

- ☞ БЕРЕГИ ЗЕНИЦУ ОКА
- ☞ ВАШ МАЛЫШ: ВВОДИМ ПРИКОРМ!
- ☞ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

# НА ЗДОРОВЬЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА

ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

## 14 ноября — Всемирный день диабета



Т.М. ПОПОВА,  
гл. детский эндокринолог города.

**П**о оценке Всемирной организации здравоохранения, количество больных сахарным диабетом неуклонно растет, каждые 10 лет число их удваивается. Предполагается, что к 2010 году число больных сахарным диабетом 1 типа достигнет 5,5 млн, а сахарным диабетом 2 типа — 213 млн. Во всем мире в последние годы возрастает его распространенность среди детей и подростков: растет число молодых пациентов с сахарным диабетом 1 типа (передающегося чаще всего по наследству), среди детского населения также регистрируется эпидемия сахарного диабета 2 типа (приобретенного).

**Л**озунг «Диабет и достойный образ жизни» прочно вошел в нашу жизнь. Благодаря широко проводимым мероприятиям как медицинскими работниками, так общественными организациями, в сознании людей произошла разительная перемена. Больных сахарным диабетом не боятся принимать на работу, никого больше не шокирует вид шприца. Эти люди мужественно борются с болезнью, особого уважения заслуживают дети, которые стремятся жить полноценной жизнью, не отличаясь от своих сверстников. Все возрастающее количество больных с сахарным диабетом у детей и подростков заставило общественность вновь обратить внимание на эту проблему. В 2009 году Всемирный день сахарного диабета пройдет под лозунгом «Диабет у детей и молодежи».

Об этой проблеме рассказывает главный эндокринолог города, заведующая эндокринологическим отделением ГКБ № 1 Татьяна Николаевна ВАЙЧУЛИС.

Всемирный день сахарного диабета — это возможность обратить внимание общественности всех стран мира на причины, симптомы, методы лечения и осложнения сахарного диабета, подчеркнуть еще раз серьезность данного заболевания. Впервые Всемирный день сахарного диабета прошел 14 ноября 1991 года. Дата была приурочена к дню рождения Фредерика Бантинга, английского врача, который впервые высказал идею создания препарата инсулина.

В декабре 1996 года Организация Объединенных Наций приняла резолюцию по борьбе с сахарным диабетом. В резолюции было объявлено о всемирной угрозе этого хронического неинфекционного заболевания. Сахарный диабет представляет собой не только высокую опасность для человечества, но и является исключительно важной медико-социальной, экономической и этической проблемой. Диабет — одно из первых неинфекционных заболеваний, на которое обратила внимание Организация Объединенных Наций после таких известных инфекций, как туберкулез, ВИЧ-инфекция и малярия. Такое внимание объясняется тем, что от диабета в мире страдает большое количество людей. Только в нашей стране эта цифра достигает 8 миллионов и носит характер эпидемии. Причиной роста заболеваемости врачи считают изменившийся образ жизни человека: гиподинамию, неправильное питание и стрессовые ситуации. По-видимому, на рубеже двух ве-

ков общество столкнулось с очень сложными проблемами, с которыми человеческий организм на сегодняшний день справиться не может. Сахарный диабет страшен именно своими осложнениями, такими, как потеря зрения, почечная недостаточность, ампутация нижних конечностей, ишемическая болезнь сердца, которые на фоне сахарного диабета прогрессируют очень быстро. Поэтому необходимо сделать все возможное, чтобы отодвинуть грозные осложнения на максимально большой срок, тем самым остановить эпидемию сахарного диабета. Чтобы добиться хорошего ре-

**Сахарный диабет — проблема всех возрастов и всех стран, в связи с продолжающимся увеличением количества больных во всем мире считается неинфекционной эпидемией нашего времени.**

зультата, нужно организовать адекватную медицинскую помощь населению, обеспечить лекарственными препаратами как взрослое население, так и детей, страдающих от диабета.

