

- ☞ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
- ☞ КАЧАЙТЕСЬ
НА ЗДОРОВЬЕ!
- ☞ ПИТАНИЕ
ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ
ДЕТИ-АЛЬБИНОСЫ

НА ЗДОРОВЬЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА

ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

14 НОЯБРЯ – ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ ДИАБЕТА

В 1991 году Международная диабетическая ассоциация в сотрудничестве с Всемирной организацией здравоохранения внесла в календарь медицинских праздников Всемирный день сахарного диабета, который отмечают 14 ноября. Это день рождения канадского ученого Фредерика Бантинга, который в 1922 году сделал первую в мире инъекцию инсулина и спас жизнь 14-летнему мальчику. Благодаря этому миллионы людей во всем мире получили надежду на жизнь, ведь до этого времени такие больные были обречены.

Сахарный диабет — это медико-социальная и гуманитарная проблема нового тысячелетия. Диабет не делает различий: им могут заболеть люди любого возраста, любой расы, граждане бедных и богатых стран. Катастрофический рост заболеваемости сахарным диабетом требует не только внедрения новых эффективных методов лечения, но и совершенствования системы профилактики и ранней диагностики этого заболевания.

Цель проведения Дня диабета — в очередной раз привлечь внимание общественности к проблеме и информировать население о коварстве этой болезни. В этом году день диабета пройдет под девизом «Начните борьбу с диабетом. Прямо сейчас!».



Об этом заболевании рассказывает кандидат медицинских наук, главный эндокринолог города Марина Анатольевна ЧЕРЕДНИКОВА.

На сегодняшний день в мире насчитывается около 285 млн людей, страдающих сахарным диабетом, из них более 90 процентов — это пациенты с сахарным диабетом 2 типа. Ежегодно во всем мире заболевает диабетом около 7 млн человек. Заболевание распространяется с геометрической прогрессией, и к 2030 году количество заболевших, по оценкам экспертов, превысит 400 млн.

В городе Челябинске на диспансерном учете состоит около 24 тысяч пациентов с сахарным диабетом, 90 процентов из них — больные с сахарным диабетом II типа. В 2010 году в городе зарегистрировано 2715 пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом. Однако, по оценкам экспертов, на одного зарегистрированного больного диабетом 2 типа приходится 3 — 4 невыявленных.

Рост заболеваемости сахарным диабетом связан в первую очередь с изменившимся образом жизни человека: неправильным питанием, низкой физической активностью, стрессами.

Диабет — социальная пробле-

ма, так как половина впервые заболевших сахарным диабетом — люди трудоспособного возраста, в том числе и женщины фертильного возраста, способные выносить и родить ребенка. Риск инсульта и заболеваний сердца у больных сахарным диабетом выше в 2 — 3 раза, слепоты — в 10 — 25 раз, нефропатии — в 12 — 15 раз, а гангрены нижних конечностей почти в 20 раз выше, чем среди населения в целом. К сожалению, статистика такова, что к моменту диагностики у 50 процентов заболевших выявляются те или иные осложнения сахарного диабета. В этом и заключается коварство болезни: довольно длительное время сахарный диабет 2 типа никак себя не проявляет. Немногие пациенты обращают внимание на первые признаки болезни: жажду, учащенное мочеиспускание, появление различных гнойничковых заболеваний. Диагноз, как правило, ставится при обращении к врачу по поводу других заболеваний, когда человек болен продолжительное время.

Именно поэтому сегодня крайне важно уделять внимание вопросам профилактики, ранней диагностики, а также информирования

населения об этом заболевании.

Врачи первичного звена, терапевты, неизбежно встречаются с пациентами, входящими в группу риска развития сахарного диабета, это больные с ожирением, артериальной гипертензией, дислипидемией. Именно эти врачи должны первыми забить тревогу и провести самое важное исследование для выявления возможного заболевания — определение сахара крови натощак! В норме этот показатель не должен превышать 5,5 ммоль/л в капиллярной крови или 6,1 ммоль/л в плазме венозной крови. При подозрении на наличие сахарного диабета терапевт должен срочно направить пациента к специалисту-эндокринологу. Если пациент имеет несколько факторов риска развития диабета:

- окружность талии более 94 см у мужчин и более 80 см у женщин,

- уровень артериального давления более 140/80 мм рт. ст.,

- уровень холестерина крови более 5,2 ммоль/л и триглицеридов крови более 1,7 ммоль/л,

- наследственную отягощенность по сахарному диабету, то терапевту также необходимо направ-

вить больного к эндокринологу.

Изменение образа жизни и начало лечения на этой стадии может вовсе предупредить развитие диабета и человек останется здоровым!

Вновь выявленные случаи сахарного диабета обязательно регистрируются в государственном регистре. В регистре фиксируются все изменения, касающиеся здоровья человека, в том числе и осложнения, указываются препараты, которыми лечится пациент. Это дает возможность делать выводы о качестве лечения, своевременно диагностировать осложнения болезни.

Сегодня для полноценной компенсации диабета имеется весь необходимый набор лекарственных средств. Это целый спектр человеческих генно-инженерных инсулинов, а также самых современных аналогов инсулина человека как продолжительного, так и смешанного и ультракороткого действия. Инсулин можно вводить с помощью одноразовых шприцев с иглой, укол которой практически незаметен, шприц-ручек, которыми можно сделать укол сквозь одежду в любой ситуации. Помпо-

вая инсулинотерапия позволяет приблизиться к физиологической секреции инсулина поджелудочной железой, сократить количество инъекций.

