

НА ЗДОРОВЬЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА

ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

- 👉 ПРИЕМНЫЕ СЕМЬИ
- 👉 БЕЗОПАСНОГО АБОРТА НЕ БЫВАЕТ
- 👉 О ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

О челюстно-лицевых дефектах и методах их лечения рассказывает ассистент кафедры ортопедической стоматологии государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования Челябинская государственная медицинская академия Росздрава Марина Андреевна ИЗОСИМОВА:

Помимо вредных привычек причиной врожденных дефектов лица на сегодняшний день считается наследственность, влияние вирусов, бактерий и токсинов на организм беременной, особенно в период со 2 по 7 неделю беременности. Именно тогда происходит формирование лицевой части головы плода. Причиной может также стать психическая травма беременной, тяжелый стресс, механические воздействия, недостаток витаминов в рационе матери, велика роль ионизирующей (солнечной) радиации, неблагоприятные условия работы, возраст родителей старше 35 лет.

Мерами профилактики врожденных патологий челюстно-лицевой области является улучшение условий труда и быта, забота о здоровье беременных. С целью выявления данной патологии проводится медико-генетическое консультирование с 21 недели беременности — ультразвуковое исследование.

У ребенка с «волчьей пастью» могут возникнуть проблемы при родах, ведь в его дыхательные пути может попасть околоплодная жидкость. Такие дети не могут сосать молоко, у них затруднено дыхание, они отстают в физическом развитии. Врожденные дефекты лица нарушают все основные функции зубочелюстной системы (жевание, дыхание, глотание, речь). Происходит вторичная деформация челюстных костей, нарушается взаимоотношение зубных рядов, функция височно-нижнечелюстных суставов. Дефекты, связанные с появлением сообщения полости рта с полостью носа, ведут, кроме того, к резкому нарушению функции ЛОР-органов, развитию в них воспалительных процессов.

Частота рождения детей с расщелинами губы, альвеолярных отростков и неба составляет 1 — 2 случая на 1000 новорожденных. Причем выявлено преобладание у детей мужского пола (54 процента). По частоте встречаемости первое место занимает изолированное несращение неба — 39 процентов, второе — сочетание патологии губы и неба — 38 процентов, третье место — патология губы — 23 процента. 2/3 таких детей нуждаются в оказании ортодонтической помощи.

Дети с врожденной расщелиной с момента рождения находятся на диспансерном учете и получают комплексное лечение, включая поэтапную хирургическую ортодонтическую, ортопедическую помощь. Кроме того, они находятся под постоянным наблюдением ЛОР-врача, педиатра, получают с рождения логопедическую помощь. В некоторых случаях требуется помощь психотерапевта. Наблюдение за такими детьми осуществляется в специализированных региональных, краевых, областных и городских центрах лечения и профилактики врожденных патологий челюстно-лицевой области.

В нашем городе имеются два таких центра: областной (на базе областной клинической больницы) и городской (на базе городской клинической больницы № 3).

Оказание помощи ребенку начи-

В народе расщепленную губу называют «заячьей губой», а расщепленное небо «волчьей пастью». В эпоху средневековья считалось, что эти дети больше похожи на животных, именно поэтому несчастных подвергали гонениям. На сегодняшний день причина дефектов открыта. В 1991 году британскими учеными был открыт ген, ответственный за развитие расщепленного неба. Никто из ученых не сомневался, что причина формирования этого врожденного порока кроется в наследственности. Но помимо этого должен существовать и какой-то пусковой момент, приводящий к развитию такого грубого дефекта лица. Без всякого сомнения, причиной врожденной патологии лица может стать курение беременной женщины, ее пристрастие к алкоголю и наркотикам.

ВРОЖДЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ ЛИЦА



нается с первых дней жизни. В отделение новорожденных родильного дома вызывается бригада, состоящая из ортодонта и психолога. Часто женщина нуждается в психологической поддержке. Ортодонтом с челюстей новорожденного снимается слепок для изготовления пластины, отделяющей полость рта от полости носа, в случае имеющейся расщелины неба. С помощью этой пластины (обтуратора) обеспечивается возможность вскармливания новорожденного с помощью соски. По возможности обтуратор ставится как можно раньше, чтобы у малыша не произошло угасание сосательного рефлекса. Кроме создания условий для кормления обтуратор выполняет защитную функцию, обеспечивая более благоприятные условия для роста верхней челюсти новорожденного — препятствует воздействию языка на область расщелины и ее увеличению.

Обтуратор конструируется таким образом, чтобы направлять рост фрагментов челюсти новорожденного, в результате чего в последующем формируется правильная альвеолярная и зубная дуга. Мать ребенка еще в родильном доме обучается правилам пользования аппаратом и уходу за ним. После выписки из роддома ребенка необходимо регулярно показывать ортодону, чтобы врач, акти-

вируя аппарат, управлял ростом челюсти ребенка. Цель ортодонтического лечения — создать оптимальные условия для проведения операции по закрытию расщелины неба.

Хирургическое лечение обычно начинается с 6-месячного возраста ребенка операцией, направленной на устранение расщелины верхней губы — хейлопластики. В результате такой операции восстанавливается целостность круговой мышцы рта, слизистой и красной каймы губ. Своевременное проведение операции важно до начала формирования навыков речи у малыша и для создания лучших условий правильного прорезывания молочных зубов.