В нашем городе больным сахарным диабетом медицинская помощь оказывается в полном объеме. Вновь выявленные случаи обязательно вносятся в государственный регистр, где указаны данные каждого пациента. Регистр постоянно пересматривается, туда вносятся все изменения, касающиеся здоровья человека, в том числе и осложнения, указываются препараты, которые

### РАЗГОВОР С ГЛАВНЫМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ

ми лечится пациент, что дает возможность делать выводы о качестве лечения. Регистр позволяет правильно и своевременно диагностировать осложнения сахарного диабета.

Механизм лечения больных сахарным диабетом очень сложен.

В своей работе мы используем новейшие технологии как в диагностике, так и в лечении. Введение инсулина с помощью шприц-ручек безболезненно, безопасно, дает возможность больному быть более свободным и не привязывает его к дому. Кроме того, с появлением помповой инсулинотерапии сократилась частота инъекций инсулина, стали редкими гипо- и гипергликемии.

На благоприятность течения болезни влияет также взаимосвязь врача и пациента. Большая заслуга в этом принадлежит школам сахарного диабета, в которых больных учат жить с диабетом. И результаты не заставили себя ждать. Продолжительность жизни наших пациентов благодаря комплексным мероприятиям за последние 30 лет значительно увеличилась. Люди, больные сахарным диабетом, сохраняют трудоспособность на долгие годы, а значит, могут приносить пользу обществу.

И хотя чудо-таблетки, позволяющей исцелить от этого заболевания, пока не существует, отчаиваться не стоит. Ученые всего мира продолжают работать над этой проблемой, и как знает, может, в будущем это заболевание станет полностью излечимым.

Но не только лечением можно добиться положительных результатов. Важная роль отводится также профилактике. Именно поэтому 14 ноября люди имеют возможность получить в поликлиниках города необходимую помощь: консультацию любого специалиста, определить уровень сахара крови. Во многих ЛПУ города в этот день проводятся конференции, дни открытых дверей, круглые столы и т. д.

## ЖИЗНЬ ПО ПРАВИЛАМ

Сахарный диабет — это хроническое заболевание, обусловленное абсолютной или относительной недостаточностью инсулина и характеризующееся грубым нарушением обмена углеводов с повышением количества глюкозы в крови и моче, а также другими нарушениями обмена веществ и развитием сосудистых осложнений. Поражаются сосуды глаз, почек, нервов, коронарные, мозговые и сосуды нижних конечностей. Сосудистые осложнения более чем в три раза увеличивают стоимость лечения и являются причиной преждевременной инвалидности и смерти больных.

У детей чаще встречается диабет 1 типа, который является тяжелым хроническим заболеванием, требующим регулярных инъекций инсулина. Ребенок должен находиться под постоянным контролем взрослых, так как слишком мал, чтобы осознавать важность своевременного введения инсулина. Сахарный диабет может проявиться у ребенка даже в самом раннем возрасте, поэтому при первых же симптомах болезни: полифагия (повышенный аппетит), полидипсия (жажда), полиурия (повышенное мочеотделение) и похудание, следует как можно быстрее обратиться к врачу.

За последние десятилетия возникла новая проблема — сахарный диабет 2 типа у детей. Избыток веса — самый важный фактор риска в развитии болезни. Генетический фактор в развитии этого вида диабета у детей имеет такое же важное значение, как и у взрослых пациентов. От 40 до 80 процентов больных подростками имеют хотя бы одного больного

родителя. У девочек эта патология развивается в 1,5 — 2 раза чаще, чем у мальчиков. Сочетание недостатка веса при рождении с последующим избытком веса повышает риск развития инсулинорезистентности (снижение чувствительности тканей к действию инсулина) и сахарного диабета 2 типа. Гестационный диабет у матери может увеличить риск развития сахарного диабета 2 типа у ребенка. Внутриматочное воздействие на плод гипергликемии и гиперинсулинемии может влиять на развитие жировой ткани и бета-клеток поджелудочной железы, в результате чего в будущем развивается ожирение и нарушение углеводного обмена. У большинства детей СД 2 типа выявляется в пубертатном периоде (от 13 — 14 лет), когда чувствительность тканей к инсулину снижается на 30 процентов, что связано с увеличением активности гормона роста и инсулиноподобного фактора роста (ИПФР). Долгое время (иногда в течение нескольких лет) клинически больной может не ощущать признаков гипергликемии, то есть заболевания протекает бессимптомно. В то же время сосудистые осложнения СД уже начинают развиваться. При уровне сахара крови натощак более 6,5 ммоль/л, а через 2 часа после еды более 8 ммоль/л (уровень гликированного гемоглобина более 7 процентов) повышается риск развития сосудистых осложнений. Именно вследствие бессимптомного течения половина больных не знает о своем заболевании, не получает лечения и имеет высокий риск развития сосудистых осложнений.