Разработаны также пероральные сахароснижающие препараты нового поколения из класса инкретинов, которые обладают способностью сохранять функцию β -клеток поджелудочной железы.

Полезным инструментом для контроля над заболеванием является глюкометр, позволяющий оперативно измерять уровень сахара крови и выбирать нужную дозу назначенного врачом препарата.

Однако без проверенных временем методов лечения — диеты и физической нагрузки — даже самая совершенная медикаментозная терапия не будет успешной. Пациент должен всегда об этом помнить.

Прогноз при этом заболевании зависит не только от усилий лечащего врача, но и самого пациента. Большая заслуга в этом принадлежит школам сахарного диабета, которые функционируют во всех больницах и поликлиниках города. На этих занятиях обучение ведется по специально разработанным программам, отдельно для пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа. Пациентам рассказывают о самом заболевании, осложнениях, обучают методам самоконтроля, принципам медикаментозной терапии, рационального питания, физической нагрузки. Результаты такого подхода не заставили себя ждать.

В последние годы благодаря проводимым мероприятиям продолжительность жизни больных с сахарным диабетом значительно увеличилась. Пациенты сохраняют трудоспособность долгие годы, способны приносить пользу обществу. Кроме того, ученые продолжают разрабатывать новые препараты, эффективность которых в ближайшем будущем позволит значительно улучшить качество жизни больных сахарным диабетом.

Ж. КИСЕЛЕВА.

ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ № 4 — 75 ЛЕТ



С ЮБИЛЕЕМ!

В ноябре 1936 года при Челябинском электролитном цинковом заводе была открыта врачебная амбулатория, которая в дальнейшем стала именоваться городской клинической больницей № 4. Первыми главными врачами амбулатории (в период с 1936 по 1946 гг.) были И.И. Фельдбаум и Д.Я. Серебро. В 1947 году главным врачом была назначена Э.А. Олевская, внесшая большой вклад в становление больницы. При ее активном участии в 1972 году был построен терапевтический стационар на 60 коек по улице Кыштымской, а в 1975 году на средства завода было построено здание поликлиники по улице Каслинской. С этого же времени больница приобрела статус медико-санитарной части Челябинского электролитного цинкового завода.

С 1980 по 1986 гг. главным врачом больницы был А.А. Неплюев, с 1987 года — А.А. Меньшиков.

В 1986 году было открыто новое здание стационара по улице Островского, 81. Больница стала клинической базой

для трех кафедр УГМАДО и Челябинского базового медицинского колледжа, приобрела статус городской клинической больницы.

С 1989 года больницей руководит заслуженный врач Российской Федерации, кандидат медицинских наук, главный врач Кур-



чатовского района г. Челябинска М.И. Шуховцев.

Благодаря его усилиям в феврале 2000 года была введена в строй новая типовая поликлиника на 1200 посещений в смену по проспекту Победы, 376-в.

Окончание на 2-й странице.



С ЮБИЛЕЕМ!

ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ
БОЛЬНИЦЕ № 4 — 75 ЛЕТ

Окончание. Начало на 1-й странице.

На сегодняшний день муниципальной учреждение здравоохранения городская клиническая больница № 4 — многопрофильное медицинское учреждение, обеспечивающее все виды амбулаторно-поликлинической и стационарной терапевтической помощи. Больница обслуживает более 80 тысяч взрослого населения Курчатовского и Калининского районов г. Челябинска.

Согласно лицензионным требованиям в поликлинике обеспечивается амбулаторный этап обслуживания пациентов. Основным видом обращений в поликлиническом подразделении является оказание первичной медико-санитарной помощи.

Участковая служба поликлиники и отделение врачей общей практики включает 47 территориальных участков, на которых трудятся квалифицированные врачи.

В поликлинике функционирует дневной стационар на 65 коек (терапевтические, неврологические, ревматологические, гинекологические), есть стационар дневного пребывания, где получают специализированную помощь больные терапевтического и кардиологического профиля.

Для оказания специализированной медицинской помощи больным с бронхолегочной патологией организован городской консультативно-диагностический центр, работу которого возглавляет заведующая кафедрой терапии, фтизиопульмонологии, профпатологии УГМАДО, доктор медицинских наук, профессор Г.Л. Игнатова. Сотрудниками кафедры совместно с врачами больницы проводится большая научно-исследовательская работа. Ежегодно в отделениях внедряется более 20 передовых методик.

На базе поликлиники успешно работает межрайонный эпилептологический кабинет.

В целях улучшения репродуктивного здоровья населения развивается и совершенствуется профилактическая и лечебно-диагностическая помощь женщинам фертильного возраста.

За последние годы значительно увеличилось количество диагностических исследований. Практически на одну треть увеличились функциональные и ультразвуковые исследования, на 25 процентов — лабораторные.

Все лечебно-диагностические отделения больницы оснащены необходимым оборудованием, часть которого поступила по национальному проекту «Здоровье».

В составе больницы развернут стационар на 220 коек с палатой интенсивной терапии, где оказывается квалифицированная скорая помощь больным.

