

Прочти и не болей



№ 19
(144)

ДЕКАБРЬ 2007

СЕГОДНЯ
В ВЫПУСКЕ:

НА ЗДОРОВЬЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

РЕВМАТИЗМ СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ



РАЗГОВОР С ГЛАВНЫМ СПЕЦИАЛИСТОМ

О ревматизме было известно еще в V веке до нашей эры. Гиппократ писал: «Появляется лихорадка, острые боли захватывают все суставы тела. Эти боли то резкие, то более слабые, поражают то один, то другой сустав». В древности врачи считали, что воспаление в суставах вызывается тем, что какая-то ядовитая жидкость растекается по организму. Отсюда и произошло название болезни – «ревматизм» (от греческого «ревма» – течение).

В настоящее время термин «ревматизм» врачами не используется. Правильнее говорить об острой ревматической лихорадке.

Острая ревматическая лихорадка – это острое воспалительное заболевание, при котором чаще всего в патологический процесс вовлекается сердце, суставы, нервная система и кожа. Не являясь массовым заболеванием, она, тем не менее, представляет серьезную проблему детской кардиоревматологии в связи с нередким формированием пороков сердца и инвалидизации пациентов.

Несмотря на существенные успехи, достигнутые в течение второй половины минувшего столетия в лечении и профилактике острой ревматической лихорадки, в последние годы стало очевидно, что данная проблема еще не решена и сохраняет свою актуальность и в наши

дни. Так, за последние 2–3 года в России вновь наблюдается рост заболеваемости. Распространенность острой ревматической лихорадки среди школьников в настоящее время в различных регионах страны по-прежнему велика. Вспышки болезни, имевшие место в последнее десятилетие в разных странах мира, в том числе и в России, обусловлены ростом стрептококковой инфекции верхних дыхательных путей. При этом заболевании необходимо отметить, что роль социальных факторов в формировании вспышек болезни минимальна.

Таким образом, тенденция к нарастанию заболеваемости подтверждает постулат о том, что данная патология не исчезнет до тех пор, пока циркулирует стрептококк группы А. В перспективе проблема ревматической лихорадки не потеряет своей актуальности.

В типичных случаях первые признаки заболевания появляются через 2–3 недели после носоглоточной инфекции (ангина, ОРЗ стрептококковой этиологии) в виде повышения температуры, снижения аппетита, беспокойного сна, быстрой утомляемости. Суставной синдром присутствует в большинстве случаев дебюта заболевания. Возможно поражение любых суставов, но наиболее часто поражаются коленные и голеностопные, реже тазобедренный и крупные суставы верхних конечностей. Характерна высокая степень болезненности в месте пораже-

ния, причем не только при движении, но и при полном покое. Нельзя не отметить летучий, мигрирующий, кратковременный, доброкачественный характер течения артрита.

Ведущим фактором в клинической картине данной патологии, определяющим тяжесть ее течения и исход, был и остается ревмокардит. К ранним признакам повреждения сердца относится нарушение сердечного ритма в виде учащения или урежения, увеличение размеров сердца, ослабление тонов и появление шума. В последние годы частота формирования пороков сердца составляет в среднем 20–25 процентов, что в 2,5 раза реже, чем в конце прошлого века. В то же время у подростков пороки сердца встречаются в 2 раза чаще, чем у детей, и имеют быстрый темп развития.

Поражение нервной системы (хорея) у детей проявляется эмоциональной неустойчивостью, раздражительностью, изменчивым настроением, плаксивостью, рассеянностью, снижением памяти, ухудшением успеваемости. Позднее появляются непроизвольные, беспорядочные подергивания мышц конечностей, мимической мускулатуры, кото-

рые часто принимают за гримасничанье ребенка, изменяется почерк, походка, речь становится невнятной, нечеткой. Эти симптомы усиливаются при волнении.

Кожные проявления в настоящее время встречаются редко и возникают на коже туловища, внутренних поверхностях рук и бедер в виде нестойких, бледно-розовых, кольцевидных пятен, не оставляющих пигментации, шелушения.

Исход заболевания во многом зависит от своевременности диагностики и адекватной терапии. С этой целью создана и внедрена в практику система трехэтапного лечения острой ревматической лихорадки. Первый этап предусматривает длительное стационарное лечение. На втором этапе детей направляют на местное санаторно-курортное лечение. Третий этап включает многолетнее диспансерное наблюдение в кардиоревматологическом кабинете поликлиники по месту жительства и проведение профилактических мероприятий.

В настоящее время большое значение в предупреждении заболевания имеет первичная и вторичная профилактика.

Первичная профилактика включает:

- мероприятия по укреплению здоровья детей и подростков (максимальное использование свежего воздуха, закаливание, рациональное питание, оптимальная физическая нагрузка);

- проведение комплекса санитарно-гигиенических мероприятий, снижающих опасность стрептококкового инфицирования детей и подростков (особенно в закрытых и полузакрытых помещениях);

- раннюю диагностику острых стрептококковых инфекций (ангина, скарлатина);

- своевременную изоляцию больных стрептококковыми инфекциями;

- адекватную терапию острых стрептококковых инфекций, включающую обязательное назначение детям из группы риска противострептококковых антибиотиков.

Вторичная профилактика направлена на предупреждение рецидивов и прогрессирования болезни у детей и подростков, перенесших ревматическую лихорадку, и предусматривает регулярное введение пенициллина для длительного действия (бипенициллонопрофилактика).