Важным этапом реабилитации ребенка с расщелиной являются занятия с логопедом. Логопед назначает массаж верхней губы, обследует ребенка на предмет возникновения первых речевых навыков — произношения звуков, эмоционального развития, дает рекомендации родителям. Малышу также назначается физиотерапевтическое лечение, направленное на предотвращение возникновения грубых послеоперационных рубцов верхней губы, которые ухудшают эстетику лица, ограничивают подвижность верхней губы, что вызывает нарушение артикуляции и деформацию зубных рядов.

Если расщелина губы глубокая и уходит в полость носа, то в послеоперационный период ребенок должен носить «носовой вкладыш» (эндоназальный фиксатор). Это приспособление, благодаря которому создается правильная форма ноздри ребенка со стороны расщелины. Фиксатор представляет собой трубочку конической формы, сформированную по наружному краю, по форме здоровой ноздри. Фиксатор изготавливается ортодонтом перед операцией хейлопластики.

Следующим этапом хирургического лечения является операция по закрытию дефекта мягкого неба (веллопластика) и создание полноценного небо-глоточного кольца, что имеет большое значение для профилактики у ребенка открытой гнусавости при произношении звуков. Перед операцией ребенку изготавливается защитная пластина, которая фиксируется на верхней челюсти и в послеоперационном периоде удерживает перевязочный материал и защищает шов от внешних воздействий.

Операция веллопластики может проводиться по показаниям, одновременно с операцией по закрытию дефекта твердого неба (уранопластика), которая проводится в возрасте 2 — 3 лет.

Возрастной период, в котором

проводится раннее ортодонтическое и хирургическое лечение, — это период становления всех жизненных навыков ребенка, поэтому еще раз хочется напомнить о значении комплексного подхода в лечении таких пациентов. Обязательно наблюдение ребенка ЛОР-врачом, так как дети с врожденными расщелинами в 3 — 4 раза чаще подвержены заболеваниям ЛОР-органов из-за патологического сообщения полости рта и полости носа, в 5 — 6 раз чаще — воспалительным процессам других органов, что вызывает необходимость наблюдения детей педиатром центра. На всем протяжении лечения родители ребенка должны тесно сотрудничать с логопедом для формирования правильной речи.

Подавляющее большинство детей нуждается в продолжении ортодонтического лечения уже после хирургического закрытия расщелин. Это связано с невозможностью нормального роста челюстей, так как на верхней челюсти у таких пациентов отсутствует зона роста, которая в норме располагается в области срединного небного шва. Создается несоответствие размеров верхней и нижней челюсти, что приводит к нарушениям прикуса и деформации зубных рядов, особенно в области послеоперационных швов. Ортодонтическое лечение осложняется еще и недостаточным количеством зубов у пациентов, и неполноценностью опорных зубов из-за множественного кариеса. Поэтому ортодонтическому лечению должно предшествовать квалифицированное терапевтическое лечение зубов.

Часто из-за отсутствия зубов, расположенных в зоне расщелины, или при раннем удалении зубов из-за осложненной кариеса дети нуждаются в профилактическом протезировании, которое предотвращает усугубление деформаций зубных рядов.

Второй этап активного ортодонтического аппаратного лечения пациентов с расщелинами проводится в возрасте 5,5 — 6 лет, когда начинается смена зубов и активный рост лицевого скелета. Пациентам назначают ношение съемных ортодонтических аппаратов различных конструкций, как односторонних, так и двучелюстных. Частота наблюдения у ортодонта в этот период составляет один раз в две-три недели.

Продолжительность полного восстановления челюсти и неба различна для разных видов сформировавшейся аномалии. Если лечение в период сменного прикуса с использованием съемной аппаратуры оказывается недостаточным, то лечение продолжается в возрасте 11 — 12 лет для девочек и в 13 — 14 лет для мальчиков с использованием брекетов и другой съемной аппаратуры. Этот возраст характеризуется очередным, прелюбительным скачком роста, и ортодонтическое лечение в этот период идет наиболее успешно.

Пациенты с врожденными расщелинами находятся на диспансерном учете до достижения 18 лет.

Нужно отметить, что технологии как хирургического, так и ортодонтического и логопедического лечения в настоящее время намного усовершенствованы и результаты реабилитации пациентов с врожденными расщелинами более чем удовлетворительные. В результате комплексного лечения достигается хорошая эстетика лица и нормализуются функции. Главное не забывать о необходимости продолжать лечение уже после оперативного закрытия дефектов и регулярно приводить ребенка на диспансерные осмотры.

Ж.КИСЕЛОВА.



ПРИЕМНЫЕ СЕМЬИ



Бывший детдомовец Павел вернулся из армии в свой так называемый «дом». Это бывший финский барак, часть которого сохранилась в виде маленькой комнатки, а вокруг современные коттеджи с газом, электричеством и канализацией. 2 года служению Отечеству прошли не даром, это спровоцировало ностальгию по семье и дому. Вот почему наш Павел вернулся не в интернат, а в свою законную обитель: ветхое помещение с развалившейся печкой, в комнате сыро и грязно, а главное-его никто не ждал, никто не восхищался его мужеством. Он попытался затопить печь, но она дымилась. Посидев, подумав, Павел отправился к друзьям-детдомовцам, с кем-то надо было разделить радость дембеля, и привел их к себе в барак. С этого дня он открыл окно в будущее. Сейчас они всей толпой живут в этом бараке, вместе пьют, вместе воруют. Они просто не знают, как можно жить по-другому, у них нет опыта. Большинство детей из приютов совершенно не готовы к самостоятельной жизни. За время пребывания в различных учреждениях дети находятся на государственном обеспечении (готовая еда, готовая постель, одежда, развлечения и т.д.). Они привыкают к этому иждивенчеству, потому что не владеют другим опытом. Во время самостоятельной жизни не умеют делать выбор, планировать, распоряжаться деньгами, не могут находиться одни, им постоянно необходим кто-то, чтобы мог их организовать, принять за них решение. А человеку надо быть иногда самим собой для саморазвития, планирования своего будущего, принятия решений в ситуации выбора.

