения в этом случае невелика. Наиболее эффективным признан и успешно применяется во всем мире метод лазерной фотокоагуляции сетчатки. Своевременно и пра-

вильно проведенная лазерная коагуляция позволяет сохранить зрение даже на поздних стадиях диабетической ретинопатии.

В тяжелых случаях при диабетической ретинопатии могут развиваться массивные кровоизлияния и отслойка сетчатки, которые приводят к непоправимым последствиям и инвалидности.

Сегодня мы успешно применяем витректомию, методику, которая раньше была доступна только пациентам Москвы и Петербурга. Благодаря витректомию нам удалось снизить количество слеповидящих и слепых людей. На сегодняшний день показатель по инвалидности в Челябинске один из самых низких в стране, это при том, что больных с сахарным диабетом из года в год становится все больше. В 2005 году инвалидов по зрению с сахарным диабетом в городе было 44 человека, в 2006 — 39, в 2007 — 27, а в 2008 — 25. Уменьшение, таким образом, очевидно. И все это благодаря налаженной системе работы. В отделении работают высококвалифицированные специалисты, прекрасные хирурги. Кроме того, у нас замечательный сестринский персонал, который с терпением и пониманием относится к непростой категории больных.

Для человека нет ничего страшнее потери зрения. Отрадно, что сегодня люди, обреченные на слепоту, имеют возможность вновь видеть. И нет предела их благодарности врачам, возвращающим зрение и возможность вновь жить полноценной жизнью.

Ж. КИСЕЛЕВА.



МАЛЯРИЯ

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

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

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

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

Так, в период с 2002 по 2008 год в Челябинской области было зарегистрировано 58 случаев завозной малярии, в том числе 35 случаев из Таджикистана, 4 из Азербайджана, 1 — из Эфиопии.

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

Следовательно, при стечении определенных обстоятельств, а именно: наличии большого малярийного комара-источника инфекции, переносчиков инфекции — комаров этого рода возможно возникновение местных случаев малярии, что и произошло в 1998 и 1999 гг., когда заболели 5 жителей области, которые не выезжали за ее пределы.

В связи с этим 18.03.2009 г. главным государственным врачом по Челябинской области А.И. Семеновым подписано постановление № 5 «О мероприятиях по профилактике малярии в Челябинской области», где главам муниципальных образований рекомендовано провести учет водоемов, определить необходимый объем мероприятий по предупреждению выплода гнуса, в том числе и малярийных комаров. Руководителям предприятий и учреждений изыскать средства для финансирования работ по благоустройству водоемов, расположенных на подведомственной территории. Руководителям организаций, занимающихся туристическим бизнесом, обеспечить исчерпывающей информацией туристов, выезжающих в эндемичные по малярии страны.

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

■ Лицам, выезжающим в страны, эндемичные по малярии, следует проконсультироваться о приеме химиопрофилактических препаратов с врачом-инфекционистом за месяц до выезда.

■ При любом недомогании и подъеме температуры после возвращения срочно обратиться к врачу и сообщить о сроках пребывания в странах субтропического и тропического пояса и приеме данных препаратов, а также в дальнейшем наблюдаться в течение 3-х лет.

■ В летний период жителям области нужно засеивать окна, двери и балконы своих домов, пользоваться репеллентами, чтобы избежать укусов комаров.

С.В. ЛУЧИНИНА,
заместитель руководителя Управления
Роспотребнадзора по Челябинской области.



СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Двадцать шесть лет назад учеными был открыт вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), губительно действующий на клетки иммунной системы, вызывающий развитие СПИДа. С тех пор более 80 миллионов жителей нашей планеты инфицировались этим вирусом, а более 30 миллионов уже погибли. Распространение заболевания приняло характер пандемии. В России эпидемия началась позже, чем в других странах, но уже, по официальной статистике, зарегистрировано более 400 тысяч ВИЧ-инфицированных. По темпам распространения ВИЧ-инфекции наша страна занимает лидирующее положение.

