

НА ЗДОРОВЬЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА

ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

- 👉 170 ЛЕТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ ГОРОДА
- 👉 ЗДОРОВЬЕ — ЭТО ПРОСТО!?
- 👉 НУЖНА ЛИ ВОДА ГРУДНИЧКУ?

ВРОЖДЕННАЯ ГЛАУКОМА У ДЕТЕЙ

В настоящее время врожденная патология органов зрения занимает одно из лидирующих мест среди причин детской инвалидности и слепоты. В структуре детской инвалидности по зрению в нашей стране врожденная глаукома составляет 10,1 процента. Несмотря на широкий спектр современных препаратов и большое разнообразие оперативных вмешательств, процент инвалидности детей с глаукомой остается стабильным уже многие годы.



Об этом заболевании и методах лечения глаукомы рассказывает врач-офтальмолог детского консультативно-диагностического городского офтальмологического отделения, главный детский офтальмолог города, врач высшей категории Наталья Васильевна ВАЛЕЩУК.

В основе врожденной глаукомы лежат аномалии, препятствующие оттоку внутриглазной жидкости или значительно затрудняющие его, следствием чего является повышение внутриглазного давления. Это заболевание характеризуется повышением внутриглазного давления, своеобразными клиническими проявлениями, обусловленными возрастными особенностями глаза у детей, прогрессирующим течением. Повышенное давление у детей вызывает изменения всего глазного яблока, в связи с чем происходит его увеличение за счет растяжения роговицы и склеры. Встречается у 1 ребенка из 10000 — 20000 новорожденных.

Врожденная глаукома может быть наследственной либо возникает в результате воздействия на зародыш или плод различных неблагоприятных факторов. Причиной врожденной глаукомы могут быть различные воздействия как внешней, так и внутренней среды (физические, химические, биологические). Так, это заболевание может вызвать инфекция матери во время беременности (коревая краснуха, грипп, паротит, токсоплазмоз и др.), эндокринные нарушения, гипо- и авитаминоз, различные интоксикации, гипоксии, ионизирующее излучение и др.

Основными симптомами врожденной глаукомы является высокое внутриглазное давление, увеличение диаметра роговицы и глазного яблока в целом, помутнение роговицы, углубление передней камеры, расширение зрачка и замедление реакций его на свет, снижение зрительных функций. Наличие тех или иных патологических симптомов и их выраженность зависят от формы и стадии заболевания.

Из-за болей в глазу, светобоязни, слезотечения ребенок становится беспокойным, капризным, теряет аппетит, плохо спит. По мере прогрессирования заболевания под влиянием повышенного офтальмотонуса (очень твердый при надавливании глаз) вследствие затрудненного оттока внутриглазной жидкости увеличиваются



роговица и глазное яблоко в целом, углубляется передняя камера, нарастают изменения в других оболочках и структурах глаза. Наиболее выраженным симптомом является увеличение в размерах роговицы, диаметр которой на поздних стадиях может достигать 20 мм и более. Растягивается и истончается склера, приобретает голубоватый оттенок из-за просвечивания сосудистой оболочки. На поздних стадиях глаукомы могут появляться стафиломы, возможны разрывы склеры, наблюдается растяжение и истончение конъюнктивы. Нередко развивается осложненная катаракта.

Стекловидное тело в начале заболевания прозрачное, в развитой стадии наблюдаются единичные плавающие помутнения, в более поздних стадиях — диффузные помутнения, деструктивные изменения, кровоизлияния. Глазное дно в начальной стадии врожденной глаукомы нормальное. При прогрессировании заболевания вследствие нарушения кровообращения диск зрительного нерва подвергается дистрофическим изменениям.

У большинства больных с врожденной глаукомой наблюдается близорукость и миопический астигматизм. Близорукость, по общепринятому мнению, является следствием увеличения глазного яблока. В то же время, несмотря на его значительные размеры, близорукость, как правило, не достигает высоких степеней, что, по-видимому, обусловлено уплощен-

ем роговицы и тем, что хрусталик отодвигается назад.

Внутриглазное давление в начальной стадии врожденной глаукомы может быть незначительно повышенным или повышаться периодически. В развитой и последующих стадиях офтальмотонус постоянно повышен.

Врожденная глаукома характеризуется прогрессирующим ухудшением зрительных функций. Снижение остроты зрения в ранних стадиях заболевания обусловлено в основном изменениями роговицы (отек, помутнения), аномалией рефракции, дальнорукостью. По мере развития болезни зрение значительно снижается в связи с поражением зрительного нерва и сетчатки, доходя до снижения светочувствования и слепоты на поздних стадиях.

Поле зрения удается исследовать у детей старше 6 — 7 лет; отмечается его концентрическое сужение и выпадение верхненосовых квадрантов.

По происхождению различают наследственную и внутриутробную врожденные глаукомы. Происхождение заболевания определяют на основании результатов обследования ребенка в медико-генетической консультации и тщательно, целенаправленно собранных анамнестических данных о течении беременности и вредных факторах.

Важное значение в характеристике врожденной глаукомы имеет форма заболевания. Различают три формы,

из которых наиболее часто встречается простая (классическая, собственно гидрофтальм) с изменениями в углу передней камеры. Вторая форма — врожденная глаукома с аномалиями переднего отрезка или глазного яблока в целом (смещение хрусталика, отсутствие радужки, уменьшение глазного яблока). Третья форма — врожденная глаукома при факотоматозах (нейрофиброматоз, аниоматоз).