Таким образом, учитывая наличие цикличности стрептококковой инфекции, предполагается, что очередная ее вспышка будет наблюдаться в первой половине XXI века, что, в свою очередь, может привести к росту острой ревматической лихорадки. Следовательно, необходимо обратить внимание на своевременное выявление у детей и подростков стрептококковой инфекции, ее лечение и профилактику.

О.А. ЛЕВАШОВА,
главный детский кардиоревматолог города, заведующая городским детским кардиоревматологическим кабинетом МУЗ ДГБ № 6.



Кормим «искусственника»...

или Необходимое знакомство

Сегодня много говорят и пишут о пользе грудного вскармливания, грудное молоко действительно является наиболее подходящим для новорожденного ребенка и самым полезным. Оно обеспечивает необходимыми питательными веществами, ферментами и антителами и позволяет ребенку постепенно адаптироваться к внешнему миру.

Но, к сожалению, не все женщины имеют возможность кормить грудью либо по медицинским показаниям, либо вследствие гипогалактии (недостатка выработки молока) или его полного отсутствия. Часто невозможность грудного вскармливания вызывает чувство вины у молодой мамы. Но отчаяваться не стоит. Грудное молоко, несомненно, самое полезное, но тысячи здоровых и умных детишек выросли на смешанном или искусственном вскармливании. Что же такое смешанное и искусственное вскармливание? Смешанное вскармливание — это докармливание смесями после кормления грудью. Прежде чем начинать докармливать смесями, надо постараться кормить ребенка грудью, и если кормящая мама убедится в недостатке молока, переходить на смешанный рацион.

И еще начинать давать ребенку смесь следует лишь в том случае, когда все средства, направленные на стимуляцию лактации, исчерпаны и восстановить выработку грудного молока в прежнем объеме не удается. Итак, возможно, у вас не хватает грудного молока, если:

■ ребенок беспокоен, продолжает плакать, даже когда его берут на руки, ищет грудь, жадно сосет;

■ после кормления малыш беспокоен или успокаивается лишь на непродолжительное время;

■ ребенок плохо прибавляет в весе;

■ у малыша скудный стул со склонностью к запорам, уменьшилось количество мочеиспусканий (реже 6 раз в сутки).

Решение о докорме ребенка смесью и полном переводе на искусственное вскармливание принимает только врач.

Нельзя выбирать или менять смесь по собственному усмотрению еще и потому, что одну смесь малыш перенесет хорошо, а другая может спровоцировать запор, понос или атопический дерматит.



Вообще самочувствие и здоровье ребенка во многом зависит от того, на чем его кормят, а насколько правильно это делают.

Смеси для детей первого года жизни бывают сухие и жидкие, пресные и кисломолочные, гипоаллергенные и с добавлением пищевых волокон, обогащенные железом или бифидобактериями. Но какая смесь нужна именно вашему малышу, следует определить вместе с педиатром. Смесь может оказаться не подходящей.

Определить это не очень сложно: малыш станет капризным, раздражительным, будет плохо спать, возможны взъём, бледность кожи, медленная прибавка веса или задержка прорезывания зубов. Все это говорит о том, что смесь нужно заменить. Также для правильного развития ребенка важно, чтобы объем пищи был таким же, как и при естественном вскармливании. Суточное количество пищи при искусственном вскармливании и объем докорма при смешанном вскармливании вам рассчитает врач-педиатр в зависимости от возраста и веса ребенка. Часто, боясь недокормить, мама завышает объем пищи, что вызывает недомогание малыша.

Достаточно просто уменьшить количество пищи, и самочувствие ребенка сразу улучшится. Ведь перекорм для малыша вреднее, чем недокорм.

Смеси для детей первого года жизни делаются на:

■ адаптированные для детей до 6 месяцев; в их названиях используется цифра «1» («Нутрилак-1», «НАН-1», «Нестожен-1», «Хумана-1» и др.);

■ адаптированные для детей от 6 месяцев до 1 года; в их названиях используется цифра «2» («Нестожен-2», «НАН-2», «Нутрилак-2», «Хайнц»).

Существуют четыре правила для мам, чьи малыши находятся на смешанном вскармливании:

■ каждое кормление прикладывать ребенка к обеим грудям даже при минимальном количестве молока; это стимулирует выработку грудного молока и, возможно, его станет больше;

■ докорм смесью проводить только после грудного кормления;

■ проводить контрольные взвешивания (по возможности ежедневные), чтобы регулировать объем смеси;

■ использовать соску на бутылочку с отверстием минимального размера, тогда ребенок прилагает такое же усилие, как и при сосании материнской груди — это способствует тому, чтобы малыш не бросил сосать грудь.

Если есть необходимость полностью перейти на искусственное вскармливание, рекомендуется заменить сначала половину одного кормления, потом это кормление целиком, затем также постепенно еще одно и т. д. Перевод ребенка с грудного молока на смесь займет у вас 5—7 дней. Таким же образом производится и переход с одной смеси на другую.

Если есть необходимость полностью перейти на искусственное вскармливание, рекомендуется заменить сначала половину одного кормления, потом это кормление целиком, затем также постепенно еще одно и т. д. Перевод ребенка с грудного молока на смесь займет у вас 5—7 дней. Таким же образом производится и переход с одной смеси на другую.