Окончание на 2-й странице.



## ЖИЗНЬ ПО ПРАВИЛАМ

Окончание.  
Начало на 1-й странице.

Лечение СД 2 типа у детей включает:

1. Немедикаментозную терапию: снижение массы тела и повышение физической активности.

2. Медикаментозную терапию, которая может включать инсулин, сахароснижающие таблетированные препараты или их сочетание.

Дети и подростки с СД 2 типа имеют высокий риск развития осложнений: жирового гепатоза, артериальной гипертензии, дислипидемии. Эти осложнения являются важным фактором в развитии заболеваний сердечно-сосудистой системы в зрелом возрасте.

Человек иной раз сам становится виновником возникновения болезни. Малоактивный образ жизни, употребление в пищу большого количества ненатуральных углеводов, несбалансированное питание — это причины возникновения сахарного диабета 2 типа. Избыточный вес и следующее за ним ожирение становятся факторами риска, при которых возникновение диабета 2 типа вполне обоснованно: организм просто становится толерантен к инсулину, так как обмен веществ патологически нарушен.

Сахарный диабет на сегодняшний день не излечивается, но нужно постараться свести к минимуму возможность развития сосудистых осложнений. Выявив тип диабета, следует точно выполнять советы врача. И хотя на сегодняшний день это заболевание неизлечимо, но скорректировать его течение возможно.

Надежным средством защиты от тяжелого недуга является профилактика, которую нужно начинать с первых дней жизни каждого нового члена семьи. Первичная профилактика состоит в исключении из рациона новорожденных и младенцев коровьего молока и его составляющих компонентов. В последующем имеет смысл корректировать питание: не использовать жиры, сократить потребление мучного и сладкого, консервов и копченостей. Необходимы и мероприятия по повышению иммунитета ребенка — проведение профилактических прививок! Не следует пренебрегать физической нагрузкой, даже если сахарный диабет уже развился. Несложные упражнения для повышения жизненного тонуса, плавание в бассейне, долгие прогулки пешком на свежем воздухе — эти мероприятия ослабят действие болезни и придадут сил детскому организму.

Родителям детей, больных сахарным диабетом, ни в коем случае не стоит впадать в отчаяние. Мобилизуйте все свои силы и приготовьтесь к упорной борьбе с болезнью. Многие известные люди, больные сахарным диабетом, смогли доказать себе и окружающим, что с этой болезнью можно жить полноценной жизнью. Так, Николь Джонсон завоевала корону «Мисс Америка-99», Стив Рэдгрэйв — 5-кратный олимпийский чемпион по гребле, Гарри Мэббат — профессиональный футболист и капитан «Тоттенхэм Хотспурс», сыграл много международных матчей за Англию. М. Бергер заявил, что «болеть диабетом — все равно что вести автомобиль по оживленной трассе. Нужно просто знать все правила движения!». Это утверждение верно на все сто процентов, так как только жесткий самоконтроль и соблюдение врачебных рекомендаций помогут больному диабетом прожить долгую и насыщенную жизнь.

Глаза — важнейший орган среди пяти органов чувств человека, т. к. с помощью зрения мы получаем 90 процентов информации об окружающем нас мире. Сегодня мы поговорим о здоровом зрении у детей и как за него бороться. По статистическим данным, в европейских странах каждый четвертый ребенок нуждается в коррекции зрения, и в то же время половина родителей не показывает своего ребенка вовремя офтальмологу.

**О важности правильного поведения родителей, принципах профилактики заболеваний глаз рассказывает заведующая консультативно-диагностическим городским офтальмологическим отделением МУЗ ДГКБ № 2 врач-офтальмолог высшей категории Татьяна Николаевна МЯКИШЕВА.**



# БЕРЕГИ ЗЕНИЦУ ОКА

— Какие болезни глаз подстерегают ребенка?