Именно семья формирует тот психологический иммунитет от внешнего мира, т. к. он не только прекрасен и многообразен, но и опасен.

Зрелая личность воспитывается в семье, потому что в семье удовлетворяются потребности человека. Вот почему так важна для ребенка семья, а ведь кому-то важен и он, чтобы удивлять своей непосредственностью и отогревать одинокие сердца. В каком случае решаются взять в дом чужих детей? Какова мотивация приемных родителей?

■ Мотив удовлетворения потребности в продолжении рода. Как правило, это связано с бесплодием супругов. Усыновление воспринимается как единственный способ создания полноценной семьи.

■ Мотив смысла жизни — приемный ребенок придает осмысленность существованию родителя, позволяет ему определить жизненные цели и задачи.

■ Мотив преодоления одиночества — ребенок рассматривается как значимый партнер, с которым можно установить отношения близости и доверия, опора в старости. Подобная мотивация превалирует у одиноких людей, по разным причинам не сумевших создать или сохранить семью. Фактором риска в этом случае может стать чрезмерность и неадекватность ожиданий в отношении личностных качеств ребенка.

■ Альтруистическая мотивация, стремление защитить ребенка, оказать ему помощь и содействовать в создании благоприятных условий

развития, забрать ребенка из детского дома.

Опасность такого вида мотивации кроется в стремлении родителя из самых благих намерений навязать роль «потребителя» тех условий, которые создает для него родитель-благотель.

Очевидно, при такой ситуации ребенок выучится только брать, ничего не отдавая взамен.

■ Мотив компенсации утраты собственного ребенка. Родители, пережившие смерть ребенка, стремятся как можно скорее восполнить жизненную пустоту усыновлением. Подобная мотивация может стать причиной трудностей детско-родительских отношений и даже отвержения приемного ребенка, ведь родители будут постоянно сравнивать своего собственного и усыновленного ребенка. Обычные родители стремятся взять максимально похожего на своего. Это осложняет усыновление. Рекомендуется брать ребенка другого пола и более младшего возраста, чем родной.

■ Мотив стабилизации супружеских отношений. Ребенок выступает как средство налаживания давних трещин супружеских отношений. Воспитание приемного ребенка со своими проблемами и трудностями станет скорее еще одним поводом для конфликтов и охлаждения, чем для сплочения супругов. Объединение на этой почве встречается реже.

■ Прагматический мотив улучшения материального и жилищного положения, т. е. они берут ребенка для себя, решают свои личные проблемы. Ребенок будет как вещь, как мебель,

его развитие никого не волнует.

Ребенок имеет право знать свой род, свое происхождение. Приемные родители не должны захватывать роль биологических, противопоставлять себя им («Мы лучше, мы его спасем»). Когда они это делают, то занимают место биологических родителей (а ведь именно биологические родители дали жизнь своим детям). В этой жизни у каждого есть свое достойное место. Если приемные родители думают плохо и говорят негативно о биологических, то ребенок думает, что и он плохой, в результате у него занижается самооценка. Необходима лояльность и гибкость со стороны приемных родителей. Приемные дети очень хотят быть с биологическими родителями, и этот процесс бессознательный, инстинктивный, но вынуждены быть с приемными. И на вопрос ребенка, почему меня отдали, родители должны отвечать: «Я не знаю, почему они это сделали, но я знаю, что они тебя родили, выносили. Хуже они или лучше, я не знаю, но я знаю, что они другие».

Главное, что приходит от родителей, приходит через зачатие и рождение. Все, что делается потом, идет в придачу и может быть получено от кого-то другого.

В одном из детских домов мамой-усыновительницей было написано обращение к ребенку. Это послание очень хорошо отражает смысл того, как выстраивать отношения и говорить с ребенком о его кровных родителях:

Жили на свете две женщины, которые друг друга не знали.

Одну ты помнишь, другую называешь мамой.

Две разные женщины, создавшие твою жизнь.

Одна стала твоей путеводной звездой, другая — солнцем.

Первая женщина дала тебе жизнь, а вторая учила, как ее прожить.

Первая дала тебе желание быть любимым, а вторая подарила любовь.

Одна дала тебе национальность, другая — имя.

Одна подарила тебе талант, другая — цель.

Одна подарила тебе чувства, другая умиротворила твои страхи.

Одна видела твою милую улыбку при рождении, другая осушила твои слезы.

Одна не смогла предоставить тебе дом, другая молила о ребенке, и Бог услышал ее.

Идеальным для ребенка будет приход уже в счастливую семью.

Поэтому для создания позитивного психологического климата в семье

необходимы рекомендации для приемных родителей:

■ создание благоприятных условий для успешной адаптации к новой жизни в приемной семье (режим, требования, принятые формы взаимодействия между членами семьи); — установление теплых отношений для позитивного сотрудничества с приемными родителями. Расширение и культивирование норм эмоционального содействия и сопереживания ребенка с родителями;

■ коррекция умственного развития усыновленного ребенка для создания успешной деятельности. Избирательность в требованиях приемных родителей в успехах и достижениях ребенка, с учетом анатомо-физиологических особенностей;

■ помощь в приобщении к истории семьи. Создание «новой истории», датируемой моментом знакомства с приемными родителями и усыновления;

■ расширение круга общения ребенка со сверстниками с целью стабилизации его эмоционального статуса и создания группы психологической поддержки и ресурсов;

■ помощь в сохранении прежних значимых социальных и межличностных связей ребенка. Обеспечение преемственности личной его истории с целью сохранения его самооценки и предупреждения страха «потери себя».