■ Во время кормления следите, что-

бы горлышко бутылочки и вся резиновая соска были полностью заполнены смесью. Это уменьшит количество воздуха, которое заглатывает малыш, и предотвратит срыгивание.

Что же такое искусственное вскармливание? Это такой вид кормления, когда ребенок на первом году жизни получает только искусственные смеси. Современные адаптированные молочные смеси позволяют кормить малыша с рождения, и при соблюдении всех правил вскармливания «искусственник» ничем не будет отличаться от ребенка на грудном вскармливании.

Свободный режим кормления по требованию ребенка подходит для грудного вскармливания, а «искусственников» лучше кормить по часам, дозируя объем смеси.

Если у вас нет опыта в уходе за ребенком, то лучше остановиться именно на таком дозированном вскармливании.

В этом случае строго определены часы кормления в зависимости от возраста малыша, а врач-педиатр, учитывая вес ребенка, рассчитывает объем питания на каждое кормление и помогает маме подобрать смесь с учетом особенностей организма именно этого малыша. Но у грудных детей, как у всех людей, в течение суток потребность в пище неодинаковая. Поэтому мамам малышей «искусственников» можно остановиться на частично свободном вскармливании. Замечено, что именно на таком вскармливании дети несколько лучше развиваются и прибавляют в весе.

Частично свободное вскармливание — это такой способ, при котором имеются определенные часы кормления согласно возрасту ребенка, а количество пищидается по желанию, но в определенных пределах. Что это значит? Врач-педиатр рассчитывает объем питания, но на каждое кормление мама наливает обычно на 20—30 мл больше смеси, чем положено, а пишу дает в определенные часы. Это позволяет определить оптимальную потребность в пище.

Если ребенок не съедает предложенный ему объем, не нужно его насильно докармливать.

В любом случае критерием правильного и достаточного кормления является поведение ребенка и нормальная прибавка в весе. Еще один аспект смешанного и искусственного вскармливания — маме малыша необходимо в совершенстве овладеть искусством бутылочного кормления. Вот наши рекомендации:

■ Температура смеси должна быть 36° С. Нужно капнуть немного смеси на тыльную сторону запястья. Если не обжигает руку, то все в порядке.

■ Во время кормления следите, что-

бы горлышко бутылочки и вся резиновая соска были полностью заполнены смесью. Это уменьшит количество воздуха, которое заглатывает малыш, и предотвратит срыгивание.

■ Очень важен размер отверстия в соске. До 4-месячного возраста лучше использовать соски с одной-двумя дырочками, а после 4-х месяцев — соски с переменным потоком (в зависимости от поворота бутылки смесь в таких сосках льется с разной степенью интенсивности). Также важно использовать соски как бы заполняющие — таким образом малыш будет сам контролировать скорость вытекания смеси.

■ Для приготовления смеси используйте только мерную ложку; не старайтесь насыпать сухой смеси побольше, с горкой для повышения питательности — это может привести к худшей переносимости смеси и создаст дополнительную нагрузку на пищеварительную систему.

■ Если малыш съел не всю приготовленную смесь, не оставляйте остатки до следующего раза; перед каждым кормлением разводите свежую порцию смеси.

■ Бутылочки и соски моют после каждого кормления в проточной воде, затем помешают в кипящую воду на 3—5 минут или обрабатывают в стерилизаторе.

А теперь о том, как мамам малышей «искусственников» преодолеть эмоциональный дискомфорт. Начиная кормление, устройтесь поудобнее в уютном кресле, успокойтесь и расслабьтесь. Возьмите малыша на руки, прижмите к обнаженной груди — контакт «кожа к коже» при искусственном вскармливании не менее важен, чем при грудном. Не отвлекайтесь во время кормления, все внимание должно быть отдано малышу. Он обязательно почувствует вашу нежность и заботу и начнет уверенно прибывать в весе. Страйтесь сами кормить младенца из бутылочки, маленький ребенок будет очень нервничать, если кормить его будут разные люди. Независимо от того, кормите ли вы ребенка грудью или нет, помните: радость общения с любимой мамой вашему малышу не заменит никто.

В заключение хочется сказать, что при выборе искусственных смесей для питания нужно обязательно посоветоваться с педиатром. Только учитывая рекомендации врача, ваш малыш будет расти здоровым и счастливым кре-ышом.

Т. КАРИХ,
врач ГЦМП.



Весь этот комплекс назывался комбинатом охраны материнства и детства. Руководила им Резвушкина Александра Яковлевна.

Во время Великой Отечественной войны в 1943 году в Челябинске под руководством городского отдела здравоохранения (заведующий В. И. Ложкин и инспектор по детству Н. С. Бессонова-Тюрина) была проведена реорганизация педиатрической службы, в которой активное участие принимали эвакуированные из города Москвы работники Минздрава РСФСР (С. Я. Бродская, Л. К. Бураковская). В результате реорганизации вместо детской консультации начинает функционировать детская поликлиника, которая осуществляет впервые работу по принципу «единого педиатра», обслуживающего детей в возрасте с 0 до 15 лет.

В эти же годы к нам был эвакуирован

Киевский медицинский институт. Детские ясли были закрыты. Здание передано горздравотделу. В помещении бывших детских яслей открыли стационар с кафедрой эвакуированного Киевского медицинского института.

В 1944 году на базе стационара начинает работать кафедра детских болезней Челябинского медицинского института под руководством кандидата медицинских наук, доцента Иосифа Григорьевича Лифшица. Вместе с ним работали ассистенты Р. С. Швидлер, А. Я. Брук, В. И. Апостол, старший лаборант Р. М. Корабельникова, клинический ординатор И. В. Чернова.