У детей могут наблюдаться формы заболевания с изменениями радужки, которые относят к юношеской глаукоме (синдромы Франк-Каменецкого, Ригера).

Диагноз врожденной глаукомы устанавливают на основании анамнеза и результатов обследования, включающего наружный осмотр, кератометрию, биомикроскопию, гониоскопию, гониоскопию с корнеокомпрессией, офтальмоскопию, тонометрию, тонографию, исследование зрительных функций. Важное значение имеет ультразвуковая биометрия как метод диагностики врожденной глаукомы и контроля эффективности лечения и стабилизации процесса по изменению длины сагиттальной оси глаза и глубины передней камеры. Исследование органа зрения у детей младшего возраста (до 3 — 5 лет) проводят под наркозом.

Важное значение в раннем выявлении врожденной глаукомы имеет осмотр глаз новорожденных в родильных домах акушером и педиатром, которые знают начальные признаки заболевания. При подозрении на глаукому ребенка направляют на консультацию к офтальмологу, а при подтверждении диагноза проводят соответствующее лечение.

Врожденную глаукому следует дифференцировать от заболеваний глаз, при которых наблюдаются отдельные симптомы, характерные для глаукомы: конъюнктивит, кератит, дистрофия роговой оболочки, мегалокорнея, кератоконус, кератоглобус, врожденная близорукость высокой степени, ретинобластома.

В связи с наличием препятствий оттоку внутриглазной жидкости лечение врожденной глаукомы хирургическое. Медикаментозная терапия является дополнением к операции.

Хирургическое вмешательство при врожденной глаукоме производят незамедлительно после установления диагноза, проведенного в срочном порядке обследования ребенка и

предоперационной подготовки. Следует иметь в виду, что возрастных противопоказаний к операции у детей с врожденными глаукомами нет. Чем раньше произведено хирургическое вмешательство, тем большего эффекта можно добиться.

В тех случаях, когда нормализация внутриглазного давления не достигнута или через какое-то время после эффективного хирургического лечения офтальмотонус повысился, требуется срочная повторная операция. Особое значение имеет своевременная повторная операция у детей младшего возраста, у которых под влиянием повышенного внутриглазного давления процесс быстро прогрессирует, увеличивается глазное яблоко. В нашем отделении проводятся операции детям г. Челябинска и области. В 2007 году проведено шесть операций. Современные операции при врожденных глаукомах производят под операционным микроскопом микрохирургическим инструментарием. Успех хирургического лечения во многом определяется правильным выбором операции в зависимости от стадии заболевания и характера патологических изменений.

Медикаментозное лечение врожденных глауком включает применение миотических средств, дегидратационной и отвлекающей терапии чаще как дополнение к хирургическому лечению.

Дети с врожденной глаукомой находятся на диспансерном наблюдении в поликлинике, проходя обследование 1 раз в месяц. В Челябинске на диспансерном учете состоит 17 человек. Им определяется острота зрения, исследуется поле зрения, проводится кератометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, тонометрия, эхобиометрия. Детям до 3 лет, а также беспокойным, неконтактным независимо от возраста необходимые исследования проводятся в стационаре. Это целесообразно делать не реже 1 раза в квартал.

В процессе диспансерного наблюдения за детьми с врожденными глаукомами после операции проводится медикаментозное лечение, назначается коррекция аномалии рефракции, по показаниям — плеоптическое лечение. Важная задача диспансерного наблюдения — своевременно выявить детей с некомпенсированной, прогрессирующей глаукомой и незамедлительно направить их в глазное отделение для детального обследования и хирургического лечения.



История хирургии Челябинска связана с именами многих замечательных хирургов

В XVIII и начале XIX века хирургическую помощь населению Челябинска оказывали врачи общей практики. Лишь в 1838 году через 10 лет после открытия первого лечебного учреждения — городской больницы и через 102 года после основания Челябинска были выделены хирургические койки.

Первым хирургом в Челябинске был **ПОКРОВСКИЙ Корнелий Иванович**. В 1837 году он возглавил Челябинскую городскую больницу и много сделал для становления хирургии в Челябинске. Благодаря ему был приобретен набор хирургических инструментов на 500 рублей, выделенных для этих целей городской думой. Это была очень значительная сумма, так как, например, на содержание всей больницы в 1841 году было израсходовано 373 рубля. Хирург К.И. Покровский проработал в больнице 35 лет и пользовался большим уважением населения.

До начала XX века городская больница была единственным лечебным учреждением города. После ввода в действие Транссибирской железной дороги, которая прошла через Челябинск, была создана еще одна больница недалеко от вокзала (на Переселенке). Она была ведомственной и оказывала помощь железнодорожникам и переселенцам. Затем в честь 300-летия дома Романовых в поселке Никольском (вблизи железнодорожного вокзала) была открыта Романовская казачья больница. В 1913 году в Челябинске было уже 4 больницы на 175 коек.

Гражданская война привела в упадок здравоохранение Челябинска. Колчаковцы увели с собой всех врачей. Разруха, голод, инфекционные болезни унесли жизни многих тысяч челябинцев. Городская больница была переполнена, врачей не было, возглавлял больницу хирургический фельдшер К.П. Петров.

После революции и Гражданской войны в начале 20-х годов XX века в больницы Челябинска пришли работать врачи, демобилизованные из Красной армии, это были В. П. Преображенский Н.И. Игнатьев.