На базе стационара функционирует психосоматическое отделение, в котором получают лечение инвазивные и участники ВОВ, воины-интернационалисты, а также другие категории граждан, требующие социальной поддержки.

В больнице особое внимание уделяется работе с кадрами. В коллективе создан благоприятный морально-психологический климат, что существенно снизило текучесть кадров и улучшило укомплектованность.

Согласно целевой программе модернизации здравоохранения на 2011 — 2012 гг., целью которой является улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи, в больнице будет проведен капитальный ремонт, дополнительно получено оборудование для консультативно-диагностического центра и специализированных отделений стационара для больных пульмонологического и кардиологического профилей. В рамках модернизации также предусмотрены мероприятия по внедрению современных информационных систем и стандартов оказания медицинской помощи.

Таким образом, планы дальнейшего развития лечебно-профилактического учреждения — ГКБ № 4 в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и программы модернизации в ближайшие годы позволят качественно улучшить уровень оказания медицинской помощи населению города и области.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Сахарный диабет — одно из наиболее распространенных хронических заболеваний. В последние годы во всем мире возросла его распространенность среди детей и подростков. Диабет встречается у детей всех возрастов, в том числе и в грудном возрасте и даже у новорожденных, но наиболее часто наблюдается в младшем школьном и препубертатном периоде (с началом полового созревания). В настоящее время в Челябинской области сахарным диабетом болеет 606 детей, среди них 220 детей — жители города Челябинска.

Еще за полторы тысячи лет до нашей эры древние египтяне в своем медицинском трактате «Папирус Эберса» описывали сахарный диабет как самостоятельное заболевание. Великие врачи Древней Греции и Рима неустанно размышляли об этой загадочной болезни. Лекарь Аретайус придумал ей название «диабет» — по-гречески «протекаю, прохожу сквозь». Ученый Цельс доказывал, что в возникновении сахарного диабета виновато несварение желудка, а великий Гиппократ ставил диагноз, пробуя мочу пациента на вкус. Кстати, древние китайцы тоже знали, что при сахарном диабете моча становится сладкой. Они придумали оригинальный метод диагностики с помощью мух и ос. Если мухи садятся на блюдце с мочой, значит, моча сладкая, а пациент болен. Современные знания о сахарном диабете постоянно изменяются, расширяются и совершенствуются.

Что же такое сахарный диабет?

Сахарный диабет — это аутоиммунное заболевание у генетически предрасположенных лиц, характеризующееся хроническим повышением уровня сахара в крови вследствие абсолютного или относительного дефицита инсулина — гормона поджелудочной железы. Заболевание приводит к нарушению всех видов обмена веществ, поражению сосудов, нервной системы, а также других органов и систем. Каков бы ни был провоцирующий фактор возникновения диабета — травма, воспалительный процесс, склероз сосудов поджелудочной железы, инфекции, интоксикации, психическая травма, чрезмерное употребление углеводов, следствие одно: организм не может в полной мере использовать глюкозу, поступающую с пищей, и запасать ее избыток в печени и мышцах. Неиспользованная глюкоза в избыточном количестве циркулирует в крови, частично выводится с мочой, что неблагоприятно влияет на все органы и ткани. Так как поступление глюкозы в клетки недостаточно, в качестве источника энергии начинают использоваться жиры. В результате в повышенном количестве образуются токсичные для организма, и особенно для головного мозга, вещества, называемые кетонами, нарушается жировой, белковый и минеральный обмен.

К основным симптомам диабета относятся: полиурия, которая проявляется учащенным обильным мочеиспусканием, в том числе и в ночное время, полидипсия — постоянная неутолимая жажда, полифагия — постоянный неутолимый голод, похудание — частый симптом диабета, который развивается, несмотря на повышенный аппетит больных. Сахарный диабет первого типа иногда проявляется резким ухудшением состояния с выраженной слабостью, болями в животе, рвотой, запахом ацетона изо рта. Это обусловлено накоплением в крови токсичных кетонных тел — кетоз и кетоацидоз.

Сахарный диабет 1 типа — заболевание, в основе которого лежит инсулиновая недостаточность, поэтому введение инсулина является единственным на сегодняшний день эффективным методом лечения. В настоящее время существует



большое количество препаратов инсулина, различающиеся по продолжительности действия: инсулины ультракороткого действия, инсулины короткого действия, инсулины средней продолжительности действия, инсулины продленного действия. При подборе инсулинотерапии следует добиваться максимально возможной компенсации углеводного обмена, чем менее значительными будут суточные колебания уровня глюкозы крови, тем ниже риск возникновения различных осложнений сахарного диабета. В связи с этим существует так называемая интенсифицированная инсулинотерапия. Суточная доза инсулина делится между инсулинами продленного и короткого действия. Продленные инсулины вводятся, как правило, утром и вечером и имитируют базальную секрецию поджелудочной железы. Инсулины короткого действия вводятся после каждого приема пищи, содержащей углеводы, доза может меняться в зависимости от хлебных единиц, съеденных в данный прием пищи. Инсулин вводится подкожно с помощью шприц-ручки или специальной помпы-дозатора. В настоящее время в России и в Челябинской области наиболее распространен способ введения инсулина с помощью шприц-ручек. Шприц-ручка позволяет быстро и практически безболезненно ввести необходимую дозу инсулина. Среди наших пациентов метод введения инсулина с помощью инсулиновой помпы используется примерно у 20 процентов детей. Это связано с рядом объективных трудностей, которые в значительной степени нивелируют достоинства данного способа введения инсулина. К достоинствам данного метода относятся более точная имитация физиологической секреции инсулина (препараты инсулина поступают в кровь в течение всего дня), возможность более точного контроля гликемии, отсутствие необходимости самостоятельно вводить инсулин (количество введенного инсулина контролируется помпой), также значительно снижается риск возникновения острых и отдаленных осложнений сахарного диабета.