С 1951 года в составе кафедры в качестве ассистента начала работать Наталья Сергеевна Тюрина, которая с уходом И. Г. Лифшица, в 1952 году, возглавила кафедру педиатрии. Ею первой среди педиатров города на базе нашей больни-

Поздравляем юбиляра 70 лет детской городской поликлинике № 12

В тридцатые годы г. Челябинск активно развивался, а вместе с ним и медицинская помощь детям. В эти годы в городе работало три детские консультации. Одна из них была организована в Железнодорожном, ныне Советском районе рядом с областным родильным домом по улице Тимирязева. Консультация обслуживала детей до трехлетнего возраста. Здесь открылась первая молочная кухня с пунктом сбора грудного молока, которая снабжала детей г. Челябинска детским питанием. Одновременно рядом с консультацией были построены детские ясли, которые и явились основой для организации стационара будущей детской городской больницы № 3.

цы была написана кандидатская и собран материал для написания первой докторской диссертации по педиатрии.

Комплекс, включающий в себя детскую поликлинику, обслуживающую детей в возрасте с 0 до 15 лет, молочную кухню, стационар с кафедрой детских болезней получил название детской городской клинической больницы № 3.

Стационар обслуживал детей не только с соматической патологией, но и с гепатитом, туберкулезным менингитом. Руководителем этого учреждения в те годы был главный врач А. Д. Дьяконова.

В стационаре кроме кафедральных работников (В. И. Апостол, Н. С. Власова, И. В. Чернова и др.) работал больничный ординатор Р. Е. Локшина.

Под руководством Н. С. Тюриной активно развивалась материальная база учреждения. Забоксирован первый этаж больницы, открыта биохимическая лаборатория, установлено тесное сотрудничество с бактериологической лабораторией

города, начал работать кабинет электро-кардиографии.

В 1955 году учреждение было переименовано в детскую городскую больницу № 3. В 1957 году для размещения поликлиники были выделены новые площади по улице Орджоникидзе, где она располагается и по сей день.





Детский кризис трактуется как переломный момент в развитии ребенка, от успешности преодоления которого зависит дальнейшее протекание его процесса развития. Детство (от рождения до 15 лет) характеризуется тем, что ребенок живет по сценарию, который ему предлагаются окружающими взрослые, живет сегодняшним днем и реализует цели, поставленные другими людьми (родителями, воспитателями, учителями). Так как дети не могут ставить перед собой далекие цели, в лучшем случае это будут цели короткого действия, на ближайшее будущее, то они живут по «чужому сценарию».

В предыдущем номере мы уже говорили, что, развиваясь психологически, человек выбирает позитивное или негативное значение в своем развитии. Позитивное развитие связано с совершенствованием личности, достижением успеха, ощущением счастья. Негативное развитие ассоциируется с различными формами деградации, «застреванием» в предыдущем возрастном периоде, ощущением своей неполноценности. Какое начало одержит верх, не решается раз и навсегда, а возникает заново в каждой последующей стадии. В каком направлении пойдет развитие, зависит от успешности разрешения человеком основных проблем и противоречий в каждом возрастном периоде.

Кризис новорожденного. Рождаясь на свет, человек сразу же попадает в ситуацию первого жизненного кризиса, который связан с необходимостью адаптироваться к совершенно новой среде обитания. Отделяясь от матери физически в момент родов, младенец является абсолютно беспомощным, зависящим во всех аспектах своей жизни от окружающих взрослых. В целом развитие ребенка в младенческом возрасте идет удивительно быстрыми темпами и осуществляется одновременно по различным направлениям (развитие моторики, интеллекта, предпосылки формирования личности), благодаря которым к концу первого года жизни малыш устанавливает прочные связи с окружающим миром. Степень доверия, с которым он относится к окружающему миру, другим людям, самому себе, в огромной степени зависит от проявляемой к нему заботы. Если потребности младенца удовлетворяются, с ним разговаривают, ласкают, играют, то он проникается доверием к окружению. Если же ребенок не получает должного ухода, заботы, внимания, любви, то у него формируется недоверие по отношению к миру и людям в частности, которое он будет нести с собой в последующих стадиях развития. Успешность прохождения данного кризиса в огромной степени зависит от близких взрослых, окружающих ребенка.

Кризис первого года жизни. Основные проблемы данного возраста: растущий интерес ребенка к окружающему миру, желание познакомиться с множеством вещей, но ограниченные возможности самостоятельно перемещаться в пространстве, потребность в общении, но минимальные возможности участвовать в нем. Все это обостряет кризис. Ведущая деятельность данного возраста — освоение предметов окружающего мира. Малыш уже не просто манипулирует предметами, а учится использовать их в соответствии с функциональным назначением. Основными психическими новообразованиями, которые обеспечивают выход из кризиса, являются:

■ речь, освоение которой является исходным пунктом развития сознания ребенка;

■ развитие локомоций (ходьбы, бега и других движений), моторики пальцев рук и т. д.;

■ развитие предметно-осмысленного восприятия;

■ рождение собственного «Я», выделение себя как персоны, что знаменует начало самосознания.

Таким образом, главным для ребенка в этот период является овление миром вещей и развитие своих возможностей в общении и взаимодействии с другими людьми. Огромное значение для развития ребенка имеет его общение со взрослыми.