В августе 1990 г. был зарегистрирован первый случай ВИЧ-инфекции в Челябинской области. Эпидемия началась в 1999 году, в последующие три года выявлялось очень много инфицированных, затем ситуация стабилизировалась, регистрировали около 1600 человек в год. В 2008 году опять незначительный подъем заболеваемости, вновь взято на учет 2200 человек. Эпидемиологическая ситуация в городе Челябинске по ВИЧ-инфекции в прошедшем году оставалась стабильно неблагополучной. При первом лабораторном обследовании выявлено за год 768 человек, 80 процентов из них составляет молодежь до 30 лет. Несмотря на то, что это заболевание относится к разряду предотвратимых, неуклонно растет количество инфицированных.

На сегодняшний день наибольшее число заражений ВИЧ происходит при употреблении наркотиков и при незащищенных сексуальных контактах, т. е. в процессе поведения, которое человек в большинстве случаев может изменять, контролировать. Причем если в первые годы в распространении вируса преобладал кровно-контактный путь, то в настоящее время, по данным специалистов, каждый второй заражается половым путем. Частая смена половых партнеров, ранние сексуальные связи, незащищенные сексуальные контакты привели к тому, что половой путь передачи ВИЧ стал преобладать. Наиболее уязвимы при этом женщины, риск заражения у них в десятки раз выше.

Одно из главных предназначений каждой женщины — дать новую жизнь, продолжить свой род. От состояния здоровья матери зависит здоровье и будущего малыша, т. к. много болезней передается от матери к ребенку. ВИЧ-инфицированная женщина может передать свой вирус младенцу во время беременности (через плаценту), при родах (контакт с кровью матери), во время кормления грудью (через материнское молоко). Это так называемый вертикальный (перинатальный) путь передачи.

О профилактике вертикального (от матери к ребенку) пути передачи рассказывает главный детский инфекционист города Челябинска Ирина Ремовна КАСТЯН.

— В 2008 году 50 процентов вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции составляли женщины. Большинство из них молоды, от

18 до 30 лет. А ведь это наиболее благоприятный детородный возраст. Для многих из них, живущих с ВИЧ, желание иметь ребенка может стать одним из главных в жизни, особенно если они не испытали счастья материнства.

С каждым годом на свет появляется все больше детей, чьи мамы ВИЧ-инфицированы. В 2008 году в городе Челябинске родилось 167 детей от женщин, живущих с этим вирусом. В общей популяции рожениц ВИЧ-инфицированные составили 1 процент, количество таких женщин в ближайшие годы уменьшаться не будет.

Принимая решение стать матерью, женщина берет на себя ответственность за жизнь и здоровье своего малыша. Для того чтобы родить здорового ребенка, необходимо знать состояние своего здоровья, ВИЧ-статус, а затем уже спланировать беременность. Поэтому до предполагаемой беременности желательно будущим родителям пройти тест на ВИЧ-инфекцию, а женщине нужно посетить врача-гинеколога.

ЧТО ЖЕ ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ У ЖЕНЩИНЫ, ЖЕЛАЮЩЕЙ ИМЕТЬ РЕБЕНКА, ВЫЯВЛЯЮТ ВИЧ?

При подготовке к беременности при ВИЧ-инфекции нужно обязательно обратиться к врачу-специалисту СПИД-центра. Он определит состояние иммунной системы, выявит и вылечит скрытые инфекции, назначит при необходимости антиретровирусную терапию, что позволит снизить риск передачи ВИЧ до 1 — 0,5 процента. В том случае, если беременность протекает без врачебного наблюдения, в 50 — 80 процентах происходит заражение ребенка. Риск передачи вируса значительно увеличивается, если заражение женщины происходит во время беременности. В острый период ВИЧ-инфекции в крови содержится огромное количество вируса, который может попасть в кровь плода. Наиболее благоприятен для вынашивания беременности, когда риск передачи минимальный, скрытый или латентный период. Длительность его составляет от 1 — 2 до 15 лет. В эту стадию наступает равновесие между вирусом и защитными силами организма, иммунитет сохранен, вирус находится в