— Прежде всего следует иметь в виду, что наиболее распространенные детские глазные болезни — это болезни оптической системы (близорукость, дальнозоркость, астигматизм в различных их проявлениях), на которые приходится более половины всех форм патологии глаз у детей. Чаще всего у детей обнаруживается близорукость (миопия). Это заболевание глаза, при котором изображение предметов формируется перед сетчаткой. Причина этого заключается в том, что у ребенка с миопией или увеличена длина глаза (осевая близорукость), или роговица глаза имеет большую преломляющую силу (рефракционная близорукость). Растянутая сетчатка — основная опасность людей с близорукостью, т. к. существует риск ее разрыва или отслойки. Поэтому детям, страдающим миопией, необходимо с целью профилактики осматривать глазное дно, оценивая состояние сетчатки, не реже 1 раза в 6 месяцев.

В настоящее время близорукость можно назвать «молодеющим заболеванием», т. к. пик заболеваемости миопией приходится на детей в возрасте 9 — 14 лет, в этот период ребенок испытывает интенсивные зрительные нагрузки, и в это время идет активный рост организма и органа зрения, в частности, растет ось глаза. Чаще именно в этом возрасте дети впервые надевают очки, меняя их на более сильные, если миопия прогрессирует. К 15 — 16 годам практически каждый третий ребенок страдает близорукостью.

Детская близорукость неоднородна. У детей до 4 лет это врожденное заболевание, развитие которого обусловлено неправильной закладкой глазного яблока во внутриутробном периоде, пороками его роста, а также защитной реакцией новорожденного на свет (по статистике миопия выявляется у каждого пятого новорожденного, но к концу 1 года жизни число действительно близоруких детей уменьшается до 1,3 — 4 процентов). В дальнейшем причиной миопии являются сочетания социальных и физиологических причин (раннее обучение чтению, бесконтрольное длительное общение с компьютером, слабое физическое развитие).

— То есть можно сказать, что близорукость — это болезнь цивилизации?

— Безусловно, это так. Внедрение новых информационных технологий, всеобщего образования привело к значительному увеличению зрительных нагрузок и резкому росту заболеваемости миопией. Если сравнить заболеваемость в начале 90-х годов и в настоящее время, то отмечается рост в полтора раза.

— Каковы же причины, влияющие на развитие миопии, кроме интенсивных зрительных нагрузок?

— Зрительная система ребенка находится в постоянном развитии, поэтому вредные факторы окружающей среды, неблагоприятная наследственность — близорукость у одного или обоих родителей, а также различные заболевания могут оказывать на нее негативное воздействие, приводящее к развитию близорукости. Доказано влияние на развитие миопии ряда заболеваний: родовые повреждения шейного отдела позвоночника и спинного мозга, рахит, заболевания носоглотки (тонзиллит, гайморит, аденоидит), аллергические и инфекционные заболевания (корь, скарлатина, дифтерия, туберкулез, инфек-

ционный гепатит и др.), иммунодефицитные состояния, системные заболевания соединительной ткани опорно-двигательного аппарата, проявляющиеся плоскостопием, сколиозом. Все это приводит к появлению двух различных форм близорукости. Одна — оптический дефект глаза, и требует лишь очковой коррекции. Другая — прогрессирующая миопия, требующая серьезного лечения, среди причин инвалидности по зрению она занимает 2 — 3 место.

— Что делать, чтобы предупредить или остановить развитие близорукости?

— Проводить закаливание ребенка, для уменьшения риска возникновения простудных заболеваний заниматься любыми видами спорта — бег, плавание, теннис, бадминтон. В рацион питания ребенка должны входить продукты — источники белка (рыба, нежирное мясо, яйца, молоко, творог), а также продукты, богатые кальцием, витаминами А, Е, С, селеном. Необходимо соблюдать все правила гигиены зрения, не позволять ребенку читать лежа, в транспорте. Книгу при чтении необходимо держать не ближе 30 см от глаз, страницы должны быть освещены сверху и слева. Каждые 40 минут при хорошем зрении и каждые 20 минут при миопии необходимо делать перерывы для выполнения упражнений офтальмотренинга. Особое внимание должно уделяться просмотру ребенком телевизионных программ.