ВОЗРАСТНЫЕ КРИЗИСЫ ДЕТСТВА

Кризис трех лет. В 2,5 — 3 года ребенок впервые начинает говорить о себе «Я», а другим «Ты», осознавать свое имя и половую принадлежность, стремится к самостоятельности и во-леизъявлению: «Я сам!», «Я хочу!». Это стремление к эманципации рождает целый ряд особенностей его поведения: негатизм, упрямство, бунт, строптивость, своеуволение, обесценивание норм, деспотизм. На этой стадии ребенок продолжает осваивать различные движения. Малыши гордятся своими новыми способностями и стремятся все делать сами. Если родители предоставляют ребенку возможность делать все, на что он способен, самому, то у него формируется самостоятельность и уверенность. Если же взрослые проявляют нетерпение и спешат все сделать за ребенка, то у него развивается нерешительность и стыдливость.

Новые потребности ребенка быть самостоятельным, быть «как взрослый» реализуются в игровой деятельности. Поэтому ведущей деятельности этого возраста становится игра, которая проходит путь развития от функциональных (с игрушками) и конструктивных (строительство), к сюжетно-ролевым (дочки-матери) и играм по правилам.

Ребенок дошкольного возраста (от 3 до 6 лет) изобретателен, сам придумывает себе занятия, фантазирует, забрасывает взрослых вопросами. У детей, чья инициатива поощряется взрослыми, вырабатывается предпримчивость. Но если ребенка наказывают, так как для родителей его двигательная активность нежелательна, вопросы назойливы, а игры бесполезны, то он начинает себя чувствовать виноватым, и

это чувство будет с ним в следующих периодах жизни.

Большое место в жизни дошкольников начинает занимать рисование, лепка, занятия музыкой и физическими упражнениями, основным источником которых является любознательность. В этих видах деятельности формируются главные психические новообразования дошкольника: воображение (возможность изображать одни предметы и явления с помощью других), совершенствуется восприятие и наглядно-образное мышление. В сфере личности устанавливаются нравственные нормы поведения и взаимоотношения с другими людьми, развивается планирование своих действий на короткий срок, стремление к достижению результата и получению позитивной оценки со стороны взрослых. У старшего дошкольника уже выражено стремление к успеху, хотя неудачи могут переживаться остро и лишать его желания продолжать деятельность, все равно появляется стремление добиться положительного результата.

В целом на протяжении дошкольного возраста задаются необходимые предпосылки для начала обучения в школе.

Кризис первоклассника. Поступление ребенка в школу важное событие детства. Все, что было до школы, воспринимается им как «когда я был маленьким». Источником взросления вчерашнего дошкольника является новый социальный статус — ученик, который влечет за собой новые права и обязанности и ведет к изменениям в жизни и развитии ребенка. Чем лучше ребенок подготовлен к школе, тем легче он справляется с адаптацией к школьной жизни,

и новому ритму, одноклассникам, учителю, к самой учебной деятельности. Для слабо подготовленного ученика кризис первоклассника может стать тяжелым испытанием. Источниками кризиса являются противоречия между требованиями учебной деятельности, школьного распорядка и актуальными возможностями ребенка. Психические новообразования данного возраста:

■ способность управлять своей умственной и двигательной деятельностью, своим поведением, что связано прежде всего с развитием воли (младшие школьники более выдержаны и настойчивы, чем дошкольники, однако эффективность преодоления препятствий и трудностей у них в большей степени зависит от внешней стимуляции со стороны взрослых);

■ способность планировать свои действия «про себя», в уме, мысленно проигрывать их, прогнозировать последствия, вносить коррективы в собственное поведение, что является необходимым условием становления целеустремленности ребенка;

■ способность наблюдать за собой, анализировать и оценивать свои мысли, переживания, действия, поведение как важный источник развития самосознания и личности ученика.

Развитие этих психических новообразований зависит как от активности самих детей, так и от особенности обучения, воспитания, общения ребенка с взрослыми и сверстниками. В начальной школе огромное значение для ребенка имеют успехи в учебе. Хорошо учащийся школьник получает подтверждение своей умственности, а отстающий от сверстников закрепляет чувство неполноценности. То же самое происходит с при-

бретением ребенком различных трудовых навыков. Взрослые, поощряющие результаты труда ребенка, подкрепляют формирование умелости, а оценивающие, критикующие — закрепляют чувство неполноценности.

Подростковый кризис. Психологическим критерием начала подросткового кризиса является представление у школьника «Я уже не ребенок» и притязания «считаться взрослым». В социальной ситуации развития возникает противоречие между стремлением подростка к взрослости (следовательно, к самостоятельности, ответственности, независимости) и сохранением прежнего социального положения — ученика, школьника, зависящего от окружающих взрослых. Можно сказать, что уровень притязаний пока предвосхищает его будущее положение, которого он фактически еще не достиг. Это противоречие разрешается за счет более активного включения школьника в жизнь общества, расширения сферы общения и деятельности. Поэтому ведущей деятельностью данного возраста становится общественно полезная: учебная, трудовая, организационная, спортивная и т. д. Психическими новообразованиями в личностной сфере является — «чувство взрослости», статус взрослого; в интеллектуальной сфере — переход к абстрактному мышлению, которое становится доминирующим и оказывает влияние на развитие восприятия, памяти и других психических процессов.