Диета при сахарном диабете также является необходимой составной частью лечения. Без соблюдения диеты невозможно компенсация углеводного обмена. Основной принцип питания при сахарном диабете — прием физиологической сбалансированной диеты с нормальным соотношением белков, жиров и углеводов. Основным понятием при диетотерапии сахарного диабета является хлебная единица. Хлебная единица представляет собой условную меру, равную 10 — 12 г углеводов или 20 — 25 г хлеба. Существуют таблицы, в которых указано количество хлебных единиц в различных продуктах

питания. В течение суток количество хлебных единиц, употребляемых больным, должно оставаться постоянным. Ребенок должен уметь подсчитывать количество съеденной пищи по системе хлебных единиц. Самоконтроль уровня гликемии является одним из основных мероприятий, позволяющих добиться эффективной длительной компенсации углеводного обмена. В течение суток происходят колебания уровня глюкозы крови. На это влияет множество факторов, к основным относятся физическая и эмоциональная нагрузка, уровень потребленных углеводов, сопутствующие заболевания и состояния. Так как невозможно все время содержать больного в стационаре, то мониторинг состояния и незначительная коррекция доз инсулинов короткого действия возлагается на пациента и его родителей. Современным и адекватным методом оценки состояния является использование глюкометров. Достаточно поместить каплю крови на присоединенную к аппарату одноразовую индикаторную пластину, и через несколько секунд известен уровень глюкозы в крови.

Очень важную роль в компенсации сахарного диабета играет обучение пациента. Обучение проводится в школах для пациентов с сахарным диабетом при эндокринологических отделениях. Больной должен представлять, что такое сахарный диабет, чем он опасен, что ему следует предпринять в случае эпизодов гипогликемии и гипергликемии, как их избегать, уметь самостоятельно контролировать уровень глюкозы в крови и иметь четкое представление о характере допустимого для него питания. Сахарный диабет сегодня — одна из ведущих медико-социальных проблем. Миллионы людей во всех странах мира страдают этим заболеванием. Несмотря на интенсивные исследования, сахарный диабет остается хроническим заболеванием, требующим постоянного контроля с целью предупреждения осложнений и преждевременной инвалидизации. Поэтому обучение больных диабетом методам самоконтроля, управлению своей болезнью в тесной кооперации с лечащим врачом имеет большое значение. В настоящее время сахарный диабет уже не является заболеванием, которое бы лишало пациентов возможности нормально жить, учиться и заниматься спортом. При соблюдении диеты и правильном режиме, при современных возможностях лечения инсулином жизнь больного ничем не отличается от жизни здоровых людей.

Е.С. РОМАНЕНКО,
главный внештатный детский
эндокринолог г. Челябинска, к.м.н.,
доцент кафедры прпедевтики детских
болезней и педиатрии ЧелГМА.



КАЧАЙТЕСЬ НА ЗДОРОВЬЕ!

Кинетоз, или укачивание в транспорте, не болезнь, это реакция организма на непривычное движение. Не совсем приятные ощущения могут вызываться различными раздражителями: качкой на морском транспорте, ездой в автомобиле, во время полета на самолете, вращением на карусели, на качелях, подъемом на лифте. Основной точкой приложения раздражителей является вестибулярный аппарат. Воздействие на него вызывает специфические импульсы в нервной системе, которые передают информацию всем участвующим в ответе органам, вызывая при этом три типа различных реакций.

Первый тип — субъективные эмоции и ощущения, например, чувство страха, иногда паники, а иногда радости и восторга, особенно если вы любители веселых аттракционов.

Второй тип — различные вегетативные реакции (связанные с повышением активности автономной нервной системы), например, покраснение или побледнение кожи, чрезмерное потоотделение, слюнотечение, тошнота, рвота, иногда нарушение сознания вплоть до его потери. Данный тип реакций не подчиняется коре головного мозга, поэтому они самые стойкие, практически не поддаются тренировке.

Третий тип заключается в сокращении определенных групп поперечнополосатых мышц с отклонением тела в ту или иную сторону, что сопровождается покачиванием, неустойчивой походкой, потерей чувства опоры. В этом случае хорошо сохраняют равновесие тренированные люди.

Таким образом, во время езды в транспорте или в полете, т. е. при изменении положения тела в пространстве, у каждого человека происходит раздражение вестибулярного аппарата, зрения и внутренних органов. Возникают ответные реакции на раздражения всех трех указанных типов, разных по силе проявления и выраженности, что зависит от индивидуальной чувствительности к раздражителям каждого конкретного человека. Этим можно объяснить, почему укачивание характерно не для всех людей.