ПРЕОБРАЖЕНСКИЙ Владимир Павлович окончил с отличием Имперскую военно-медицинскую академию в Санкт-Петербурге — в 1912 году военный лекарь казачьей больницы в Челябинске. В 1917—1918 гг. заведовал хирургическим отделением городской больницы, в 1919—1920 гг. возглавлял военный поезд-госпиталь 5-й армии М.Н. Тухачевского, с 1920 года заведующий хирургической службой эвакуационного пункта в Челябинске, в 1923—1941 — заведующий хирургическим отделением железнодорожной больницы. Во время Великой Отечественной войны — начальник военного госпиталя № 306.

ИГНАТОВ Николай Иванович окончил в 1911 г. медицинский факультет МГУ с отличием, старший ординатор госпиталя Красной армии, размещавшегося в Челябинске (1918—1919 гг.). Заведовал в 1920—1941 гг. хирургическим отделением городской больницы. Первый заслуженный врач РСФСР (1941 г.). Во время Великой Отечественной войны ведущий хирург эвакогоспиталя. С 1945 по 1959 гг. — заведующий хирургическим отделением туберкулезного диспансера.

В годы первых пятилеток Челябинск превратился в гигантскую строительную площадку. Прибывало население, существующие больницы не справлялись с непомерно возросшей нагрузкой. На строящихся предприятиях срочно сооружались бараки



В 2008 году хирургической службе города

170 ЛЕТ



для медицинских учреждений: на ЧТЗ открыты больница и поликлиника (1933 г.), единый диспансер (1937 г.). В 1938 г. введена в строй областная больница, затем поликлиника ЮУЖД, медсанчасть завода им. С. Орджоникидзе, санчасть завода им. Колущенко, мед. санчасть металлургического завода. В довоенные и послевоенные годы хирургия Челябинска связана с именем профессора С.М. Калмановского, доцента И.М. Тарасова и кандидата медицинских наук Г.Ф. Синякова.

КАЛМАНОВСКИЙ Самуил Моисеевич родился 15 мая 1897 года в Белоруссии. Учился в Саратовском университете на медицинском факультете, который в то время славился хирургическими школами академиком С.И. Спасокукоцкого и С.Р. Миротворцева. Вместе с С.М. Калма-

новским практически в одно время учились известные впоследствии советские ученые-хирурги А.Н. Бакулев, Е.Л. Березов, Б.Э. Линберг и другие.

С 1932 года Соломон Моисеевич работает в нашей области, до 1934 года заведующий хирургическим отделением центральной Магнитогорской больницы. Затем заведует хирургическим отделением больницы ЧТЗ. Ему присваивается ученая степень кандидата медицинских наук, а в 1938 году он успешно защищает докторскую диссертацию при втором Ленинградском медицинском институте. Он первый практический врач в Челябинске, защитивший в советское время докторскую диссертацию.

В 1939 году С. М. Калмановский возглавляет хирургическую службу Челябинской областной больницы. Много оперирует, делает самые

сложные операции, воспитывает молодых врачей.

С началом Великой Отечественной войны его призывают в армию в качестве инспектора-хирурга МЭП-98, затем он работал начальником хирургического отделения военного госпиталя 423.

После эвакуации Киевского медицинского института и создания на его базе Челябинского медицинского института подполковник медицинской службы С. М. Калмановский избирается заведующим кафедрой госпитальной хирургии. Ему было присвоено звание профессора.

С. М. Калмановский — интеллигентный человек, высочайшей культуры, эрудиции, искусный хирург, прекрасный педагог и лектор.

Вот воспоминание главного травматолога области того времени Л. И.

Шпаера. Он был на курсах повышения квалификации хирургов при Академии медицинских наук СССР. Первую вводную лекцию, как правило, читал президент академии А. Н. Бакулев. Он поинтересовался, есть ли кто из Челябинска. Узнав, что есть, он сказал, что в этом городе работает его однокашник С. М. Калмановский, и если я президент АМН СССР, то по справедливости Соломон Моисеевич должен быть президентом Всемирной академии.

Соломон Моисеевич свободно владел английским, французским и немецким языками. В течение 15 лет бессменный председатель научно-практического общества врачей. Ведущий хирург и консультант госпиталя восстановительной хирургии. Главный фтизиохирург области.

ТАРАСОВ Петр Михайлович не был бальвем судьбы. Родился в Саратовской области в простой крестьянской семье, рано лишился отца, в 17 лет вступил в Красную армию, служил в штабе у Фрунзе. После окончания Гражданской войны закончил Саратовский университет, затем клиническую ординатуру известного хирурга академика АМН С.Р. Миротворцева. С 1933 года работал хирургом в Челябинске в городской больнице, с которой он и связал всю свою жизнь. П.М. Тарасов организовал в Челябинске областную станцию переливания крови и руководил ею по совместительству до 1943 года. В Великую Отечественную войну был начальником эвакогоспиталя и одновременно работал в нем ведущим хирургом.

В 1944 году П.М. Тарасов защитил кандидатскую диссертацию, с 1949 по 1959 год он — главный хирург Челябинска, с 1956 по 1967 год возглавлял кафедру общей хирургии, много делал для становления и специализации хирургической службы Челябинска. С 1962 по 1967 год ректор Челябинского медицинского института, депутат Верховного Совета СССР двух созывов.

СИНЯКОВ Георгий Федорович (6.04.1903 — 7.02.1978) — кандидат медицинских наук, заслуженный врач РСФСР, выпускник медицинского факультета Воронежского университета.