— Сколько времени ребенок может проводить перед телевизором?

— Для здоровых детей до 7 лет общая продолжительность просмотра телевизионных передач не должна быть более 30 — 40 минут в день, в старшем возрасте можно продлить просмотр до 1,5 — 3 часов в день, но непрерывно не более 1,5 часа, не зависимо от типа телевизора. При миопии просмотр телепередач необходимо ограничить до 1 часа. В вечернее время смотреть телепередачи можно только при наличии общего освещения в комнате, при этом расстояние до телевизионного экрана должно быть не менее 5 диагоналей телевизора.

— Как правильно пользоваться компьютером?

— За компьютером младший школьник может проводить не более 15 — 20 минут в день, старшеклассник до 1 часа, при этом через каждые 20 минут необходимо делать перерыв для выполнения упражнений для глаз. Верхний край монитора должен быть на уровне глаз, а расстояние до него 45 — 60 см. Для предупреждения зрительного утомления должно быть комбинированное освещение (верхний свет и местное освещение рабочего места).

— Когда можно поставить диагноз «близорукость» и начать лечение?

— Главное сделать это как можно раньше. Но маленький ребенок не жалуется на ухудшение зрения, поэтому родители должны быть внимательны, чтобы вовремя заметить первые признаки миопии. Такими признаками являются: прищуривание, быстрое утомление при зрительной работе вблизи, низкий наклон головы при чтении или рисовании, ухудшение зрения, когда ребенок смотрит вдаль. К сожалению, снижение уровня зрения до 50 процентов обнаружить родители сами не могут. Поэтому чаще всего снижение зрения обнаруживается при профилактических медицинских осмотрах. Первое обследование офтальмологом должно проводиться в возрасте 1 месяца, при этом могут выяв-

ляться только грубые нарушения со стороны органа зрения. Далее офтальмологический осмотр должен проводиться в 6 — 7 месяцев, в этом возрасте уже можно оценить оптику глаза, осмотреть глазное дно. Следующий осмотр в годовалом возрасте и далее ежегодно до 3-летнего возраста. Если до 3 лет не выявлена глазная патология, то следующий обязательный осмотр офтальмологом проводится перед поступлением ребенка в школу. И далее, начиная с 7-летнего возраста, ежегодный осмотр.

— Каковы же основные методы лечения близорукости, если она выявлена у ребенка?

— Ранняя диагностика и своевременное лечение могут предотвратить утрату зрения у 90 процентов пациентов. Основным методом лечения миопии является очковая коррекция зрения.

Для профилактики прогрессирования миопии используется ряд методов — гимнастика для глаз (офтальмотренинг), прием препаратов, уменьшающих спазм accommodation, компьютерные программы офтальмотренинга, которые могут применяться в домашних условиях при наличии компьютера, укрепление функционального состояния организма (закаливание), витаминотерапия, особенно применение витаминов А, Е, С. Очень важной является коррекция осанки.

Все большее значение в коррекции миопии приобретают контактные линзы, однако при их применении важно строго выполнять рекомендации офтальмолога. Многие родители считают, что постоянное ношение очков или контактных линз способствует прогрессированию миопии, что является опасным заблуждением. Исследования свидетельствуют, что отсутствие оптической коррекции (очков или контактных линз, выписанных офтальмологом) — худший вариант поведения, способствующий прогрессированию близорукости, а иногда развитию амблиопии (синдром «ленивого» глаза) и косоглазия. В случае быстрого прогрессирования близорукости, более 1 диоптрии в год, рекомендуются склероукрепляющие операции.

Нам удается стабилизировать близорукость без применения хирургического пособия в 75 — 80 процентах случаев, используя только терапевтические оздоровительные мероприятия, которые кроме оптической коррекции включают общее укрепление функционального состояния организма, функциональные тренировки и аппаратное лечение, физиотерапевтическое лечение с применением лазер-магнитной терапии. Медикаментозное лечение обычно назначают курсами: весной и осенью, т. е. в период значительных зрительных нагрузок. Дети с прогрессирующей миопией нуждаются в длительном диспансерном наблюдении.