Причиной развития этого состояния является несовершенство вестибулярного аппарата, который расположен во внутреннем ухе человека. Этот сложно устроенный механизм имеет маленькие размеры, но очень сложно устроен и имеет огромное значение для определения положения тела человека в пространстве, ощущении земного притяжения и ориентации в нашем трехмерном мире. Развиваться у ребенка вестибулярный аппарат начинает еще внутриутробно, и окончательно завершает свое развитие в 15-летнем возрасте. Благодаря вестибулярному аппарату внутреннего уха человек может ориентироваться в пространстве и сохранять необходимую позу. Самое непосредственное участие в этом процессе принимает нервная система. Иннервируется вестибулярный аппарат 8-й парой черепных нервов (слуховой и вестибулярный), именно он связывает различные отделы вегетативной нервной системы и внутренние органы в комплекс ответных реакций при перемене положения тела человека и вызывает различные синдромы укачивания. У человека ориентация в пространстве осуществляется сложным комплексом механизмов, включающим в себя тактильную чувствительность, зрение и вестибулярный аппарат.

Вестибулярный аппарат внутреннего уха представляет собой сложный лабиринт, заполненный желеобразной массой, с опущенными в эту среду ресничками-волосками чувствительных клеток. В массе содержатся отолиты — кристаллы, которые при изменении положения тела в пространстве оказывают давление на различные группы чувствительных клеток, таким образом давая в мозг информацию о положении тела и головы человека в пространстве. Поворот голо-

вы человека провоцирует ток эндолимфы по каналам, которая также сигнализирует о движении, давая рефлекторный сигнал



для глаз. Полукружные каналы (а их 3 в каждом внутреннем ухе) расположены в трех плоскостях. При изменении положения головы в любой плоскости эндолимфа движется. Но человек привык, что движения большей частью происходят в горизонтальной плоскости при ходьбе, поворотах головы, и лишь незначительная часть движений случается в вертикальной плоскости — кивание головой, опускание-поднимание головы. Еще одна причина, по которой возникает синдром укачивания, — несоответствие зрительных, вестибулярных и сенсорных ощущений. Например, когда мы идем пешком, в головной мозг поступают все указанные сигналы, а вот когда мы едем на машине, зрительная информация сообщает, что мы движемся, а вот вестибулярная, что мы неподвижны. Такой конфликт поступающей в мозг информации и вызывает, по мнению ученых, симптомы укачивания. Такой сбой может вызвать воспаление уха, заболевания желудочно-кишечного тракта, вегетативной нервной системы, опухоли головного мозга. Укачивание, которое наблюдается у человека, сигнализирует о каких-то неполадках в организме, вызвавших нарушение функционирования в вестибулярном аппарате. Если укачивание проявляется у маленького ребенка с рождения или же возникло в процессе жизни человека, необходимо провести тщательное обследование. Борьба с укачиванием, вызванным болезнью, бессмысленно, можно лишь облегчить состояние человека, но в любом случае нужно лечить основное заболевание. Вылечить это состояние можно, к счастью, эта беда поправима и зависит только от организованности человека и его настроя на успех. Если морская болезнь наблюдается у ребенка, то, при отсутствии заболеваний, ее вызвавших, в подростковом возрасте она исчезнет, когда вестибулярный аппарат будет полностью сформирован. Укачивание, которое не проходит само собой, может пройти в результате специальных тренировок вестибулярного аппарата, а также активной физической подвижности, сильных спортивных нагрузок. Лучше всего тренирует вестибулярный аппарат качание на качелях, поэтому мамы всего мира качают своих новорожденных детей в колыбелях, а потом — на качелях. Со-

вету регулярно качать ребенка на качелях, и тогда укачивание у него будет возникать все реже и реже. Виды спорта, хорошо тренирующие вестибулярный аппарат, — это аквааэробика и обычная аэробика, спортивные игры — баскетбол, волейбол, футбол, легкий бег, спортивная ходьба, плавание в бассейне. При этих упражнениях человек движется во всех плоскостях, с переменной скоростью и направления движения, что благотворно действует на формирование вестибулярного аппарата. Утренняя гимнастика должна состоять из упражнений, предполагающих наклоны туловища и головы, повороты, прыжки, кувырки, упражнения на турнике. Сразу не нужно выполнять эти упражнения по многу раз, сначала нужно делать упражнения медленно, 2 — 3 раза, со временем увеличивая как амплитуду движений, так и количество повторов. Немаловажно самовнушение перед дорогой. Во время поездки нужно смотреть на вдаль стоящие предметы, думать о будущем, мечтать, слушать музыку. Несомненно, нужно научиться хотя бы азам искусства аутотренинга. Многие ошибочно полагают, что с возрастом кинетоз проходит. Однако согласно статистике 70

процентов взрослого населения страдает от укачивания в транспорте. Что еще интересного могут рассказать сухие цифры? Оказывается, эта болезнь чаще встречается у девочек, у детей в возрасте от года до десяти лет. Более того, кинетоз может передаваться по наследству.