клетках иммунной системы в малом количестве. Вот в этот период заболевания, находясь под наблюдением акушера-гинеколога и врача СПИД-центра, женщина может родить неинфицированного малыша. С целью снижения риска передачи вируса во время беременности в Челябинской области с 2001 г. проводится трехэтапная профилактика, она заключается в назначении противовирусных препаратов женщине во время беременности с 28 недели и до родов. Во время родоразрешения при прохождении по родовым путям происходит контакт ребенка с биологическими жидкостями матери, которые содержат вирус, поэтому роженице назначают химиопрепараты и во время родов. Через 6 — 8 часов после родов начинают проводить профилактическое лечение новорожденного. В результате проводимых мероприятий риск инфицирования ребенка снижается до 0,2 процента. В Челябинске этот показатель составляет 2 — 2,5 процента, потому что не все женщины во время беременности обращаются своевременно к специалистам. Иногда женщина поступает уже в родах, в

С каждым годом на свет появляется все больше детей, чьи мамы ВИЧ-инфицированы. В 2008 году в городе Челябинске родилось 167 детей от женщин, живущих с этим вирусом.

этом случае говорить о полноценной профилактике ВИЧ не приходится. В такой ситуации риск передачи вируса очень высок.

Дети, родившиеся от ВИЧ-положительных матерей, находятся на искусственном вскармливании, потому что грудное молоко содержит большое количество вируса. Это непищевой путь заражения. У новорожденного на слизистой ротовой полости могут быть небольшие трещинки, ранки, молочница, через которые проникает вирус. В этом году было выявлено 5 детей старше 3 лет, инфицирование которых произошло после рождения в период кормления грудью. Их матери заразились после родов при незащищенных половых контактах.

Несмотря на то, что современные методы обследования позволяют узнать об инфицировании ребенка рано, он находится под наблюдением врачей СПИД-центра до 18 — 20 месяцев. До этого возраста в организме ребенка определяются антитела матери, которые постепенно разрушаются. Если передача вируса не произошла, то результаты серологических тестов к 2-летнему возрасту будут отрицательными. Ребенка снимают с учета.

Число людей, затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа, с каждым годом растет. Однако каждый должен помнить, что проникновения вируса в организм можно избежать легко. Главное — не допускать в своем поведении элементов риска. Здоровый образ жизни будущей матери — залог успешных родов и здоровья ребенка.

Н.С. КАЗАНЦЕВА,
врач ГЦМП.



Использование ремней безопасности при поездках на автомобиле не может повлиять на количество ДТП, но оно значительно снижает риск получения травм при аварии. Удержаться за рулем при столкновении можно лишь на черепашной скорости 5 км/час. Но мы едим в городе гораздо быстрее. На скорости 60 км/час. человек, вес которого составляет 75 кг, при столкновении подвергается нагрузке в 3 т. Если столкновение произошло за городом при скорости 80 км/час., то сила инерции, действующая на человека, достигает 9 т. Это верная смерть, как, впрочем, и при скорости 60 км/час. Но только в случае, если водитель или пассажир не пристегнулся ремнем безопасности. Вероятность смертельного исхода для водителей, пользующихся ремнями безопасности при фронтальном столкновении, уменьшается в 2,3 раза, при боковом столкновении — в 1,8 раза, при опрокидывании автомобиля — в 5 раз, по отношению к пассажирам степень риска у пристегнутых пассажиров в 9 раз меньше, чем у не пристегнутых!

Некоторые водители говорят, что с пристегнутым ремнем ездить неудобно, он якобы стесняет движения, при аварии не успеешь выскочить из машины и можешь сгореть. Резон в этих рассуждениях только один: ремень действительно стесняет движения, если тянуться в бардачок или пытаться открыть правую заднюю дверь. Но ведь можно отстегнуться, открыть дверь и снова пристегнуться.

Что касается опасения сгореть в машине, то это наивно. Рассмотрим случай, когда машина может загореться. При сильном столкновении, во время серьезной аварии. Без ремня безопасности водитель обычно погибает, а пристегнувшись, остается жить. У него есть еще несколько секунд, чтобы отстегнуться и выбраться из машины.

Нет ничего более ужасного, чем судьба водителя, который в момент дорожного происшествия оказался непристегнутым ремнем безопасности.