В домашних условиях самостоятельно с целью улучшения accommodation способности и снятия мышечного утомления рекомендуется не менее 2 — 3 раз в день выполнять гимнастику для глаз.

Методику лечения, конкретные препараты, необходимость и частоту повторных курсов лечения может определить только врач, учитывая индивидуальные особенности ребенка и его органа зрения.

Родители! Помните, что своевременное обращение к специалисту позволит сохранить зрение вашего ребенка!

**С.Л. ВОРОНОВ,**  
врач ГЦМП.



**Малыш растет не по дням, а по часам, и однажды наступает время знакомить его с новыми продуктами. Какими бы ценными свойствами ни обладало грудное молоко, в определенный момент крохе становится его недостаточно. Вам наверняка хочется накормить малыша полезной и вкусной пищей. Но чтобы новая еда пошла ребенку только на пользу, необходимо знать определенные правила введения в рацион незнакомых продуктов. Чтобы не допустить ошибок при введении прикорма, прислушайтесь к нашим советам.**

**П**рикорм — это введение в рацион питания грудного ребенка помимо грудного молока или искусственной смеси других продуктов. Прикорм дает возможность в небольшом по объему количестве пищи поставлять детскому организму достаточно питательных веществ и энергии.

В настоящее время существует большое количество всевозможных рекомендаций по срокам введения прикорма. Всемирная организация здравоохранения рекомендует не вводить прикорм до 6 месяцев, если малыш находится исключительно на грудном вскармливании, а потом достаточно быстро вводятся все виды прикорма. При искусственном и смешанном вскармливании вводить прикорм рекомендуется раньше, в возрасте 4 месяцев.

Однако в России существует официальная схема введения прикорма и коррекции питания для детей, находящихся на естественном и искусственном вскармливании. Ведущие российские специалисты, педиатры и детские диетологи считают возраст ребенка от 4 до 6 месяцев наиболее оптимальным для введения прикорма. На этот же возраст указывают и многочисленные научные исследования, а также практический опыт вскармливания.

**Почему так важен при введении прикорма возраст 4 — 6 месяцев?**

■ В первые четыре месяца жизни у ребенка существует защитный рефлекс «выталкивания»: если в рот попадают твердые комочки пищи или ложка, язык автоматически выталкивает их, не давая малышу подавиться. В период от 4 до 6 месяцев этот рефлекс постепенно угасает, и ребенок уже может проглатывать полужидкую пищу.

■ Первые зубы у малыша появляются обычно в 5 — 7 месяцев, поэтому введение прикорма в этом возрасте будет стимулировать жевание и способствовать развитию жевательного аппарата ребенка. А малыши до 4 — 5 месяцев способны только сосать, а не жевать.

■ До 4 месяцев у ребенка еще нет хорошей координации глотательных движений и движений языка для продвижения густой пищи, а к 4 — 5 месяцам формируется рефлекс глотания полужидкой пищи.

■ К 4 месяцам желудочно-кишечный тракт малыша становится более зрелым, начинают вырабатываться определенные пищеварительные ферменты, укрепляется слизистая кишечника (снижается ее проницаемость). Таким образом, возникает физиологическая необходимость стимуляции моторики желудочно-кишечного тракта.

■ К 4 — 6 месяцам возрастают потребности ребенка в белках, витаминах и минеральных веществах, которые не покрываются грудным молоком или искусственной смесью.

■ На 5 — 6 месяцев приходится максимум любопытства малышей к «взрослой» еде. Если пропустить этот возрастной период, ребенок вообще может отказаться от любой пищи, кроме молока.

Первый прикорм — это овощное пюре, второй — каша, третий — мясной фарш. Все остальные дополнительные продукты (творог, соки, яичный желток, хлеб и другие), содержащие витамины, минеральные соли и микроэлементы, вводимые малышу и обеспечивающие его гармоничное развитие, называются коррекцией питания.

Детям, находящимся на смешанном и искусственном вскармливании, все виды прикорма и коррекции питания детские диетологи рекомендуют вводить на 2 — 3 недели раньше. Это связано с тем, что малыши, получающие смеси, раньше других испытывают потребность в дополнительных питательных веществах. В остальном правила введения прикорма такие же, как



# ВАШ МАЛЫШ: ВВОДИМ ПРИКОРМ!

и при естественном вскармливании.