Почти четыре года Г. Ф. Синяков был узником и врачом лазарета Кюстринского международного лагеря военнопленных. Ему обязаны жизнью сотни французов, югославов, поляков, англичан, русских, которых он лечил и спасал от фашистов. В их числе была и знаменитая летчица Анна Егорова, сбитая фашистами после 277-го вылета, представленная командованием к званию Героя Советского Союза посмертно. Так прозвучало в сводке Совинформбюро. А раненая Анна попала в Кюстрин, где ее поместили в одиночную камеру. При осмотре узницы врач Синяков обнаружил у нее под бинтами боевые ордена и партийный билет и спрятал их. Егорову пытали, избивали при допросах, а врач Синяков лечил ее, смазывал ей раны рыбьим жиром, по каплям собранным среди узников лагеря, получающих посылки через международный Красный Крест. Егорова разыскала Синякова после войны, и о подвиге врача узнал весь мир.

Послевоенные годы Георгия Федоровича связаны с хирургическим отделением МСЧ ЧТЗ, где он до конца своей жизни работал заведующим отделением.

Что объединяет этих людей? Прежде всего профессия. Все они хирурги и как медицинские работники беззаветно выполняли свой долг в мирное время и в военные годы. А после победы самоотверженно трудились в Челябинске, завоевав любовь и признание земляков.

Окончание на 3-й странице.



В 2008 году хирургической службе города 170 лет

Окончание. Начало на 2-й странице.

РУШ Александр Александрович — заслуженный врач РСФСР, кандидат медицинских наук, замечательный хирург, интеллигентный, высокообразованный человек, свободно владевший тремя языками. Судьба этого мужественного человека трагическая.

Биография его была безукоризненной: солдат первой мировой, красноармеец гражданской, блестящий студент медицинского факультета Саратовского университета, кандидат наук, доцент, заведующий кафедрой хирургии Самаркандского медицинского института, член ВКП (б). Но он носил немецкую фамилию, потому все остальное не имело никакого значения.

В апреле 1942 года Александр Александрович попал в челябинский лагерь трудармейцев. 45-летний хирург экстра-класса в ужасающих условиях строил металлургический завод, работал каменщиком в карьере. Отморозил пальцы стоп.

Больных в лагере было множество. Лагерь находился далеко от города, и связи с ним не было. Поэтому администрация лагеря вынуждена была открыть лазарет с хирургическим отделением прямо в бараке. Начальником лазарета был назначен Руш.

Молва о блестящем хирурге распространилась быстро. Все больше челябинцев стремились попасть к Александру Александровичу. И в лазарете за колючей проволокой был организован постоянный консультативный прием для вольнонаемных и населения металлургического района г. Челябинска.

В 1945 году А. А. Руш был расконвоирован, его восстановили в партии, вернули ученую степень. Через год он оставляет работу в больнице Челябинска и переходит в медсанчасть ЧМЗ, где руководит крупным хирургическим отделением.

У коллег и пациентов Руш пользовался непрерываемым авторитетом, в отделении всегда был идеальный порядок, безукоризненная чистота. Он был жестким, требовательным, суровым руководителем, но на него никто не обижался, так как все знали, что это делается ради блага больных, в сущности это был добрый, отзывчивый, незлопамятный и скромный человек. Эта скромность была во всем — в поведении, скудной обстановке его квартиры, одежде.

Это был врач с блестящей эрудицией, отличной хирургической техникой с широким диапазоном деятельности. Одним из первых в городе он под местной анестезией делает операцию по удалению легкого, симпатэктомию при облитерирующем эндартериите, оперирует больного с раком пищевода и делает много-много различных и успешных операций.

Перенесенные невзгоды, тяжелый физический труд, плохое питание не прошли для него бесследно. Он страдал облитерирующим эндартериитом. Началась гангрена ноги. Ему произвели высокую ампутацию бедра. Но и находясь в отделении после операции, Руш продолжает работать. Молодые хирурги в сомнительных и сложных случаях на каталке привозили к нему больных, и он безотказно консультировал, давал рекомендации. После выписки из больницы его ежедневно привозили на лошади с кошкой, и он продолжал работать, оперировать. Самое сложное делал сам, заканчивали операцию его ученики. Во время перерывов он снимал протез, чтобы отдохнуть, а потом вновь включался в работу. Суровые испытания уготовила ему судьба. Он перенес тяжелый инфаркт. Через некоторое время вновь начал оперировать, однако мешала болезнь. В сентябре 1952 года в возрасте 55 лет его не стало, но осталась созданная им хирургическая школа.

В 2007 году исполнилось 110 лет со дня его рождения. Добрая память об этом замечательном враче, самоотверженном, талантливом хирурге, человеке

с трагической судьбой живет среди его коллег и челябинцев.

СКВОРЦОВ Иван Григорьевич (01.02.1903 — 10.01.1967) окончил медицинский факультет Томского университета. Ученик профессора А.Г. Савиных. Работал в г. Прокопьевске. С 1949 по 1967 год доцент кафедры госпитальной хирургии ЧГМИ, доктор медицинских наук (1964 год). Блестящий хирург, продолжатель традиций своего учителя профессора А.Г. Савиных в хирургии желудка и пищевода. Автор оригинальной методики внутригрудной пластики пищевода тонкой кишкой. Главный хирург Челябинской области.