Общение со сверстниками и взрослыми — это та сфера, где подросток реальнее всего может получить доказательство своего взросления, реализовать свое стремление «считаться взрослым». Претензия на статус взрослого человека необходима для того, чтобы повысить самооценку, обрести эмоциональное благополучие, поэтому активизируется процесс самоутверждения. Но успешность самоутверждения в сфере общения зависит как от самого подростка, так и от окружающих его людей. Подражание взрослым в деятельности и общении активизирует так же процесс самовоспитания, физических, нравственных, волевых качеств, специфических черт «мужественности» и «женственности». Поэтому степень выраженности каждого из названных направлений во многом зависит от выбранного подростком идеала взрослости. В этот период начинает формироваться целостное представление об идеале «образа Я». Перед подростком встает задача обобщить все, что он знает о себе как о мальчике (девочке), друге, сыне и т. д. Эти роли он должен собрать в единое целое, осмыслить, связать с прошлым и спроектировать в будущее.

Если молодой человек справился с этой задачей, то он достигает психосоциальной идентификации, и у него появляется четкое представление о том, кто он есть, куда ему двигаться, в противном случае происходит «путаница ролей». Если в предшествующие периоды жизни подросток выработал у себя с помощью родителей и воспитателей доверие, самостоятельность, предпримчивость и умелость, то его шансы на успешную идентификацию «Я» значительно увеличиваются. Если же подросток в эту стадию входит с грузом недоверия, нерешительности, чувства вины и неполноценности, то ему гораздо труднее определить свое «Я». Симптомом неблагополучия молодого человека является неуверенность в понимании того, кто он, какой он, к какой среде принадлежит. Такая путаница типична для малолетних правонарушителей. Подростковый кризис самый тяжелый как для самого подростка, так и для его окружения.

Причина в том, что основное противоречие не разрешается полностью в подростковом возрасте и переходит в следующий, юношеский этап. Но об этом читайте в следующем номере.

**Л. А. ОВЕЧКИНА,
психолог ГЦМП.**



КРИТИЧЕСКИЕ ДНИ БЕЗ БОЛИ

Ежемесячно все женщины детородного возраста сталкиваются с естественной физиологической функцией организма — менструацией. Эти дни не зря называют «критическими». Мало кто из девушек или женщин легко и безболезненно переносит это состояние. Те или иные неприятные ощущения испытывают почти все. Это может быть боль внизу живота, появляющаяся сразу же после наступления месячных и прекращающаяся через 2–3 дня. Интенсивность болевых ощущений варьирует от незначительного дискомфорта до выраженных болей, порой приводящих к утрате трудоспособности. Диагноз «альгодисменорея» в переводе с латыни обозначает «болезненные месячные». Так что это, заболевание или просто неприятное состояние женского организма? С этим вопросом мы обратились к детскому гинекологу кабинета детской и подростковой гинекологии МУЗ ДГП № 8 Ольге Геннадьевне МАЛЫШЕВОЙ.



— Дисменорея — болезненные менструации, которые чаще наблюдаются у девушек и нерожавших женщин. Само понятие «дисменорея» означает заболевание, а боль — один из симптомов этой патологии. Дисменорея обязательно должна лечиться, и в первую очередь необходимо исключить эндометриоз.

— Почему у одних девушек месячные проходят безболезненно, а другим приходится даже вызывать врача?

— Это зависит от индивидуальных особенностей организма девушки. Причины дисменореи как заболевания различны. Дисменорея бывает первичной и вторичной. На протяжении длительного времени считалось, что боли, связанные с наступлением месячных, имеют психогенную природу, некоторые авторы наблюдали нейроэндокринные сдвиги, нарушения минерального, углеводного, гормонального обменов, изменения биоэлектрической активности головного мозга и т. д. В настоящее время причину первичной дисменореи объясняют чрезмерным синтезом простагландинов, которые действуют на рецепторы кле-

ток, отвечающих за боль, выделяющихся у каждой девушки во время месячных. Простогландины представляют собой специфические химические вещества, которые играют ключевую роль в возникновении большинства симптомов, связанных с дискомфортом во время менструации. Они вырабатываются маткой и стимулируют ее сокращение. Чем выше уровень простогландинов в организме, тем сильнее сила сокращения мышцы матки и, следовательно, сила болевых ощущений. Избыток простогландинов может вызывать тошноту, рвоту, головную боль, потливость, озноб, тахикардию (учащенное сердцебиение).

При вторичной дисменорее болезненные менструации наступают после перенесенных гинекологических или других заболеваний. Часто вторичная дисменорея встречается при эндометриозе, хронических воспалительных заболеваниях женских половых органов, расширении тазовых вен и т. д.

— Как можно отличить первичную альгодисменорею от вторичной?

— Следует весьма тщательно проводить дифференциальную диагностику первичной и вторичной

форм альгодисменореи. Диагностические критерии первичной альгодисменореи:

■ Прежде всего это молодой возраст (16–25 лет), появляется с первой менструацией или вскоре после нее.

■ Наличие сопутствующих вегетососудистых симптомов: тошнота, рвота, поносы, потливость, головная боль, обмороки.

■ При гинекологическом обследовании отсутствуют патологические изменения.

■ У таких девушек характерное конституциональное астеническое телосложение, тенденция к снижению массы тела.