Вот как развиваются события, когда водитель на скорости 80 км/час. совершает наезд на какое-либо неподвижное препятствие.

Спустя 0,026 секунды после удара вдавливаются бампер, сила, в тридцать раз превышающая вес автомобиля, останавливает его движение на линии передних сидений, тогда как

Статистика неумолима. В России за 2008 год произошло 281 322 дорожно-транспортных происшествия. В них погибло 29 936 человек, 270 883 были ранены. В Челябинской области за 2008 год произошло 5190 ДТП, 653 из них закончились смертельным исходом, 6140 человек получили ранения.

РЕМНИ БЕЗОПАСНОСТИ



его пассажиры — если они не пристегнуты ремнями безопасности — продолжают двигаться в салоне автомобиля со скоростью 80 км/час.

Спустя 0,039 секунды водитель вместе с сиденьем стремительно движется вперед на 15 сантиметров.

Спустя 0,044 секунды он грудной клеткой ломает руль.

Спустя 0,050 секунды скорость падает настолько, что на автомобиль и на всех пассажиров начинает действовать сила тяжести, в 80 раз превышающая их собственный вес.

Спустя 0,068 секунды водитель с силой в 9 тонн ударяется о приборный щиток.

Спустя 0,092 секунды водитель и сидящий рядом с ним пассажир одновременно врезаются головами в переднее ветровое стекло автомобиля и получают смертельные повреждения черепа.

Спустя 0,100 секунды повисший на руле водитель отбрасывается назад; он уже мертв.

Спустя 0,110 секунды автомобиль начинает слегка откатываться назад.

Спустя 0,113 секунды сидящий за водителем пассажир — если он также не пристегнут — оказывается с ним на одной линии, наносит ему новый удар и одновременно сам получает смертельные повреждения.

Спустя 0,150 секунды наступает полная тишина; осколки стекла и обломки железа падают на землю. Место столкновения окутывает облако пыли. Все произошло менее чем за две десятых доли секунды.

Учитывая актуальность проблемы, в Челябинской области было проведено исследование. Его целью было определить, следуют ли люди правилам безопасности. Было опрошено

1956 человек в возрасте от 18 до 64 лет.

По данным исследования постоянно пристегиваются только 45% населения. 27% пристегиваются редко, 7% никогда не пристегиваются, остальные вообще не ездят на автомобиле. По этим данным следует, что каждый второй готов осознанно подвергать свою жизнь опасности.

Исследуя зависимость от возраста, видно, что реже пристегиваются молодые жители нашей области до 25 лет, из них пристегиваются только 37%. В более старших группах процент несколько выше, до 49. Но все равно является очень низким. Женщины, особенно старше 35 лет, более привержены к следованию правилам, они пристегиваются чаще мужчин на 9%.

Проводя связь с образованием, выяснилось, что чаще пристегиваются люди, имеющие высшее и среднее

специальное образование, что составляет 50%, самый низкий уровень наблюдается у лиц, не закончивших школу, и составляет всего 29%. Лица же со средним образованием пристегиваются в 37% случаев.

В зависимости от вида работ приверженность остается примерно на одном уровне в районе 45%, что равно общему показателю.

В зависимости от семейного положения видно, что наиболее высокий показатель использования ремней безопасности у людей, находящихся в браке, и составляет 48%. Самый низкий у людей, не познавших прелести семейной жизни, и составляет 32%. Однако наличие детей абсолютно не меняет общую картину. В зависимости от состояния здоровья видно, что на 10% меньше пристегиваются люди, имеющие неудовлетворительное состояние здоровья. Также ремнями безопасности пользуются люди, более бережно относящиеся к своему здоровью и занимающиеся спортом хотя бы 1 раз в неделю. Самый низкий показатель наблюдается у лиц, вообще не занимающихся спортом, из них пристегивается только каждый третий человек. Люди с вредными привычками также пристегиваются гораздо реже, относительно некурящих людей, что составляет 37,5%.

Лица, обладающие избыточным весом, перенесшие инфаркт миокарда, страдающие стенокардией, пристегиваются чаще на 7%.