Что рекомендуют специалисты при поездке в транспорте, если ребенок или взрослый страдает синдромом укачивания? Во-первых, в салон должен поступать свежий воздух. Духота, резкие сильные запахи могут спровоцировать укачивание. Во-вторых, не сажайте ребенка спиной вперед, это касается поездов в общественном транспорте. Постарайтесь сделать так, чтобы можно было смотреть вперед по ходу движения, рассматривая мелькающих предметов по бокам лишь ухудшит состояние. В машине можно поставить автокресло посередине заднего сиденья. В-третьих, постоянно отвлекайте — развлекайте малыша. Разговоры, сказки, песенки — все, что не дает ребенку сконцентрироваться на своих ощущениях. И пусть малыш сам активно участвует в беседе. В-четвертых, чаще делайте остановки для отдыха. Пусть ребенок выйдет из машины, подышит свежим воздухом, сделает пару упражнений. При выборе транспорта для путешествия помните, что частые и резкие повороты, например, на горной дороге, а также быстрые перепады скорости способствуют укачиванию. В самолете меньше укачивает в районе крыла, на корабле в средней его части.

Если же справиться с укачиванием собственными силами не получается, можно воспользоваться помощью медицины. Все лекарственные препараты лучше покупать после консультации со своим врачом.

Кроме лекарств можно попробовать специальный браслет от укачивания. Принцип его действия заключается в постоянном воздействии на активную точку, отвечающую за гармоничную работу желудка, кровообращения и за душевное спокойствие.

Л.А. ПЛЕХАНОВ,
главный детский внештатный
невролог Челябинска,
профессор, доктор медицинских наук.

ПИТАНИЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ



В наши дни можно уверенно сказать, что старинная поговорка «щи да каша — пища наша» не про нас. Мы утоляем голод высококалорийной, избыточно жирной, пересоленной и переслащенной кулинарией.

Ассортимент продуктов, рецептов и блюд современного человека особенно резко изменился в последние 20 лет. Каким мыслимым и немыслимым новым технологиям подвергаются выращивание злаковых и овощных культур, какими изощренными модифицированными и клонированными попадают в торговую сеть мясо, молочная продукция, яйца, рыба для нашего стола!

Полезна, бесполезна или даже вредна наша культура питания? Обычно пищу принято оценивать по количеству калорий, содержанию белков, жиров, углеводов, микроэлементов и витаминов. Кто же из нас в повседневной жизни скрупулезно подсчитывает калории съеденного?

Оказывается, есть еще один показатель, важный для здоровья, — это кислотная нагрузка пищи.

Измеряется она легко: показатель кислоты минус показатель щелочи. Неоценимую помощь оказал компьютерный анализ, который определил кислотную нагрузку пищи основных продуктов питания. Оказывается, каждый из них содержит два компонента — кислотный и щелочной в разных пропорциях. Взгляните на таблицу, чтобы иметь представление, насколько кислотную или щелочную пищу вы едите.

Продукт	Компоненты		Кислотная нагрузка
	Кислота	Щелочь	
Кислые продукты			
Мясо	77,7	8,0	69,7
Зерновые	8,0	-5,8	13,8
Сыр	2,8	-11,4	14,2
Молоко, йогурт	5,7	2,9	2,8
Яйца	1,8	-0,7	2,5
Нейтральные продукты			
Бобовые	0,9	1,7	0,8
Орехи	1,3	1,2	0,1
Щелочные продукты			
Листовая зелень	32,9	90,0	-57,1
Коренья	10,1	36,5	-26,4
Овощи	6,8	21,1	-14,3
Клубни	4,5	15,1	-10,6
Фрукты	2,1	7,9	-5,8

Начиная с 90-х годов двадцатого века произошли кардинальные сдвиги в питании в сторону «закисления» рациона. Такое ежедневное «кислотное» питание приводит к хроническому позитивному ацидозу (закислению) внутренней среды организма.

Норма pH крови человека находится в слабощелочном диапазоне: от 7,35 — 7,45 по утрам до 7,35 — 7,45 по вечерам.

Норма pH слюны 6,5 — 7,5. Сегодня каждому доступно определить pH организма с помощью тест-полосок, которые можно купить в аптеке. Они по-разному изменяют свой цвет в зависимости от величины показателей. Удобнее всего оценивать состояние кислотно-щелочного равновесия по pH мочи и слюны, которыми смачивают тест-полоску.

При отклонении pH в кислую сторону необходимо увеличить содержание в рационе щелочных продуктов (см. таблицу). Кроме того, организм не допускает выхода pH крови за данные пределы, если вы ведете физически активный образ жизни.

С.Л. ВОРОНОВ,
врач ГЦМП.



ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Хронические заболевания почек представляют серьезную проблему здравоохранения. Это обусловлено неуклонным ростом числа больных с хронической почечной недостаточностью. Очевидно, что важнейшая задача, которую призваны решать нефрологи, — предупреждение или отдаление сроков возникновения тяжелых осложнений.

Инфекция органов мочевой системы у детей — наиболее распространенное заболевание, нередко приводит к инвалидизации и хронической почечной недостаточности. В настоящее время в структуре заболеваемости патология органов мочевой системы у детей от 0 до 14 лет занимает 9-е место, а подростков от 15 — 17 лет — 6-е место. При этом наиболее значительный рост заболеваемости отмечается у детей первого года жизни (25 процентов), преимущественно у мальчиков. После года заболевание чаще развивается у девочек. Более высокая частота рецидивов инфекции мочевыводящих путей также отмечается у девочек: у 30 процентов в течение 1 года, у 50 процентов в течение 5 лет, у мальчиков — в 15 процентах случаев, преимущественно на 1-м году жизни.

В раннем возрасте инфекция мочевыводящих путей чаще всего проявляется повышением температуры до фебрильных цифр (37,2 градуса). Однако необходимо помнить, что в 5 — 7 процентах случаев у детей до 2-х лет инфекция мочевыводящих путей может протекать без температуры.