При вторичной форме альгодисменореи (например, при эндометриозе) в отличие от первичной, боли более длительные (в течение 2–5 дней) и интенсивные, практически постоянно иррадиируют в крестец, при этом субфебрильная температура и ускоренное время менструаций. Характерным признаком эндометриоза является значительное увеличение размеров матки перед менструацией и во время нее. Поможет правильно поставить диагноз обследование на гормоны. Необходимо провести ультразвуковое исследование.

— Бытует мнение, что альгодисменорею лечить не нужно, этот неприятный симптом пройдет сам по себе, стоит девушке выйти замуж и родить ребенка. Так ли это?

— Нет, это не так. Если это и случается, то лишь в редких случаях. У некоторых женщин после замужества и родов альгодисменорея не только не проходит, но усиливается. Своевременное правильно подобранное лечение позволяет в большинстве случаев достичь хорошего терапевтического эффекта и почти полностью устранить неприятные симптомы заболевания.

— Что предлагает современная медицина для лечения?

— Основным методом лечения является применение нестероидных противоспазмийных препаратов. Как правильно их принимать, подскажет гинеколог. Успех лечения обеспечивается комплексностью и тщательным подбором средств медикаментозного и немедикаментозного воздействия с учетом личностных особенностей пациентки. Особое внимание следует уделять рациональному питанию, режиму труда и отдыха. Сегодня доказано, что недосыпание, стрессы, курение, употребление кофе усиливают интенсивность болей во время месячных. В комплекс лечения обязательно включаются методики, направленные на нормализацию функции центральной нервной системы. Хороший эффект дает психотерапия, гинекологический массаж, фитотерапия, применение лекарственных препаратов, обеспечивающих мягкое успокаивающее действие. Необходимо также пройти обследование у гинеколога-эндокринолога. По показаниям назначается гормональная коррекция.

Цель любой девушки — материнство, поэтому затягивать с посещением врача при болезненных месячных не стоит, ведь от этого зависит не только здоровье самой девушки, но и ее будущего ребенка.

Ж. КИСЕЛЕВА.

Что нужно знать о холестерине

В программу диспансеризации населения по национальному проекту «Здоровье» включен показатель уровня холестерина в крови человека. Для чего это сделано?

Высокий уровень холестерина в крови — это фактор риска атеросклероза, который в свою очередь приводит к инфарктам и инсультам. Эти заболевания лидируют в причинах смертности, в том числе и среди трудоспособного населения.

В медицинской популярной литературе сейчас пишут о «плохом» и «хорошем» холестерине. Попробуем разобраться, что необходимо знать каждому человеку об этом загадочном холестерине.

Холестерин — это один из основных жиров липидной природы. Он содержится во всех клетках организма и используется в качестве строительного материала для мембран клеток. Холестерин нужен для образования кортикоэстронидных и половых гормонов, для синтезирования витамина D.

Большая часть холестерина синтезируется в организме, а меньшая — поступает с пищей. Если его в организме вырабатывается или поступает больше, чем усваивается, он начинает откладываться на внутренней поверхности кровеносных сосудов в виде бляшек. В результате сосуды сужаются и затрудняется кровоток. Бляшок образуется все больше и больше, поражаются самые разные сосуды (это уже атеросклероз) и, что особенно опасно, в сердце и головном мозге. Приток крови к ним, а значит, и их питание уменьшается или прекращается совсем, что ведет к возникновению инфаркта миокарда, инсульта и даже смерти.

Различают несколько типов холестерина: «плохой» холестерин — липопroteины низкой плотности (их обозначают «ЛПНП»), «хороший» холестерин — липопroteины высокой плотности («ЛПВП»).

Общий холестерин — совокупность «плохого» и «хорошего» холестерина.

«Плохой» холестерин оседает на внутренней поверхности артерий и образует атеросклеротические бляшки, а «хороший» забирает из артерий «плохой» и трансформирует его в печень для переработки. Снижение «плохого» холестерина и повышение «хорошего» — главное условие профилакти-

ки атеросклероза и других сердечно-сосудистых заболеваний.

Нормальное содержание уровня общего холестерина крови должно быть менее 5 ммоль/л; «плохого» (ЛПНП) — менее 3 ммоль/л, а «хорошего» холестерина (ЛПВП) — более 1 ммоль/л для мужчин и более 1,2 ммоль/л для женщин. Каждому человеку старше 20 лет необходимо знать «свой холестерин». Особенно тщательно следует контролировать уровень холестерина больным сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом и др., лицам, чьи близкие родственники болели или болеют ишемической болезнью сердца, а также гипертоникам (arterиальное давление выше 140/90 мм рт. ст.) и имеющим избыточный вес (окружность талии более 102 см для мужчин и 88 см для женщин).

Существует и еще один показатель крови, влияющий на профилактику атеросклероза, — это триглицериды (ТГ). Желательный уровень триглицеридов крови — меньше 1,7 ммоль/л. Чем ближе ваши показатели к нормам, тем меньше риск развития атеросклероза.

Если показатели холестерина у вас несколько выше нормы, первое, что необходимо сделать, изменить характер питания:

■ уменьшить суточное потребление жира до 30 процентов от общего количества калорий;

■ увеличить потребление овощей и фруктов. Каждый прием пищи желательно начинать с овощного салата;

■ употреблять продукты с низким содержанием жира. Заменить сливочное масло растительным;

■ изменить способ приготовления пищи — мясо и овощи тушить, а не жарить;

■ выбирать продукты в соответствии с пирамидой здорового питания, по которой полезно употреблять свежие овощи и фрукты, рыбу, творог нежирный, зеленые салаты, отруби.