Также более ответственно относятся лица, страдающие гипертонией и знающие свой уровень холестерина крови.

По этим данным можно подвести итог, что население в Челябинской области пристегивается очень редко. Совсем не пристегивается 35%.

По нашим данным, пренебрегают правилами безопасности лица в молодом возрасте, не желающие учиться или не имеющие этой возможности, не состоящие в браке, с неудовлетворительным состоянием здоровья или халатно относящиеся к нему, а также не занимающиеся спортом и обладающие вредными привычками.

Каждый из нас хозяин своему здоровью, и никто, кроме нас самих, не сможет выработать привычку к здоровому образу жизни и уважению к окружающим людям.

Н. СКВОРЦОВ,
ассистент кафедры терапии функциональной диагностики профессиональной и семейной медицины УГМАДО.

БОТУЛИЗМ — ЭТО ОПАСНО

Самым опасным из микробов, вызывающих пищевые отравления, является палочка ботулизма, которая широко распространена в природе. Ботулизм — тяжелое токсикоинфекционное пищевое отравление, нередко приводящее к летальному исходу. Заболевание известно давно и ежегодно регистрируется на территории Челябинской области.



Споры возбудителя ботулизма находятся в почве, в воде морей и пресноводных водоемов, в кишечнике животных и рыб, что неизбежно приводит к загрязнению различных видов сырья для приготовления консервов, а также рыбы, мяса и т. д.

Возбудители ботулизма — строгие анаэробы, то есть развиваются без доступа воздуха. Поэтому обычно они размножаются и вырабатывают яд (токсин) в глубине больших кусков рыбы, ветчины, колбасы либо в герметически закрытых консервах.

При этом продукты внешне и по запаху кажутся вполне доброкачественными. Кроме того, нередко в пищевых продуктах плотной консистенции, так, например, в рыбе имеет место гнездовое накопление токсина. Этим объясняется то, что заболевание возникает у одного-двух человек из группы сотрапезников, употреблявших один и тот же продукт. Выработка ботулинистического токсина в рыбе может происходить до засола при хранении ее без замораживания и в первые дни после засола, пока концентрация соли в толще мышц еще недостаточна для задержки образования токсина. При низкой температуре и высокой концентрации соли токсин ботулизма после за-

сола рыбы образоваться не может. Причиной ботулизма могут быть и консервированные овощи домашнего изготовления. Особенно опасны домашние консервы из грибов, поскольку грибы практически невозможно полностью отмыть от остатков почвы и песка. Кипячение и стерилизация в домашних условиях не способны уничтожить споры возбудителя ботулизма. Необходимой для этого температуры — 120 градусов можно достичь только в условиях промышленного производства. В желудочно-кишечном тракте человека яд, выделяемый возбудителем ботулизма, не разрушается. Первые симптомы могут появиться от нескольких часов после употребления недоброкачественных продуктов, но могут и затянуться до 3 — 7 дней. Больные отмечают слабость, тошноту. Боли в животе. При дальнейшем развитии заболевания появляется нарушение зрения (сетка перед глазами, расширение зрачка, ощущение верхнего века), затрудненность при глотании, речи, дыхании, шаткость походки. Смерть наступает в результате остановки дыхания. Консервирование овощей в домашних условиях осуществляется практически в каждой семье, поэтому заготовленные овощи и мясные консервы следует перед вскрытием тщательно осматривать, чтобы не было вздутой банки (бомбажа

или хлопши). Содержимое банки по внешнему виду, запаху, цвету должно быть характерным для каждого вида продукта и удовлетворять традиционно сложившимся вкусам и привычкам населения. За период 2008 года и 1 квартала 2009 года на территории Челябинской области случаев ботулизма не выявлено.

Причиной высокой летальности являются особенности течения заболевания, несвоевременное обращение за медицинской помощью, которые во многих случаях не позволяют своевременно поставить диагноз «ботулизм», провести соответствующее лечение и профилактические мероприятия. Чтобы избежать заболевания ботулизмом, не покупайте продукты питания, в том числе консервы, рыбу соленую, вяленую, копченую в местах стихийной, несанкционированной торговли, не покупайте вяленую и копченую рыбу, домашние консервы у частных лиц, не имеющих документов, подтверждающих качество продукта, не покупайте бомбажные консервы, с нарушенной целостностью потребительской упаковки.