КОРАБЕЛЬНИКОВ Иван Данилович (23.12.1896 — 8.01.1991) — хирург, профессор, доктор медицинских наук, свободно владеющий французским, немецким и английским языком, окончил медицинский факультет Одесского университета. С 1944 по 1967 года заведующий кафедрой факультетской хирургии ЧГМИ. 19 лет был главным хирургом Челябинска, великолепный организатор хирургической службы. Основатель многопрофильной факультетской хирургической клиники на базе МСЧ ЧТЗ. Бесшумный председатель областного общества хирургов в течение почти двух десятилетий. Автор известной монографии «Травматические диафрагмальные грыжи».

Так начиналась и зарождалась хирургическая служба в Челябинске, и ее становлению сегодняшнее поколение хирургов обязано нашим старшим товарищам-учителям, беззаветным хирургам, для которых Челябинск стал второй родиной, которую они полюбили и отдали все свои силы, знания и опыт на благо челябинцев.

В послевоенные годы на рубеже XXI века развитие хирургии в Челябинске связано с именами наших земляков, в основном выпускников Челябинского медицинского института, благодаря деятельности которых окончательно сформировалась челябинская школа хирургов. Их усилиями созданы специализированные высококвалифицированные хирургические отделения и центры, известные далеко за пределами нашей области.

Профессор **Владимир Иванович КУЗНЕЦОВ** — хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки.

Профессор **Владимир Антонович КРИЖАНОВСКИЙ** — основатель нового специализированного направления — эндокринной хирургии и центра хирургической эндокринологии.

Профессор **Юрий Иванович МАЛЫШЕВ** — основатель и организатор кардиохирургии в Челябинской области.

Профессор **Анатолий Александрович ФОКИН** — основоположник сосудистой хирургии в Челябинской области.

Доцент **Геннадий Александрович РЕДЬКИН** — хирургия органов брюшной полости.

Профессор **Екатерина Ивановна БЕХТЕРЕВА** — онкохирургия, основатель кафедры онкологии ЧГМИ.

Профессор **Николай Ефимович ПОВСТЯНОЙ** — хирург-комбустиолог.

Профессор **Николай Иванович ТАРАСОВ** — основатель урологической клиники, организатор и первый ректор института повышения квалификации врачей (ныне Челябинская государственная академия последипломного образования).

Доцент **Леонид Георгиевич ПЛЕХАНОВ** — хирург-травматолог, вертебролог.

Имена выпускников Челябинского медицинского института навсегда останутся в истории славных традиций хирургии Челябинска. Они воспитали прекрасных учеников, которые сегодня достойно продолжают и преумножают славу челябинской школы хирургов. Сегодня в хирургической службе Челябинска развернуто 1730 специализированных коек, работает 546 врачей.

В.А. ПРИВАЛОВ, профессор, д.м.н.
И.М. МАТОВСКИЙ, к.м.н.



31 МАЯ — ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БЕЗ ТАБАЧНОГО ДЫМА

Табак — самый главный глобальный убийца

Курение — наиболее опасная для здоровья привычка, которая на 10 — 15 лет укорачивает жизнь человека. Ежегодно от причин, связанных с курением, в мире умирает 4 млн человек, в России эта цифра приближается к 270 тысячам.

Курение способствует развитию большой группы сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, болезней органов дыхания и др. Оно увеличивает риск рака легких в 17 раз, хронических обструктивных болезней легких в 8 раз, инфаркта миокарда и инсульта в 2 раза.

Последствия табакокурения отрицательно сказываются не только на здоровье самого курящего, но и на здоровье окружающих, особенно женщин и детей. Жены курильщиков умирают на 4 года раньше, чем у некурящих мужей.

Большинство курящих знают, что курение вредно для здоровья, но продолжают курить, потому что

попали в наркотическую зависимость от табака. Есть надежный и приемлемый способ остаться независимым и сохранить свое здоровье — не начинать курить. Тем более в мире сейчас формируется мода на здоровье и отказ от курения. Продолжающим курить следует подумать, не попадут ли они в число лиц, пострадавших от курения и укорачивающих себе жизнь.

Пока не поздно, откажитесь от этой убивающей вас вредной привычки! Некоторые курящие при решении отказаться от курения могут сделать это сразу только волевым решением. Другим курильщикам потребуется медицинская помощь, которую можно получить у психотерапевта.

Отказавшись от курения, вы:
■ экономите деньги, используя их на более нужные для себя потребности;

■ становитесь независимым психологически;

■ ваши легкие начинают намного лучше функционировать, дыхание становится глубоким, пропадает кашель курильщика;

■ нормализуется работа сердца и всей кровеносной системы; улучшается кровоснабжение всех органов;

■ исчезает неприятный запах табака, улучшается цвет лица; женщины и девушки буквально расцветают;

■ пропадает утомляемость, головная боль, поднимается жизненный тонус и общее самочувствие;

■ происходит в течение 1 — 1,5 года самоочищение организма, и вы продлеваете свою полноценную активную жизнь на 10 — 15 лет.

Отказ от курения возможен в любом возрасте.

МУЗ городской Центр медицинской профилактики.

Пассивное курение

Почему мы, некурящие, так равнодушно относимся к тому, что нас окуривают на работе, дома, в общественных местах. Почему люди курящие ради сиюминутного удовольствия, добровольно лишают себя нескольких лет жизни, укорачивают жизнь и нам, некурящим. Наверное, это потому, что мы еще не все знаем о пассивном курении. Установлено, что во время курения 20 процентов вредных веществ, содержащихся в табачном дыме, сгорает, 25 процентов задерживается в легких курящего, 5 процентов остается в окурке, и остальные 50 процентов загрязняют окружающую среду.