Не будем вводить в заблуждение наших читателей, что семья является гарантом счастья и успеха в воспитании ребенка, но она создает предпосылки для вашего будущего успеха и здоровья, а это огромный, титанический труд.

В воспитании следует помнить, что «нельзя ребенка сделать человеком, а можно только этому содействовать и не мешать, чтобы он сам в себе выработал человека».

Лесгафт выделяет основы воспитания ребенка в семейный период. Это соблюдение чистоты, отсутствие произвола взрослых, последовательность взрослых в словах и делах, признание ребенка как полноценного человека. Считая наилучшей средой для воспитания ребенка семью, он главную роль отводит матери, подчеркивая, что «умная, толковая, правдивая и любящая мать никогда не допускает произвола, лжи или оскорбления ребенка, всегда в состоянии содействовать его умственному развитию и установлению его нравственного характера. Вовремя сказанным словом и разъяснением сумеет поддержать деятельность ребенка, а также будет содействовать усвоению им понятий о правде, будет непременно содействовать развитию сознательной деятельности».

М.Ю. ГРИШАНОВА,
психолог ГЦМП.

БЕЗОПАСНОГО АБОРТА НЕ БЫВАЕТ

В России число абортотворцев равно 45,8, меньше всего прерывают беременность в Западной Европе, здесь на каждую тысячу женщин приходится 12 абортов.

Несмотря на все меры, предпринимаемые государством, у нас продолжается процесс депопуляции — высокая смертность и низкая рождаемость. Сокращается число женщин и семей, желающих иметь детей, все чаще рождение первого ребенка откладывается на более поздний возраст, в стране распространена малодетность (1 — 2 ребенка).

Особое место в современных социально-демографических условиях занимает проблема абортов, которые наносят тяжелый удар по женской репродуктивной функции. По данным научных исследований, частота ранних и отдаленных осложнений колеблется от 16 до 52 процентов, при этом поздние являются преимущественно тяжелыми. Экономические потери, связанные с абортотворством и его осложнениями, составляют в целом по России более 2 миллиардов рублей.

Впервые аборты по желанию женщин были узаконены в России. В Европе прерывание беременности было разрешено на 40 — 50 лет позже. В 1920 году в нашей стра-

не был издан первый в мировой истории права закон, разрешающий прерывать беременность. Массовые эпидемии, голод, разруха, отсутствие нормальных жилищно-санитарных условий делали беременность опасной для жизни, кроме того, женщина высвобождалась для нужд народного хозяйства. Затем в 1934 году правительство наложило запрет на аборты, который просуществовал до 1955 года, когда Н.С. Хрущев издал указ «Об отмене запрещения аборта». До середины шестидесятых годов эти операции делались без обезболивания. Внутривенный наркоз был большой редкостью. Прерывание беременности на ранних сроках путем вакуум-аспирации (мини-аборт) было разрешено только в конце восьмидесятых годов.

В нашем городе ежегодно 16 тысяч женщин по своему желанию идут на искусственное прерывание беременности, причем за последние 5 лет их число не уменьшается.

О вредном влиянии аборта и о мерах профилактики рассказывает главный акушер-гинеколог города О.В. ДЕНИСОВ.

— Аборты — это грустная и тяжелая тема разговора, черная страница акушерства и гинекологии. Большого вреда для репродуктивной сферы не приносит ни одно заболевание. Беременность — явление таинственное, можно сказать, чудесный дар. Наверное, никто точно не может сказать, каким законам подчинено зарождение новой жизни. Организм женщины так сотворен, что уже с первых дней начинает перестраиваться для вынашивания, а к концу 8 недели уже полностью готов для этого. Прерывание беременности, женщина рискует здоровьем, будущим материнством и своим женским счастьем. Она наносит огромную травму своему организму. Безопасного аборта не бывает. Ранние осложнения могут проявиться уже в процессе операции (массивное кровотечение, прободение матки). Поздние напоминают о себе спустя месяцы и даже годы. После первого аборта воспалительными заболеваниями женских половых органов страдает около 16 процен-

тов пациенток, а после повторного практически все. Так формируется бесплодие. Механически травмированная шейка матки во время выскабливания не может полностью сомкнуться и при последующей беременности, что приводит к стойкому невынашиванию. Из-за аборта страдает нейроэндокринная система. Грубое вмешательство в этот тонкий процесс влечет за собой катастрофические последствия. Нарушается менструальный цикл, месячные могут прекратиться совсем, или, наоборот, возникают межменструальные кровотечения. Могут возникнуть многочисленные сексуальные расстройства, вплоть до полной утраты интереса к интимной жизни. Практически у всех женщин, прошедших через аборт, развивается депрессия. Иногда ощущение вины становится причиной психологического бесплодия. Для восстановления слаженной работы организма нужны будут не месяцы, а годы непрерывного лечения.

Существует два пути решения проблемы. Во-первых, необходима защита от нежелательной беременности. На сегодняшний день информированность населения о средствах и методах контрацепции достаточная, но нет мотивации к здоровому образу жизни. К тому же стоимость аборта низкая, и женщины, не задумываясь о последствиях операции, убивают своего нерожденного ребенка.