Берегите свое здоровье и здоровье детей. Но если у вас появились симптомы заболевания ботулизмом, необходимо немедленно обратиться к врачу, чтобы избежать печальных последствий.

М. ТАХТАМЫШЕВ,
ведущий специалист-эксперт отдела надзора за питанием населения управления Роспотребнадзора по Челябинской области.



Заслуженный врач РФ, заместитель главного врача по родовспоможению ГКБ № 5 Валерия Викторовна Ободзинская с детства знала, что будет врачом. Толчком к принятию такого решения стала трагическая смерть ее матери, которая, к сожалению, врачом стать не успела. Валерия Викторовна осуществила ее мечту, стала высокопрофессиональным врачом-гинекологом, а следом за ней династию продолжили ее дети.

— Валерия Викторовна, у вас есть информация о первом враче в вашей семье?

— Я знаю, что брат моей бабушки по материнской линии Андрей Тимофеевич Трубаичев был врачом, он занимал высокую должность первого наркома здравоохранения Бурятии. Его именем названа одна из улиц Улан-Удэ. Когда-то много лет назад я ездила туда в командировку, разговаривала с врачами, знавшими его, услышала много добрых слов.

Моя мама Цеза Павловна Трубаичева тоже должна была стать врачом. После школы, в 1940 году она поступила во Второй Московский медицинский институт (семья жила в Москве). Когда началась Великая Отечественная война, мама будучи студенткой, комсоргом курса добровольцем ушла на фронт. Войну прошла батальонным фельдшером с 1942 до конца 1943 года. Там же она познакомилась с моим будущим отцом — Виктором Михайловичем Яковлевым. Папа, как и мама, недоучившись в Свердловском горном институте, ушел на войну. Фронтная любовь родителей завершилась браком и моим рождением в январе 1944 года.

— Как сложилась послевоенная жизнь ваших родителей?

— Летом 1944 года, преодолев все трудности, мама привезла меня на Урал к родителям мужа. Тогда она впервые познакомилась со своей свекровью. Через год, летом 1945 года, мама, оставив меня бабушке, снова поехала на фронт. Дальнейшая ее судьба была трагической — она погибла от септического шока, не дожив до своего 23-летия всего неделю. Самым близким человеком, заменившим мне мать, стала бабушка, которая и воспитала меня. Я же для нее была «талисманом», скрасившим одиночество в тяжелые военные годы, когда ее муж и сыновья были на фронте.

Отец демобилизовался только в 1947 году, восстановился в институте. Окончив его, в 1949 году приехал работать в Карабаш, где я жила с бабушкой. Мне тогда уже было 5 лет. Вскоре отец снова женился, а когда его назначили начальником шахты в городе Копейске, уехал туда жить с семьей. Мне же родителей заменили бабушка с дедушкой.

— Валерия Викторовна, почему Вы выбрали именно профессию врача?

— К этому выбору меня подтолкнула трагическая судьба моей мамы. Хотя какое-то время я колебалась между медициной и педагогикой. Но на семейном совете было решено, что я буду поступать именно в медицинский институт. Окончив школу с золотой медалью, я поступила в Челябинский медицинский институт. Педагогические навыки я все же реализовала, преподавая акушерское дело в Челябинском областном центре дополнительного профессионального образования специалистов здравоохранения.

— Влияние родителей отца на вашу жизнь очевидно, а как же родители мамы?

— В свое время я стояла перед сложным выбором: между родителями папы, воспитавшими меня, и родителями моей мамы, жившими в Москве и любившими меня ничуть не меньше. Я даже некоторое время жила в Москве, однако через несколько месяцев после приезда серьезно заболела. Врачи поставили диагноз миокардит, мне предстояло длительное лечение в институте сердечной патологии. Узнав об этом, бабушка с бабушкой приехали за мной из Карабаша и увезли домой. Там я быстро пошла на поправку. Когда я окончила школу, встал вопрос о моей дальнейшей учебе в Москве. Но я предпочла остаться с людьми, воспитав-



ДИНАСТИЯ

шими меня. Уже после окончания института бабушка звала меня жить в Москву, но у меня здесь уже была семья и любимая работа.