Употреблять умеренно: крупы, картофель, бо-

бовые, молоко, кисломолочные продукты, сыры (лучше с низким содержанием жира), постное мясо, грудку курицы — индейки (без кожи), хлеб, жалтельно темных сортов, макароны, несладкие соки. Следует избегать употребления всего жаренного, сала, сливочного масла, маргарина, майонеза, жирного мяса, мясных салатов с майонезом, жирных колбас и мясокопченостей, жирной рыбы и икры, рыбных консервов в масле, сметаны, сливок, мороженого, жирных сыров, сладостей, сдобы, сладких соков и другой высококалорийной пищи.

Кроме изменения характера питания необходимо увеличить физическую активность. Минимальная физическая нагрузка для сохранения здоровья — ежедневная ходьба продолжительностью по 45–50 минут. Уровень нагрузки дополнительно можно увеличить плаванием, танцами, ездой на велосипеде, гимнастикой. На работу (если это возможно) и в магазины ходите пешком, не пользуйтесь лифтом, гуляйте перед сном.

Степень нагрузки следует определять по частоте пульса. Частота пульса до нагрузки и при ее максимуме не должна быть более 70 процентов, т. е. если пульс в покое 70 ударов, то во время занятий не должен быть выше 120.

И самое главное — необходимо отказаться от курения, соблюдать умеренность в употреблении спиртных напитков (в сутки не более 50–60 г крепких напитков или 250 г сухого вина, или 330 г пива для мужчин и все в 2 раза меньше для женщин).

Эти выше указанные меры помогут держать уровень холестерина в нормальных показателях. Если же у вас он повышен, и эти способы не помогли, необходимо лекарственное лечение, которое может назначить только врач с учетом состояния вашего здоровья.

Ваше внимание к себе — гарантия здоровья.

Н. И. ГУЛЕВИЧ,
врач-методист ГЦМП.

ПОЗДРАВЛЯЕМ ЮБИЛЯРУ

70 лет детской городской поликлинике № 12

Окончание. Начало на 2-й странице.

С 1981 по 1999 год больницей руководила Любовь Петровна Изосимова, а с ноября 1999 года эстафету приняла Людмила Семеновна Панова, совмещая эту должность с работой районного педиатра Советского района. Одновременно с началом работы нового главного врача на базе стационара разместилась кафедра детских болезней № 3 Челябинской государственной медицинской академии под руководством доктора медицинских наук, профессора Аны Николаевны Узуновой. Доцентом кафедры работала Светлана Владимировна Неряхина, ассистентами кафедры — кандидаты медицинских наук Н. В. Горлова и Л. И. Мельник.

С началом работы кафедры больница приобрела новый статус, повысился профессиональный уровень врачей, внедрились новые методы лечения. Сотрудники кафедры не только органично слились с коллективом стационара, но и гармонично дополнили его.

В разные годы заведовала стационаром Екатерина Иосифовна Прудникова, Валентина Ивановна Катохина, Нэлли Георгиевна Клинфель, Наталья Анатольевна Овчинникова.

В качестве заведующих поликлиническим отделением работала Мария Григорьевна Рябинина, Тамара Александровна Калядова, с 1989 года — Наталья Александровна Смирнова, а с 2007 года Ирина Леонидовна Гребенщикова. Педиатрическими отделениями заведовали В. Д. Гаева, Н. Е. Шадрина, Г. Д. Махнина, Л. В. Шевченко, И. В. Баранова. Кроме лечебной работы развивалось отделение реабилитации и общего оздоровления, медицинская профилактика.

Консультации методического направления реабилитации и больных различного профиля осуществляла кандидат медицинских наук, доцент Альвина Ивановна Маслова.

В 2002 году в учреждении организовано отделение восстановительного лечения под руководством кандидата медицинских наук Олега Валентиновича Авилова.

Была проведена серьезная исследовательская работа по диагностике адаптационных возможностей ребенка, основанной на методических подходах профессора Р. М. Баевского.

Осенью 2005 года учреждение реорганизовано (закрыт стационар) и переименовано в детскую городскую поликлинику № 12.

В настоящее время муниципальное учреждение здравоохранения детская городская поликлиника № 12 обслуживает около 9000 детей центральной части Советского района и четырех поселков.

Структура поликлиники включает участковую педиатрическую, специализированную, параклиническую службы.

Медицинские работники дошкольного и школьного отделения оказывают лечебно-профилактическую помощь детям в образовательных учреждениях.

В поликлинике трудится дружный, стабильный коллектив, более половины сотрудников которого имеют первую и высшую квалификационные категории. Их опыт и знания передаются молодым специалистам, двое сотрудников удостоены почетного звания «Отличник здравоохранения».

Хочется надеяться, что творческий коллектив высококвалифицированных специалистов будет активно жить и развиваться на благо маленьких горожан.

Л. С. ПАНОВА,
главный врач МУЗ ДГП № 12.

ГОРОДСКАЯ БЕСПЛАТНАЯ ГАЗЕТА

НА ЗДОРОВЬЕ

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

Главный редактор И. В. СМОЛЕНЦЕВА.

Адрес редакции: Челябинск,
ул. С. Кривой, 30.

Тел./Факс редакции (351) 263-09-12.

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

Заказ № 4430 Тираж 50000 экз.

Электронную версию газеты читайте
на медицинском портале www.med74.ru