Второй путь — это, конечно, сохранение беременности. И в настоящее время очень часто мы видим, что молодые женщины принимают правильное решение, сохраняют первую беременность и рожают ребенка. Роды у них протекают легче, и в результате они получают здорового ребенка. Женщина, которая сделала аборт, никогда не будет уже здоровой, и вероятность родить крепкого малыша значительно уменьшится. Рождение ребенка для женщины огромная радость, ведь он своим появлением наполняет жизнь особым смыслом. Будьте здоровы, берегите себя и своих детей!

Н.С. КАЗАНЦЕВА,
врач ГЦМП.



УХОД ЗА РЕБЕНКОМ ДО ОДНОГО ГОДА

О ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

Когда рождается малыш, самое лучшее, что вы можете ему предложить, — это грудное молоко. Ваше молоко — продукт наивысшего качества, оно не просто питание для малыша, но и бесценный вклад в его здоровье и дальнейшее развитие.

Внутриутробно все необходимые вещества ребенок получал через плаценту от мамы. После рождения изменился способ питания — пища теперь поступает извне. Но желудочно-кишечный тракт новорожденного еще не приспособлен к перевариванию «взрослой» пищи. Лучше всего переваривается и усваивается грудное молоко.

Чем полезно грудное молоко?

Прежде всего тем, что в нем содержится именно то количество и то сочетание сахара, белков, жиров, витаминов и минеральных веществ, которые необходимы ребенку с учетом его возраста. Кроме того, все питательные вещества из материнского молока усваиваются организмом крохи на 96 — 98 процентов (тогда как искусственной смеси — на 35 — 40 процентов).

Углеводы в грудном молоке на 90 процентов представлены лактозой. Этот молочный сахар в нерасщепленном виде поступает в кишечник и там оказывает пробиотическое действие, то есть стимулирует рост полезной микрофлоры (бифидо- и лактобактерии). Поэтому малыши, находящиеся на грудном вскармливании, практически не болеют кишечными инфекциями.

Белок молока состоит главным образом из сывороточных альбуминов и глобулинов, которые в желудке малыша образуют мелкие хлопья и легко расщепляются.

Жиры богаты полиненасыщенными жирными кислотами (омега-3 и омега-6), которые участвуют в формировании центральной нервной системы и зрительного анализатора малыша.

Все эти важнейшие компоненты грудного молока обладают хорошей усвояемостью еще и благодаря наличию в самом молоке специальных ферментов (лактаза, протаза, липаза), участвующих в процессе их переваривания и всасывания.

Молоко богато всеми необходимыми малышу витаминами, микроэлементами и минеральными веществами.

Малыш родился, получив от вас иммунитет против некоторых болезней в виде защитных антител. Во время грудного вскармливания ребенок также защищен от болезнетворных вирусов и бактерий, ведь женское молоко содержит иммуноглобулины, лизоцим, лактоферрин, лимфоциты, лейкоциты и материнские специфические антитела. Даже если вы простудились, кормите ребенка в маске или в марлевой повязке (не прерывайте грудное вскармливание), а в вашем молоке быстро появятся антитела, защищающие кроху.

Учеными замечено, что дети, находящиеся на естественном вскармливании, в будущем реже болеют атеросклерозом, сахарным диабетом, гипертонической болезнью. А на первом году жизни грудное вскармливание снижает риск развития анемии и atopического дерматита.

Естественное вскармливание благотворно влияет и на состояние здоровья самой женщины. Лактация регулирует обмен веществ и уровень гормонов в организме мамы. Кроме того, по данным ВОЗ, кормление грудью защищает женщину от остеопороза и является профилактикой онкологических заболеваний репродуктивной системы, молочных желез.

Состав грудного молока

В первые 3 — 5 дней после родов из молочных желез выделяется молозиво — очень ценный продукт для малыша. В молозиве достаточно высо-



кое содержание белка; повышенное содержание ферментов и максимум защитных антител.

С 4 — 5 дня до 14 — 16 дня вырабатывается «переходное» молоко. В нем белка меньше, а больше жиров и сахара.

Примерно с 3-й недели после родов устанавливается секреция постоянного «зрелого» молока.

Состав молока меняется и в процессе кормления. В начале кормления оно (так называемое «переднее») содержит белка в 2 — 3 раза больше, чем в конце. Тогда как «заднее» богато жирами (поэтому важно, чтобы ребенок высасывал все молоко из груди — ведь жиры также важны для организма, как и белки).

Ритм лактации также изменяется в течение суток: утром молока вырабатывается больше, чем вечером.

Кормящим мамам нужно знать, что лактация устанавливается только к концу 1-го месяца. На 3 — 4 месяце возможно резкое снижение количества молока (лактационный криз) — это связано с уменьшением выработки гормона пролактина.

Что способствует хорошей лактации?

- ✓ Частое прикладывание ребенка к груди (10 — 12 раз в сутки).
- ✓ Полноценное рациональное питание.
- ✓ Достаточный питьевой режим.
- ✓ Полноценный сон и отдых (не менее 8 часов ночью и 1,5 — 2 часа днем).
- ✓ Регулярные прогулки на свежем воздухе (2 — 3 часа в день).
- ✓ Психологический комфорт в семье.

Рост и полноценное развитие малыша всецело зависят от питания кормящей мамы. Ей нужны высококачественные белки с повышенной питательной ценностью, жиры с ненасыщенными жирными кислотами, микроэлементами и витаминами.