Частота инфекции мочевыводящих путей на фоне врожденных аномалий мочевой системы выше у мальчиков, чем у девочек (10 процентов и 12 процентов соответственно).

Наиболее информативные методы диагностики — анализ мочи и ее посев, а также ультразвуковая диагностика почек и мочевого пузыря.

Сегодня медицинская помощь детям с инфекцией мочевой системы оказывается в учреждениях



амбулаторно-поликлинического звена, в условиях стационаров, а в ряде случаев — в федеральных специализированных центрах.

Для успешного лечения ребенка с патологией мочевой системы необходимо обязательное выполнение следующих условий:

- строгое выполнение родителями антибактериального лечения с учетом чувствительности к антибиотикам;

- своевременная коррекция нарушений уродинамики;

- создание в семье психологического комфорта;

- соблюдение режима дня с достаточным сном;

- максимальное пребывание ребенка на свежем воздухе;

- регулярное проветривание помещений;

- ежедневные занятия гимнастикой, лечебной физкультурой (по показаниям);

- соблюдение режима питания и диеты;

- достаточный питьевой режим (по показаниям — дополнительное питье);

- контроль за регулярностью мочеиспускания и опорожнения кишечника (не допускать запоров);

- тщательный и гигиенический уход за наружными половыми органами;

- ежедневная гигиеническая ванна или душ;

- регулярное диспансерное наблюдение у врача-педиатра;

- наблюдение детским нефрологом или урологом;

- контроль за анализами мочи в зависимости от стадии болезни и в период ОРВИ, других заболеваний и через две недели после выздоровления;

- своевременное лечение хро-

нических очагов инфекции со стороны ЛОР-органов (аденоиды, хронический гайморит, хронический тонзиллит), зубов у стоматолога.

При остром течении инфекционного процесса в мочевой системе ребенку рекомендуется обильное питье. Это способствует вымыванию продуктов воспаления из почек и мочевого пузыря. Суточное количество жидкости распределяется равномерно в течение дня. Для детей до 3 лет общее суточное количество выпитой жидкости в пределах 1 литра рекомендуется после снятия болевого синдрома. У детей от 3 до 7 лет — до 1,5 литра. Рекомендуются слабощелочные минеральные воды. Лечебные минеральные воды для приема внутрь при инфекции мочевой системы должны иметь минерализацию не менее 2 г/л. Вода принимается в теплом виде, без газа. Минеральная вода дозируется из расчета 3 — 5 мл/кг массы на прием или

- детям в возрасте 6 — 8 лет от 50 до 100 мл;

- детям в возрасте 9 — 12 лет 120 — 150 мл;

- детям старше 12 лет по 150 — 200 мл на прием.

Прием воды рекомендуем три раза в день за 1 час до еды.

Кроме минеральной воды используются морсы (клюквенный, брусничный), слабощелочные компоты из сухофруктов, слабозаваренный чай (можно зеленый), настои трав, обладающие антисептическим действием (ромашка, зверобой).

Л.В. ГЛУХОВА,
заведующая детским нефрологическим отделением ДГБ № 1, кандидат медицинских наук, главный детский нефролог города.

тив кори, краснухи и гриппа нельзя ставить при наличии аллергических реакций на белок куриного яйца и антибиотики группы аминогликозидов, вакцина против гепатита В противопоказана при аллергии на пекарские дрожжи.

Нужно помнить, что прививки проводятся только после медицинского осмотра. Если прививка не входит в обязательный Национальный календарь, приобретайте ее после консультации с врачом. К вакцинации могут быть противопоказания, и, возможно, с прививкой придется повременить.

Если вы приобрели вакцину в аптеке, ни в коем случае не пытайтесь привиться самостоятельно! Прививки должны проводить специально подготовленные медицинские работники.

Соблюдая эти простые требования, вы делаете проведение вакцинации более безопасным.

И.Н. БЕЛКИНА,
к.м.н., зав. отделением аллергологии и иммунопрофилактики МУЗ ГКБ № 2.

ДЕТИ-АЛЬБИНОСЫ



Альбинизм (от латинского *albus* — белый), отсутствие пигментов в коже, волосах, радужке и сетчатке глаза, встречается как полный, так и частичный. При полном альбинизме пигмент отсутствует в волосах, коже, глазах. Кожа и волосы у таких людей белые, а глаза — красные. По статистике на 200000 детей один — полный альбинос. Частичный альбинизм проявляется у человека, например, в обесцвечивании участков волос головы.

Об этой патологии рассказывает главный детский офтальмолог города Елена Владимировна ЯДЫКИНА.

Альбинизм — это врожденный дефицит или отсутствие пигмента в коже, волосах, радужке и сетчатке глаза или только в радужке глаза. Причиной этой патологии является нарушение обмена тирозина (аминокислоты) при выработке меланина. Меланин — пигмент, защищающий кожу человека от ультрафиолетовых лучей. Под солнцем кожа человека обычно приобретает загар, что говорит о повышении уровня меланина в ней. В тех же условиях альбинос из-за недостатка меланина могут получить солнечный ожог. Меланин важен не только для кожи, но и для глаз и мозга.