Итак, чтобы трудности введения прикорма обошли вас стороной, соблюдайте основные нехитрые правила.

**Общие правила введения прикорма:**

■ Введение любого нового прикорма начинайте только тогда, когда малыш здоров.

■ Введение прикорма следует отложить накануне и после профилактических прививок, а также в слишком жаркую погоду.

■ Каждый новый продукт вводите постепенно, с небольших количеств: в первый день дайте малышу не более 1/4 чайной ложки нового блюда, ежедневно его количество понемногу увеличивайте и за 7 — 10 дней доведите порцию до рекомендованного врачом объема, то есть замените новым блюдом одно молочное кормление.

■ Прикорм следует давать ребенку непосредственно перед кормлением грудью или молочной смесью.

■ Новый продукт вводите с утра или в первой половине дня, чтобы вы могли понаблюдать за реакцией на него организма ребенка.

■ Введение нового прикорма следует начинать с монокомпонентного продукта (один вид фрукта, овоща или злака). Только когда малыш попробует

каждый компонент по отдельности, постепенно переходите к смеси двух, а затем нескольких видов продуктов данной группы.

■ По консистенции прикорм должен быть полужидким и гомогенным и не вызывать затруднений при глотании; постепенно питание становится более густым, а к году малыш уже способен есть пищу, порезанную на мелкие кусочки.

■ Не вводите одновременно два новых продукта.

■ Переходить к другому виду прикорма следует только после того, как малыш привыкнет к первому (1 неделя — постепенно увеличиваем объем до необходимого, 2 неделя — привыкание, 3 неделя — введение нового прикорма).

■ Прикорм предлагайте только с ложечки, а питье — из чашки (особенно если малыш находится на грудном вскармливании).

■ Не разогревайте еду, которую ребенок не доел в прошлый раз, вторично. Пища каждый раз должна быть свежей.

■ Предпочтительнее использовать детское питание промышленного производства. Оно производится из высококачественного, экологически чистого сырья, проходит необходимый кон-

троль и имеет сбалансированный состав, который соответствует возрасту ребенка, указанному на этикетке.

■ В период введения новых продуктов в рацион малыша рекомендуется вести «пищевой» дневник, куда следует записывать продукт, введенный впервые, его объем и реакцию на него ребенка. При возникновении аллергической реакции на новый продукт вы сможете исключить его из рациона.

■ Если у малыша появилась сыпь на коже или расстройство пищеварения, сразу же отмените вводимый продукт. Можно попытаться ввести его через некоторое время снова. В случае, когда при повторном введении продукта признаки непереносимости появятся вновь, не следует больше давать его малышу.

Несмотря на то, что ваш малыш совсем мал, следуйте определенным поведенческим правилам как до еды, так и во время нее, установите определенный порядок действий, благодаря которому кроха вскоре поймет, что пришла пора принимать пищу. В дальнейшем у малыша сформируется правильный стереотип поведения.

**Примите к сведению наши добрые советы:**

■ Даже если вы целый день находите дома, и, несмотря на то, что малышу, к примеру, всего полгода, всегда перед едой мойте ему ручки.

■ Садите кроху в специальный стульчик для кормления, тарелку ставьте перед малышом: так ему открывается широкий обзор и он видит, что приготовила мама.

■ Из нескольких слюнявчиков малыша наверняка какой-то нравится больше. Надевайте ему любимый слюнявчик — тогда он с радостью будет принимать пищу.

■ Когда вы кормите малыша с ложечки, вторую ложку обязательно вкладывайте ему в ручку. Пусть попробует сначала просто держать ложку, а затем пытается кушать — так ребенок обретет навык пользования столовым прибором и научится есть самостоятельно.

■ Во время еды не отвлекайте малыша посторонними разговорами, включенными телевизором и музыкой, не развлекайте игрушками. Ребенок должен понимать, что еда — это серьезное занятие, и сосредоточиться полностью на таком важном деле.

Официальная схема введения прикорма является лишь основой, а каждый ребенок — индивидуальность, поэтому ваш врач-педиатр может внести в эту схему более или менее значительные изменения, учитывая особенности только вашего малыша.