Ежедневно необходимо:

- ✓ мясо или рыба 180 — 200 г;
- ✓ кефир (кисломолочные продук-

ты) 700 — 800 мл;
✓ творог 100 г;
✓ овощи (как в сыром, так и в тушеном виде) 300 г
✓ фрукты 500 г.

Питание должно быть дробным 6 — 7 раз в день, желательно перед каждым кормлением грудью. Жидкости необходимо до 2,5 л в сутки.

Чтобы грудное вскармливание состоялось и было успешным, следуйте принципам, сформулированным ВОЗ:

- ✓ Прикладывание новорожденного к груди в первые 30 минут после родов.
- ✓ Совместное пребывание матери и новорожденного в палате (тесный контакт между мамой и малышом).
- ✓ Ваша уверенность и настрой на грудное вскармливание.
- ✓ Прикладывание ребенка к груди по его требованию (принцип свободного вскармливания).
- ✓ Правильное положение ребенка на груди.
- ✓ Не рекомендуется предлагать малышу «заменители» груди (бутылочки и соски).

Правильно прикладываем у груди

Пожалуй, самое важное условие успешного грудного вскармливания — правильное прикладывание малыша к груди. Как же понять, что вы все сделали верно?

- ✓ Возьмите ребенка на руки, прижмите его животиком к своему животу, а личиком — к груди. Голова и тело малыша лежат в одной плоскости.
- ✓ Дотроньтесь соском до губ ребенка. Дождитесь, пока он заинтересуется и широко откроет рот.
- ✓ В открытый рот младенца вложите сосок так, чтобы он оказался между языком и небом.
- ✓ Ребенок должен захватить не только сосок, но и всю ареолу (коричневый кружок вокруг соска) или хотя бы 2,5 — 3 см ее от основания соска.
- ✓ Язычок крохи виден в уголке

рта на нижней губе, а губы (особенно нижняя) вывернуты наружу.

- ✓ Подбородок плотно прижат к поверхности маминой груди.
- ✓ Щеки также лежат на груди.
- ✓ Вы слышите ритмичные глотания первые 2 — 3 минуты после начала кормления.

У вас получилось? Тогда вы все сделали правильно!

Если слышите чмокающие или цокающие звуки (малыш подсасывает воздух); у ребенка вытянуты губы, а язык не виден; щеки напряжены и втянуты; видна почти вся ареола, а ребенок захватывает только сосок; голова малыша повернута в сторону, значит, вы неправильно приложили кроху к груди. Немного надавите на подбородок и оттяните чуть-чуть вниз — малыш сам отпустит грудь (ни в коем случае не тяните за сосок: могут появиться трещины и воспаление соска). И заново приложите кроху к груди.

Чем же грозит неправильное прикладывание? Если ребенок во время кормления захватывает только сосок, он не надавливает на млечный синус, молоко из груди не вытекает или вытекает не полностью. Малыш начинает беспокоиться, еще больше вытягивает сосок, натирает его. Все это ведет к появлению трещин соска. Так ребенок не высасывает все молоко, у мамы возникает нагрубание молочных желез, что может способствовать развитию мастита (гнойное воспаление молочной железы). Малыш, в свою очередь, становится капризным, раздражительным и плохо прибавляет в весе.

Поэтому с первых дней следите, чтобы младенец научился правильно брать грудь. Во время кормления вас ничего не должно отвлекать. Смотрите на малыша, разговаривайте с ним, поглаживайте его.

Позы при кормлении

От выбора удачного положения при кормлении иногда зависит успех грудного вскармливания. Опытные мамы используют для кормле-

ния ребенка самые разные позиции.

Для этого важно знать, как опорожняются разные участки молочной железы. Самый сильный отток молока идет в той зоне, на которую указывает подбородок малыша. Чуть послабее, но тоже хорошо течет молоко из той области, куда указывает нос сосунка. Направьте подбородок сосущего малыша на ту область молочной железы, где ощущается наибольший дискомфорт, и застой молока ликвидируется без разминаний железы и болезненных ссуживаний.

Позы при кормлении могут быть разные:

Кольбелька — самое известное положение. В этой позе маме важно не наклоняться вперед (это создает нагрузку на мышцы спины и шеи), а привлекать ребенка к себе, имея опору для спины. Малыш не должен ни горбиться, ни откидывать голову назад.

Лежа чаще всего приходится кормить в первое время после родов (если врачи не разрешают женщине сидеть). Да и в дальнейшем эта поза очень удобна для отдыха и расслабления. Ложитесь плечом на кровать, а на подушку кладите голову. Локоть «нижней» руки должен находиться примерно на уровне груди, а предплечье лежит свободно. Голову малыша устройте на сгибе вашего локтя, покрелче прижмите его животиком к своему животу. Свободной рукой помогите младенцу правильно взять грудь. Еще одну подушку можно подложить под поясницу — так расслабляются мышцы спины.

Из-под руки — еще одно положение для кормления, которому нужно научиться для профилактики лактостаза. Удобно сядьте и наклонитесь на спинку дивана или кровати; под локоть положите большую подушку (или две). Малыша поместите на эту подушку ножками к спинке кровати, а лицом к вашей груди. Получится, что голова крохи выглядывает у вас из подмышки, а вы придерживаете голову своей ладонью. В этом положении хорошо опорожняются верхние наружные доли молочных желез, которые чаще всего страдают от застоев молока.

В первые месяцы покормите малыша в каждом из этих положений. Это поможет равномерному оттоку из всех долей молочной железы. Ведь если молочная доля полностью и регулярно опорожняется, то также полностью и наполняется молоком. Особенно это важно при гипогалактии (недостатке молока).