Присутствие меланина очень важно для развития глаза. Центр зоны на сетчатке, отвечающий за остроту зрения, не может развиваться правильно, если не хватает меланина. Нормальное развитие других частей сетчатки не зависит от присутствия этого пигмента. Недостаток меланина в сетчатке также негативно влияет на развитие зрительных нервов, соединяющих сетчатку с мозгом. Альбинизм не опасен для жизни человека, пониженный уровень меланина не сказывается на здоровье. Дети с альбинизмом интеллектуально развиваются и растут нормально. Большинство родителей детей, родившихся альбиносами, имеют нормальный цвет глаз.

Все типы альбинизма — врожденные. Принято различать генерализованные (кожно-глазные), изолированные (глазные) и смешанные типы альбинизма. Заболевание подвержены все расы. Примерно 1 человек из 17000 имеет один из подвидов альбинизма.

Пациентам с явным альбинизмом диагноз ставится достаточно просто, чего не скажешь про более скрытые формы и о пациентах с глазным альбинизмом.

Пациенты с глазным альбинизмом часто жалуются на снижение центрального зрения и светобоязнь, с кожным альбинизмом на повышенную чувствительность кожи к солнечным лучам. В некоторых случаях эта патология проявляется гематомами (синяками), носовыми кровотечениями, повышенной кровоточивостью после хирургических операций или лечения зубов, частыми инфекциями. Окружающие замечают, что дети с альбинизмом склонны читать с наклоном головы и с близкого расстояния.

Глазной альбинизм (изолированное поражение глаз) передается по наследству. Врачам-офтальмологам отведена важная роль в диагностике альбинизма, так как большинство его видов проявляется через глаза.

Связанные с альбинизмом изменения в оптической системе глаза проявляются сниженной остротой зрения, вторичной гипоплазией макулярной области и в перекресте зрительных путей.

Другие симптомы, такие как светобоязнь, просветивание (трансллюминация) радужки, нистагм и дефицит пигмента на периферии глазного дна характерны для всех типов альбинизма.

Обследование начинается с внешнего осмотра пациента, затем проводится исследование щелевой лампой и осмотр глазного дна.

Глазные особенности, общие для всех видов альбинизма:

- аномалии рефракции и астигматизм;
- нистагм (непроизвольные движения глазных яблок (подергивание));

- отсутствие пигментации радужки;
- косоглазие;

- фовеолярная гипоплазия (недоразвитие центральной зоны сетчатки).

Кроме того, проводят исследование волосных луковиц, биопсию кожи, что дает возможность проанализировать присутствие макромиеланосом клеток, вырабатывающих меланин. Эффективного лечения альбинизма не существует.

При низком зрении детям выписываются очки, в редких случаях применяются телескопические очки для работы вблизи и для дали. Очки с затемнением уменьшают светобоязнь. Для лечения косоглазия назначают окклюзию. В некоторых случаях улучшение наступает от очковой коррекции.

У альбиносов с косоглазием хирургическое лечение дает положительный эффект крайне редко из-за низкого зрения и неправильной фиксации зрения.



ГОРОДСКАЯ БЕСПЛАТНАЯ ГАЗЕТА НА ЗДОРОВЬЕ

Учредитель — городской Центр медицинской профилактики. Газета зарегистрирована в Управлении Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Челябинской области. Рег. № ПИ № ТУ 74-00356 от 05.03.2010 г.

Главный редактор И.В. СМОЛЕНЦЕВА.

АДРЕС РЕДАКЦИИ: Челябинск, ул. С. Кривой, 30. Тел./факс (351) 263-09-12. Отпечатано с оригинал-макета заказчика в ОАО «Челябинский Дом печати», Свердловский пр., 60. Подписано в печать по графику в 22.00. Дата выхода — 11.11.11. Заказ № . Тираж 20000 экз. Электронную версию газеты читайте на медицинском портале www.med74.ru

ВАКЦИНАЦИЯ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

В рамках Национального календаря профилактических прививок Российской Федерации взрослые в плановом порядке должны быть привиты против 6 инфекций:

Дифтерия и столбняк

Ревакцинация проводится каждые 10 лет после последнего введения прививки в детстве (то есть в 14 лет) всем взрослым без ограничения возраста.

Кори

Лица в возрасте до 35 лет должны быть привиты двукратно. Если человек не был привит в детстве и не болел корью либо данные о прививках утеряны, проводятся 2 прививки с интервалом в 3 и более месяцев.

Вирусного гепатита В

Прививки проводятся лицам в возрасте до 55 лет, не привитым ранее.

Грипп

Именно сейчас, в преддверии сезонного подъема заболеваемости гриппом и ОРВИ, необходимо позаботиться о своем здоровье и

здоровье своих близких. По прогнозам Федерального центра по гриппу и ОРВИ эпидемическая ситуация в целом по России, в том числе и по Челябинской области, будет связана с циркуляцией преимущественно вирусов гриппа А (H3N2) и А (H1N1). Подъем заболеваемости ожидается с декабря 2011 года по февраль 2012 года, скорее всего во второй половине января 2012 года. В данный период можно ожидать развитие эпидемии гриппа умеренной интенсивности.

Краснухи

Вакцинации подлежат женщины до 25 лет, если они не привиты в детстве и не болели краснухой.

Противопоказанием к проведению прививки является сильная реакция или осложнение на предыдущее введение. Вакцины про-