Ядовитые вещества, содержащиеся в табачном дыме, попадают в воздух при паузах в курении, а они обычно длиннее, чем момент затяжки. Пассивный курильщик в течение часа, находясь в прокуренном помещении, вдыхает такую же дозу составных частей табачного дыма, которая равносильна выкуриванию половины сигареты. А пребывание в течение 8 часов в закрытом помещении, где курят, приводит к воздействию табачного дыма, соответствующему курению более 5 сигарет.

Действие компонентов табака и при пассивном курении прослеживается на все органы и ткани: на состав крови, мочи, нервную систему. В настоящее время доказано, что пассивное курение является фактором риска развития рака легкого. Сейчас специальными методами определено, что пассивного курения для развития коронарной болезни сердца почти в два раза больше, чем считалось раньше.

Наиболее уязвимые пассивные курильщики — это женщины и дети. Если учесть, что больше половины некурящих женщин подвержены пассивному курению на работе и дома и 36 процентов сами курят, то получается, что более 90 процентов женщин имеют повышенный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и рака по причине курения. Жены курильщиков умирают на 4 года раньше, чем у некурящих мужей.

Женский организм при всей его большей по сравнению с мужским жизнестойкости генетически менее приспособлен к введению вредных веществ. Установлено, что мужчинам для развития цирроза печени достаточно употреблять 132 г алкоголя в сутки, а женщины подвергаются такому же риску, принимая лишь 52 г. Аналогичная ситуация и с курением.

Еще более сильно воздействие табачного дыма на организм ребенка. Многие исследователи указывают, что дети курящих родителей в большей мере подвержены заболеваниям органов дыхания, чем дети некурящих родителей. Если в некурящих семьях часто болеют бронхолегочными заболеваниями 37 процентов детей, то в семьях, в которых кто-либо из родителей курит, их почти в 2 раза больше (67 процентов). Пассивные курильщики имеют относительно низкую ве-

личину скорости форсированного выдоха, что свидетельствует о повышенном риске развития дыхательной недостаточности.

Доказано, что даже если курящие члены семьи выходят покурить из квартиры, вредные вещества возвращаются домой вместе с ними, накапливаются и способствуют развитию у детей, например, астмы.

Никотин при исследованиях был обнаружен в воздухе и пыли в домах всех курящих: его содержание в крови у детей с «домашними» курильщиками в 14 раз больше, чем у малышей, чьи родственники не имеют этой вредной привычки, он в 8 раз больше нормы даже у тех, чьи родители выходят с сигаретой за дверь: оказывается, вредные вещества задерживаются в волосах и на одежде, потом попадают в воздух жилища, оседают на мебели и различных предметах. Поэтому в семьях курящих речь должна идти не о курении в подъезде, на балконе, в туалете, а о полном отказе от курения.

Если родители знают о наличии у ребенка заболевания, связанного с их курением, многие бросают курить ради здоровья ребенка. Это подтверждает опыт работы школы для родителей, детей с проявлениями бронхиальной астмы, в детском аллергологическом центре поликлиники № 1 города Челябинска. Из родителей, прошедших обучение в этой школе, более 10 процентов отказались от этой вредной для здоровья привычки.

Не следует забывать о психологическом воздействии курения. Дети курильщиков тянутся к сигарете гораздо чаще и раньше, чем их сверстники — дети некурящих родителей. Если в семье курят оба родителя, то начинают курить 74 процента мальчиков и 65 процентов девочек, а пробуют 25 процентов и 33 процента соответственно. Иначе говоря, практически все дети курящих родителей либо пробуют табак, либо курят. Пассивными курильщиками в семьях являются более 62 процентов подростков. По последним социологическим исследованиям, среди нас живет 81,5 процента курящих мужчин и 36,7 процента курящих женщин. Если провести несложные арифметические действия, то некурящих в нашем городе не так уж мало, около 450 тысяч женщин, детей, подростков и мужчин. Мы обращаемся к некурящим мужчинам и особенно женщинам: давайте будем формировать в своих семьях негативное отношение к курению — воспитывать своих детей так, чтобы они не начинали курить, а курящим членам семьи помогать избавляться от этой пагубной и опасной для всех членов семьи привычки. Если они любят нас, жалеют и не хотят терять, они сделают это. А мы всячески будем помогать им и ради их самих, и ради нас. Все вместе скажем сигарете «Нет!». Помогут нам и врачи.

Н.И.ГУЛЕВИЧ, методист ГЦМП.



НУЖНА ЛИ ВОДА ГРУДНИЧКУ?

Огромный поток информации по уходу за детьми получают сегодня молодые родители, но вопрос допаивать грудничка или нет вызывает множество споров. Несколько лет назад ответ был однозначным: «Конечно, да». Сегодня мнение педиатров на этот счет расходится. Давайте размышлять вместе.

Вода — основной компонент человеческого организма, без которого невозможна жизнь. Она не только утоляет жажду, но и обеспечивает нормальное функционирование всех органов и систем. В состав каждой нашей клетки входит вода, без нее наступает обезвоживание организма. Так нужно ли пить ребенку? Что и сколько?

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения дети, находящиеся на грудном вскармливании, не нуждаются в допаивании до 6 месяцев; дети старше 6 месяцев могут получать к основному рациону дополнительное питье в виде кипяченой или бутилированной воды.