Иногда случается (из-за слишком сильного напора молока или из-за особенностей строения женской груди), что кроха захлебывается молоком. В этом случае поможет положение, когда вы лежите на спине, а ребенок — у вас на животе либо чуть-чуть боком. Тогда поток молока будет не слишком сильным.

В любом случае, когда устраиваетесь для кормления, прислушайтесь к себе и к собственному телу. Самая удобная поза для кормления в данный момент будет та, в которой вы чувствуете себя уютно и комфортно, а малыш увлеченно сосет, ни на что не отвлекаясь.

Окончание на 4-й странице.



О ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

УХОД ЗА РЕБЕНКОМ ДО ОДНОГО ГОДА

Окончание.
Начало на 3-й странице.

Режим кормления

В настоящее время рекомендуется свободный режим вскармливания — по требованию малыша. Частота кормления в период новорожденности может колебаться от 8 до 12 раз в сутки с 2-часовым (как минимум) интервалом между кормлениями. Со второго месяца кратность кормлений уменьшается до 7 — 8 раз в день.

Свободное вскармливание рекомендуется, если ребенок доношенный, здоровый и питается исключительно материнским молоком, а мать соблюдает режим собственного питания.

Если сложно приспособиться к режиму «свободного вскармливания», то можно кормить малыша в определенные часы. Шестиразовое кормление предлагается здоровому доношенному ребенку. Интервал между кормлениями составляет 3,5 часа. Семиразовое кормление с 3-часовым интервалом подходит детям с низкой массой тела, недоношенным малышам или «ленивым» сосунам.

Длительность грудного кормления не должна превышать 15 — 20 минут. Давать грудь дольше 25 минут не только бесполезно, но и вредно — могут образоваться ссадины и трещины сосков.

Когда ребенок насытился, он сам отпускает грудь и сразу засыпает.

Если ребенок сосет вяло, сосательные движения редкие, у груди быстро засыпает, скорее всего это «ленивый» или «вялый» сосун. Для насыщения ему требуется более продолжительное время. В этом случае можно продлить время кормления до 25 минут, а сосательный рефлекс стимулировать легким похлопыванием малыша по щечке. А возможно, ребенок в это кормление просто не голоден. В любом



случае, не разрешайте крохе спать у груди и «жевать» сосок!

Если же ребенок сосет энергично, не отказывается от груди, но при этом беспокоится и капризничает, возможно, у вас мало молока. Нажмите на сосок — молоко будет выделяться редкими каплями, докормите малыша из другой молочной железы, а в следующее кормление прикладывайте ребенка сначала

к той груди, из которой докармливали.

Чтобы знать, когда ребенок хочет кушать, маме в первые месяцы нужно научиться отличать голодный плач своего малыша. Это будет возмущенный и настойчивый плач, а когда возьмете ребенка на руки, у него появятся сосательные движения.

Т.В. КАРИХ,
врач ГЦМП.

1 декабря — день борьбы со СПИДом

Сегодня в мире, пожалуй, нет взрослого человека, который не знал бы, что такое ВИЧ-СПИД. Распространение этой инфекции носит характер пандемии. Во всем мире насчитывается более 80 миллионов людей, инфицированных вирусом иммунодефицита, более 30 миллионов уже умерли.

В 1988 году Генеральная ассамблея ООН объявила, что распространение СПИДа приняло масштабы глобальной пандемии. Чтобы привлечь внимание к этой проблеме людей всего мира, 1 декабря был официально объявлен Всемирным днем борьбы со СПИДом. Символом солидарности с теми, кто не равнодушен к этой проблеме, кого лично затронула эта болезнь, служит красная ленточка, свернутая в верхней части в виде перевернутой V и приколотая к одежде. Она была задумана весной 1991 года, ее идея принадлежит художнику Франку Муру. С тех пор этот символ приобрел огромную популярность.

Откуда появился этот смертельный вирус? Точного ответа до сих пор никто дать не может. Есть мнение, что он существовал длительное время среди племенных населений Центральной Африки и только в результате повышенной миграции распространился по всему миру. Одни считают, что создан он для поражения населения противника, другие уверены, что перенесен от обезьян в результате небрежности ученых. Это мифология, а реальность говорит о том, что Россия по темпам распространения занимает первое место в мире, опередив Китай, Индию, Эфиопию, Нигерию. У нас в стране официально зарегистрировано 444276 человек, инфицированных этим смертельным вирусом. Распространение инфекции

на территории идет на фоне падения рождаемости, роста смертности, сверхсмертности трудоспособного населения, а также ухудшения качественных характеристик здоровья нации в целом. Это приведет к заметному ущербу в экономике, негативно отразится и на обороноспособности страны: уже более 250 тысяч ВИЧ-инфицированных юношей отстранено от военной службы.

В Челябинской области выявлено более 20 тысяч ВИЧ-инфицированных человек. 80 процентов — это молодежь с 16 до 30 лет. По абсолютному количеству ВИЧ-положительных область входит в десятку наиболее пораженных российских регионов, а среди областей Уральского федерального округа занимает четвертое место после Свердловской, Тюменской и Ханты-Мансийского округа. В ряде городов: Магнитогорск, Миасс, Копейск, Еманжелинск, Коркино, В. Уфалей наблюдается генерализация эпидемии, т. е. растет число людей, пораженных вирусом.

В городе Челябинске зарегистрировано 10347 человек, 805 из них погибли. За девять месяцев этого года 359 челябинцев узнали о своем ВИЧ-статусе: 215 мужчин и 144 женщины, а 146 человек умерли.