— Насколько мне известно, в вашей семье Вы не единственный врач?

Мой муж, Вячеслав Николаевич Ободзинский, врач-фтизиатр, много лет проработал главным врачом областного противотуберкулезного диспансера. Мои дети с детства видели и знали, насколько тяжела работа врача. Мы с мужем после окончания института уехали работать в Карабаш. Я была единственным на всю округу гинекологом, а потому не могла выехать из города по своим делам даже на короткое время. Мой сын настолько привык к ночным поездкам машины скорой помощи, что даже на отдыхе на любое ночное освещение окон реагировал криком: «Мамочка, скорая приехала!». Мы до сих пор вспоминаем эти смешные моменты. Таким образом, профессиональный выбор наших детей был предопределен с детства. Дочь Ольга и сын Олег окончили 31-ю физико-математическую школу, оба поступили в медицинский институт. Сын в течение 10 лет работал врачом-невропатологом, сейчас живет и работает в Москве. Дочь Ольга — врач-гинеколог, много лет работает в городском центре здоровья женщин пограничного возраста. Жена сына и муж дочери тоже врачи.

— Как Вы считаете, то, что муж и жена оба врачи, не мешает семейной жизни?

— Без сомнения, это хорошо. Я не знаю, как бы сложилась моя семейная жизнь, если бы мой муж не был врачом. Четыре года жизни в Карабаше, когда практически каждую ночь меня вызывали на работу, мог понять и выдержать только врач. А мой муж не только понимал меня, но и поддерживал морально. Помню, как-то вызвали меня к женщине с маточным кровотечением, а ехать нужно было четыре километра. Я ночью выскочила из дома, бежала навстречу машине, чтобы приехать на вызов как можно скорее. И таких вызовов было очень много в моей практике.

— Валерия Викторовна, помните первого младенца, которого Вы приняли?

— Вспоминаю первые годы работы, испытываю особое чувство. Я не ощутила особого восторга от первых принятых родов, скорее это был страх. Первая моя роженица была с нефропатией 3-й степени, женщина молодая, которая никак не могла родить. На пятый день работы меня вызвали к другой женщине с сильным маточным кровотечением. А нас двое — я, только окончившая институт, и молодая акушерка, не намного опытнее меня. Действовать нужно было быстро. Открыв учебник, разобралась в ситуации, и женщина была спасена, скоро она пошла на поправку. За четыре года самостоятельной практики я увидела столько патологии, сколько не видела за последующие годы работы. Это была потрясающая школа жизни. Так что, профессиональная уверен-

ность далась мне нелегко, тяжелым и длительным трудом.

— Как складывалась ваша профессиональная деятельность в Челябинске?

— После Карабаша я поступила в ординатуру. После ее окончания пришла работать в родильный дом рядовым врачом. Через год работы меня назначили заведующей вторым гинекологическим отделением. С 1984 года я заместитель главного врача по родовспоможению ГКБ № 5.

В 1989 году вышла Декларация ВОЗ об обязательном грудном вскармливании. В 1996 году на это воззвание откликнулись Министерство здравоохранения России, а в 2001 году — Челябинск. Наш родильный дом один из первых в городе перестроился на новую волну. Мы полностью переоборудовали одну из палат под палату совместного пребывания матери и ребенка, сократив при этом количество коек в детском отделении. Первоначально эта палата была рассчитана на 4 места. Со временем отделение совместного пребывания матери и ребенка увеличилось до 20 коек. А с 2005 года родильный дом был полностью переведен на совместное пребывание. От детского отделения мы отказались полностью. Кроме того, наш родильный дом специализируется по приему родов у женщин, больных сахарным диабетом. Со всеми женщинами и их родственниками с первой встречи мы ведем подробные беседы, мини-школу по сахарному диабету и беременности, даем рекомендации по диете, лечению и обследованию, проводим УЗИ-скрининг плода. Когда женщина получает эту информацию, она стремится выполнять все назначения, госпитализируется в стационар в назначенные сроки, приезжая из отдаленных районов области. Это позволило значительно снизить смертность среди новорожденных. Одним словом, мы делаем все, чтобы по максимуму сохранить здоровье женщины и ребенка.