Это объясняют тем, что вода подавляет чувство голода, и, выпив определенное количество жидкости, малыш не доберет молока, а значит, не получит достаточно питательных веществ. Также в кишечнике ребенка благодаря грудному молоку размножаются бифидо- и лактобактерии, а дополнительная жидкость может вымыть полезную микрофлору и разовьется дисбактериоз.

Детям, находящимся на смешанном или искусственном вскармливании, нужно предлагать воду, но не заставлять пить насильно.

С другой стороны, грудное молоко или адаптированные смеси — это такая же еда для грудничка, как супы и каши для более старших детей. Питье для младенцев — это те напитки, которые имеют небольшую питательную цен-

ность, поэтому жажду необходимо утолять не едой, а питьем, чтобы малыш не потреблял лишних пищевых калорий. Ведь учеными доказано, что избыток массы тела на первом году жизни у ребенка даже на грудном вскармливании грозит развитием ожирения в будущем.

Как же примирить эти два мнения, не лишнее ли здоровое питание? Рассудит всех и вся грудное молоко. Грудное молоко — продукт уникальный. Так называемое «переднее» молоко на 87 процентов состоит из воды, а «заднее» богато жирами. Поэтому, когда малыш хочет пить, приложите к груди на несколько минут, и он утолит жажду. Таким образом «поить» ребенка можно лишь в том случае, если кормящая мама следит за своим питанием и потребляет достаточное количество жидкости (около 2 л в сутки). Что касается детей-искусственников, то они обязательно должны получать дополнительное питье. Считается, что в норме суточная потребность грудничка в питье примерно соответствует объему одного кормления.

Еще несколько наших рекомендаций:

■ С момента введения прикорма (с 6–7 месяцев) нужно обязательно предлагать малышу пить, хотя основной едой все еще остается грудное молоко или смесь.

■ Пить воду грудничку не давайте из бутылочки, лучше использовать чашку-непроливайку. Малыш-искусственник

кушает из бутылочки, а пить ему предлагайте также из «непроливайки», если, конечно, возраст крохи позволяет.

■ Не рекомендуется поить малыша непосредственно перед едой, допайте его только между кормлениями. Водой чувство голода утолять не нужно.

А теперь о состояниях, при которых никак нельзя обойтись без питья (в том числе и малышам на грудном вскармливании):

■ У большинства новорожденных в первые дни жизни отмечается физиологическая желтуха, когда билирубин накапливается в организме из-за незрелости печени. Питье способствует быстрой ликвидации желтухи. А уж если у малыша гемолитическая болезнь новорожденных (результат несовместимости крови матери и ребенка), то здесь дополнительное питье просто необходимо.

■ Настоящая проблема большинства современных мам — это запоры у их малышей, которые возникают в том числе и при отсутствии в рационе достаточного количества воды у грудного ребенка.

■ Летом в жару или зимой, когда отопление в квартирах работает на все 100 процентов, у малышей возникает сухость слизистой носа и рта. А уж если кроватка стоит рядом с батареей и увлажнителя воздуха у вас нет, ничего не остается, как проветривать почаще комнату (конечно, в отсутствие ребенка) и предлагать малышу дополнительное питье.

■ При заболевании ребенка, если оно сопровождается подъемом температуры, обязательно требуется дополнительное питье. Вода не только утоля-



ет жажду, но и компенсирует потерю жидкости.

■ Жидкий стул у малыша в силу различных причин, в том числе кишечных инфекций, требует дополнительно поступления жидкости (конечно, соблюдая все рекомендации врача). Даже когда кроха отказывается пить, нужно заливать жидкость ему в рот с чайной ложечки.

Чем же поить малыша?

В качестве питья предпочтительнее использовать специальную детскую очищенную бутилированную воду, которая продается в аптеках и отделах детского питания в магазинах. На ней же можно готовить каши, супы и компоты. Эта вода должна быть не лечебной, а столовой и, конечно, без газа. Такую воду можно употреблять без кипячения. Также можно использовать обычную кипяченую воду или специализированные чаи для детей промышленного производства. Самыми полезными, особенно в зимне-весенний период, являются детские чаи на основе шиповника. Дома можно приготовить настой сушеных ягод шиповника. В нем много витамина С и бета-каротина. Компоты из свежих или сушеных фруктов также можно использовать в качестве питья, особенно компот из кураги, которая является богатым источником калия.

Особо следует сказать о сахаре. Не стоит добавлять сахар ни в какие напитки. Во-первых, потому что он — главная причина кариеса. Во-вторых, у малыша формируется склонность (а затем и привычка) к сладким напиткам с детства, что может стать причиной немалых проблем со здоровьем в будущем.

Теперь о соках. Некоторые специалисты-диетологи считают, что сок — это достаточно тяжелый продукт, в котором много кислот и фруктовых сахаров, это мощный стимулятор ферментативной деятельности желудочно-кишечного тракта. Поэтому вводить соки в рацион ребенка нужно лишь тогда, когда малыш уже получает каши, овощи, мясо и рыбу. В любом случае соки, как свежевыжатые, так и промышленного производства, желателен для малыша разводить кипяченой водой и давать их во время или после еды, а не между кормлениями.

Итак, допаивать или нет грудничка? Это вопрос, который вы решаете совместно с педиатром только для вашего малыша, учитывая все особенности его здоровья и вскармливания. И помните: здоровье детей зависит только от нас. Удачи!

Т.В. КАРИХ,
врач ГЦМП.