Несмотря на усилия, предпринимаемые мировым сообществом, отмечается неуклонное увеличение числа инфицированных.

К особенностям эпидемического процесса на современном этапе специалисты относят:

- возмещение полового пути передачи;
- увеличение числа женщин среди вновь выявленных, причем каждая седьмая заражается от мужа;
- преобладание у мужчин кровного пути заражения при потреблении наркотиков, а у женщин полового пути;
- обращение за медицинской помощью уже в стадии СПИДа.

Уровень знаний у населения по этой проблеме в последнее время растет. Многие знают о путях передачи вируса и мерах профилактики, но забывают об этом и допускают в своем поведении элементы риска. По данным социологического опроса населения, только 18,2 процента используют презерватив при сексуальных контактах.

Учеными установлено, что на сегодняшний день существует три пути передачи вируса иммунодефицита: кровно-контактный, половой и от инфицированной матери ребенку во время беременности, родов и кормления грудью. ВИЧ не передается ни воздушно-капельным путем, ни через укусы насекомых и животных, поэтому уберечь себя от заражения можно. Сегодня ученые только работают над созданием вакцины и лекарств, убивающих вирус, поэтому каждому нужно подумать, все ли он сделал, чтобы не допустить инфицирования.

Жизнь полна радости и удовольствия. Сохранив здоровье, можно жить долго и счастливо.

Н.С. КАЗАНЦЕВА,
врач ГЦМП.

С ЮБИЛЕЕМ!



15 декабря исполняется 85 лет известному в нашем городе организатору здравоохранения Израилю Моисеевичу МАТОВСКОМУ.

Израиль Моисеевич родился в 1923 году на Украине, в городе Херсоне. В 1929 году семья переехала жить в Харьков, а в 1933 — в Челябинск. Время учебы в Киевском медицинском институте (эвакуированном в наш город) совпало с началом Великой Отечественной войны. Окончил он институт в самом конце войны и ушел добровольцем на фронт. И хотя воевать ему пришлось недолго, тяготы военного времени он познал сполна. Израиль Моисеевич направил служить в Забайкалье в 455 ХППГ хирургом. Здесь он столкнулся с коварством и вероломством японцев, которые отличались особой жестокостью: нападали на госпитали, организовывали диверсии, отравляли пищевые продукты. Самое тяжелое впечатление от этих событий — боль оттого, что советские солдаты продолжали погибать в самом конце войны. Психологически пережить это было сложнее всего.

В 1947 году Израиль Моисеевич возвращается в Челябинск и назначается заведующим райздравотделом Тракторозаводского района. Он помог открыть детскую больницу и строительство двух корпусов МСЧ ЧТЗ. С 1957 по 1975 Израиль Моисеевич — заместитель заведующего горздравотделом. Он был инициатором построения на долевых началах водогрязелечебницы, которая стала первым учреждением такого рода в России. Задолго до начала перестройки и введения нового хозяйственного механизма организовал хозрасчетную поликлинику профсоюзного и автохозяйства горздравотдела, по его инициативе проводилась специализация медицинской помощи населению города. С 1976 по 1987 год Израиль Моисеевич работает главным врачом ГКБ № 1. За эти годы очень много сделал для укрепления ее материальной базы. За время его работы был сооружен комплекс поликлиники, пищеблока, переход между поликлиникой и хирургическим корпусом. Больница была награждена орденом Трудового Красного Знамени.

Вот уже почти 20 лет Израиль Моисеевич является бессменным руководителем музея истории медицины г. Челябинска. Благодаря его усилиям жители города могут многое узнать о первых врачах города, наших земляках, способствовавших процветанию медицины края. В музее бережно хранятся фотографии врачей — ветеранов Великой Отечественной войны. С пожелтевших фотографий на нас смотрят прекрасные молодые лица. Они с достоинством прошли этот нелегкий путь, на своих плечах, в том числе и хрупких женских, вынесли все тяготы военного времени. Голод и холод не сломили их, а только еще больше закалили характер. Израиль Моисеевич один из них, и его заслуги перед Родиной были отмечены: он награжден орденами Трудового Красного Знамени, «Знак Почета», Отечественной войны II степени.

Израиль Моисеевич — кандидат медицинских наук, автор 211 опубликованных научных работ, автор шести книг. Ему присвоено звание отличника здравоохранения, заслуженного врача РСФСР. Он избирался депутатом районных Советов народных депутатов, членом исполкома Тракторозаводского Совета народных депутатов, городского Совета народных депутатов.

В канун юбилея Управление здравоохранения города Челябинска, редакция газеты «На здоровье» поздравляют Израиль Моисеевича с юбилеем и желают ему здоровья и творческих успехов.

Ж.КИСЕЛОВА.

*Пусть всегда счастливым будет тот,
Кто труд свой смыслом жизни назовет.
Кто, не жалея времени и сил,
Преображает этот сложный мир,
Кому упорство, труд и вдохновенье
Извечный спутник и единственный кумир!*

НА ЗДОРОВЬЕ
ГОРОДСКАЯ БЕСПЛАТНАЯ ГАЗЕТА



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

Главный редактор **И.В. СМОЛЕНЦЕВА.**

АДРЕС РЕДАКЦИИ: Челябинск, ул. С. Кривой, 30.
ТЕЛ./ФАКС (351) 263-09-12.
Отпечатано в ОАО «Челябинский Дом печати», Свердловский пр., 60.
Заказ № 4118 Тираж 50000 экз.
Электронную версию газеты читайте на медицинском портале www.med74.ru