— Валерия Викторовна, что кроме любви к медицине объединяет членов вашей семьи?

— У меня очень хорошая, дружная семья. В ней царит любовь и уважение. В нашей семье всегда существовала традиция встречаться по субботам за семейным обедом. И хотя все давно живут отдельно друг от друга, традиция эта сохранилась и по сей день.

Кроме того, мы с мужем купили дом в деревне, в котором любим принимать гостей. Летом обязательно шашлыки, сбор грибов и ягод. Моя дочь Ольга прекрасная хозяйка, сама маринует и консервирует.

У меня уже два замечательных внука и внучка, с которыми мы часто общаемся. Старшему внуку Славе уже 20 лет, он будущий политолог, внучке Сашеньке 14 лет, младшему внуку Андрею 9 лет. У меня есть все, чтобы считать себя счастливым человеком.

Ж. КИСЕЛЕВА.

ЖИЗНЬ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Причиной инсульта является поражение мозговых сосудов или сосудов шеи, несущих необходимые мозгу кислород и питательные вещества. Самой частой причиной поражения сосудов являются атеросклероз и артериальная гипертензия. Нарушение поступления крови в сосуды приводит к гибели отдельных участков мозга. Так, можно представить, как высыхают ветки и листья дерева, если растению не хватает воды. Каждый участок мозга отвечает за определенную функцию: движение рук, ног, речь, зрение, слух. При инсульте эти функции нарушаются, также может быть резкая головная боль, рвота, нарушение сознания. При инсульте эти симптомы длятся более 24 часов. Инсульты делятся на кровоизлияния в мозг или инфаркты мозга. Инфаркты мозга (или ишемические инсульты) встречаются в 4 раза чаще, чем кровоизлияния. Вид инсульта влияет на тактику лечения в остром периоде, но не влияет на реабилитацию пациента. До 60 процентов больных, перенесших инсульт, к концу первого года полностью обслуживают себя сами, около 30 процентов способны вернуться к работе. Важную роль в этом процессе имеет реабилитация больного.

Реабилитация — это комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций (движение, речь, память, чтение, письмо).

Для успешной реабилитации необходимо раннее начало, с первых дней после инсульта. Первоначально присаживают больного полужелеза, затем со спущенными ногами, обучают больного стоянию и ходьбе, к этому подходят поэтапно: сначала имитируют ходьбу в положении лежа, затем ходьба с посторонней поддержкой и с тростью. Больному, перенесшему инсульт, приходится заново обучаться приемам самообслуживания, помогают этому



специальные приспособления: поручни у унитаза, в ванной комнате. Только длительное систематическое выполнение этих мероприятий с активной добродетельной поддержкой близких приведет вас к успеху. Для восстановления памяти необходимо частое чтение с обсуждением прочитанного, просмотр информационных передач, разгадывание кроссвордов. При нарушении речи необходима помощь логопеда.

Родственники больного должны поддерживать оптимизм и бодрый дух больного, помогать адаптироваться к активной жизни в новых условиях даже при неполном восстановлении нарушенных функций. Что же делать, чтобы не заболеть инсультом?

- снижать избыточную массу тела;
- повышать физическую активность;
- соблюдать диету и принимать препараты, снижающие холестерин;
- употреблять больше овощей и фруктов, каш из круп грубого помола, нежирные кисломолочные продукты, творог, нежирные сорта мяса, рыбы и птицы;
- нормализовать артериальное давление;
- принимать препараты, уменьшающие образование тромбов.

Т.Д. ИГНАТОВА,
невролог ГКБ № 10.

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 (351) 263-09-12. Отпечатано в ОАО «Челябинский Дом печати», Свердловский пр., 60.
Заказ № 702 Тираж 20000 экз.
Электронную версию газеты читайте на медицинском портале www.med74.ru