В городском соревновании школьников под девизом «Наше здоровье — в наших руках» эта литературная работа на тему «Здоровье — это просто!» заняла одно из призовых мест. Так наши дети понимают аспекты здорового образа жизни и свое отношение к здоровью. Почитайте — это интересно

Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо знать значение категории «здоровье».

Здоровье — естественное состояние организма, характеризующееся его уравновешенностью с окружающей средой и отсутствием каких-либо болезненных изменений. Здоровье человека определяется комплексом биологических (наследственных) и социальных факторов, которые имеют важное значение в поддержании состояния здоровья человека или в возникновении и развитии у него той или иной болезни.

Здоровье — это счастье человека, которым необходимо дорожить. Не случайно народная мудрость гласит: «Здоровье дороже богатства».

Человек может сделать головокружительную карьеру, иметь хороший дом и дорогой автомобиль, но если при этом он неизлечимо болен, все эти блага жизни его не радуют. Многие болезни взрослых людей уходят корнями в детство, поэтому школьники должны серьезно и ответственно относиться к своему здоровью.

Здоровый образ жизни позволяет свободно повышать образовательный, культурный уровень и физическое развитие человека. Здоровье нации характеризует экономический потенциал страны. Ведь не секрет, что чем богаче страна, тем увереннее в своем будущем граждане этой страны. Динамично развивающейся стране нужны здоровые граждане.

Однако сохранить здоровье не такая уж простая задача. Для того чтобы сохранить организм человека здоровым на долгие годы, необходим постоянный труд — незаметный, но не менее ответственный, чем труд при лечении уже возникшего заболевания. Очень жаль, что некоторые это понимают слишком поздно.

ЗДОРОВЬЕ — ЭТО ПРОСТО!?



РАССМОТРИМ НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, КОТОРЫЕ МЫ МОЖЕМ САМИ КОНТРОЛИРОВАТЬ И РЕГУЛИРОВАТЬ.

Для того чтобы организм оставался долго молодым и сильным, нам необходимо поддерживать его в хорошей физической форме. Это значит — ежедневно делать утреннюю гимнастику, посещать уроки физкультуры. Чрезвычайно полезны прогулки, пробежки на воздухе, занятия в спортивных секциях, выезды на природу.

Для поддержания здорового состояния организма не нужно пренебрегать закаливанием. Я с детства помню, что «солнце, воздух и вода — наши лучшие друзья!». Очень важно, чтобы закаливание проходило постепенно и систематически.

Рациональное питание — еще одно необходимое условие сохранения здоровья. Для этого надо соблюдать режим

приема пищи и ее калорийность. Питание должно быть разнообразным и содержать все необходимые организму питательные вещества (белки, жиры, углеводы, минеральные вещества и витамины). Увеличение массы тела приводит к заболеваниям сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата (плоскостопие). Питание всухомятку приводит к заболеваниям желудка и кишечника. Наш организм — это одно целое, и любое нарушение в работе какого-то органа приводит к сбою в работе всего организма.

Соблюдение режима дня, чередование труда и полноценного отдыха, то есть рациональное сочетание физических и умственных нагрузок, позволяют организму долго оста-

ваться здоровым и сильным.

Не нужно забывать и о культуре отношения к своему организму. Для этого необходимо соблюдать гигиену своего тела, а также периодически проходить медицинский осмотр и посещать стоматолога, делать профилактические прививки.

Человек, который заботится о своем здоровье, никогда не станет курить и злоупотреблять спиртными напитками.

Мы рассмотрели некоторые условия здорового образа жизни, зависящие от самого человека.

Однако мы не изолированы от окружающей нас среды. Наша жизнь полна неожиданностей, и может возникнуть угроза нашему здоровью.

Несмотря на то, что государство разработало ряд мер и законов для обеспечения жизни своих граждан, встречаются на жизненном пути человека обстоятельства, грозящие его здоровью.

Причинами нарушения нашего здоровья могут стать дорожно-транспортные происшествия, аварии техногенного характера, вредные выбросы в атмосферу, заражение воды или отравление.

Для предотвращения таких ситуаций предусмотрены правила дорожного движения, техника безопасности и контроль вредных выбросов в атмосферу и сбросов отходов в водоемы (контроль экологического состояния среды), санитарно-гигиенические нормы, проектирование и разработка безопасных технологий.

Здоровье каждого из нас — это здоровье всей нации. Здоровье каждого из нас — это государственная задача и обязанность каждого человека.

Пусть каждый человек предпримет все необходимое для сохранения своего здоровья!

Мы за здоровый образ жизни — единственно возможный путь долгой и счастливой жизни!

О. СЕРАДСКАЯ,
ученица 7А класса, лицей № 82.

Уважаемые коллеги, выпускники Челябинского государственного медицинского института выпуска 1988 года!

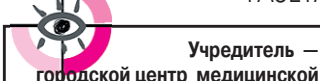
Оргкомитет приглашает вас **НА ТОРЖЕСТВЕННЫЙ ВЕЧЕР,**

который состоится **12 июня 2008 г.**

в банкетном зале МУЗ ГКБ № 1 (ул. Воровского, 16) г. Челябинска в 16:00. Организационный взнос 1300 рублей.

Контактные телефоны организаторов и оргкомитета:
248-80-03,
8-906-891-91-55.

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 РЕДАКЦИИ (351) 263-09-12.

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

Заказ № 977
Тираж 50000 экз.
Электронную версию газеты читайте на медицинском портале www.med74.ru