К примеру, если кроха родился с нормальной массой тела, находится исключительно на грудном вскармливании и не имеет проблем со здоровьем, прикорм можно ему вводить не ранее 6 месяцев. При этом коррекцию питания фруктовыми соками и фруктовыми пюре можно отложить на более поздние сроки, а первым прикормом ввести овощное пюре или кашу.

Какое блюдо прикорма — пюре или каша — включается в рацион питания раньше, также решается в каждом случае индивидуально. Если малыш плохо прибавляет в весе, имеет неустойчивый стул, то ему лучше начать давать кашу в первую очередь. Если у малыша повышенный вес или склонность к запорам, то желательнее первым прикормом ввести овощное пюре.

Детям на искусственном и смешанном вскармливании проводят коррекцию питания фруктовыми соками и фруктовыми пюре, начиная с 3,5 — 4 месяцев.

С 4-месячного возраста возможно назначение прикорма детям с рахитом, анемией, родившимся с низкой массой тела и плохо прибавляющим в весе независимо от вида вскармливания.

При склонности к анемии также в более ранние сроки можно ввести мясное пюре.

Если малыш плохо переносит фруктовые соки и фруктовые пюре, у него возникает вздутие живота, разжиженный стул, урчание по ходу кишечника, то начать введение прикорма можно и с овощного пюре.

Таких нюансов очень и очень много, поэтому оптимальное время для введения прикорма, сроки и последовательность введения продуктов может определить только ваш врач-педиатр, учитывая индивидуальные особенности состояния здоровья вашего малыша. Кроме того, не забывайте, что в течение первого года жизни основным питанием ребенка должно оставаться грудное молоко или его качественный заменитель.

Точный возраст введения прикорма абсолютно для всех малышей никто не установил, поэтому вы можете обсуждать с врачом все вопросы, касающиеся введения прикорма, в том числе сроки его введения. Вам кажется, что крохе уже пора попробовать новые вкусы. Это действительно так, если ваш малыш соответствует хотя бы одному из нижеследующих положений.

**Вашему малышу можно вводить прикорм, если:**

- его возраст более 6 месяцев;
- его возраст 4 месяца и больше, а он не набирает вес;
- началось прорезывание зубов;
- он может уверенно сидеть;
- при кормлении грудью или молочной смесью (а также при сосании соски-пустышки) появились жевательные движения.

■ настоящий вес превышает его вес при рождении не менее чем в 2 раза;

■ в день он съедает более 1 л грудного молока или детской смеси и не едятся.

Итак, к введению прикорма у малыша нужно отнестись с большой долей ответственности, ведь кроха пробует совсем незнакомую для него пищу. Не торопитесь! Малыш все успеет, у него появятся любимые блюда, и кушать он будет с удовольствием!

Надеемся, что с нашими советами вы успешно пройдете и этот период — период введения прикорма.

**Т. КАРИХ,**  
врач-педиатр ГЦМП.

**ПРИМЕРНАЯ СХЕМА ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА  
ДЛЯ ДЕТЕЙ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ**

Наименование продуктов и блюд	4 мес.	5 мес.	6 мес.	7 мес.	8 мес.	9 мес.	10 — 12 мес.
Фруктовые соки, мл	5 — 30	40 — 50	50 — 60	60	70	80	90 — 100
Фруктовое пюре, мл	5 — 30	40 — 50	50 — 60	60	70	80	90 — 100
Творог, г			10 — 30	40	40	40	50
Желток, шт.				0,25	0,5	0,5	0,5
Овощное пюре, г			10 — 100	120	150	180	200
Каша, г				10 — 100	150	180	200
Мясное пюре, г					5 — 30	50	60 — 70
Кефир, мл							200
Рыбное пюре, г							5 — 30
Растительное масло, г			1 — 3	3	5	5	6
Печенье, сухари, г					5	5	10 — 15
Хлеб пшеничный, г						5	10
Сливочное масло, г				1 — 4	4	5	6



Я думаю, каждый из нас хоть раз в жизни задумывался о своей родословной. Насколько хорошо она нам известна? Кем были наши деды и прадеды? Для большинства людей ответы на эти вопросы так и остаются неразгаданными. А ведь как важны для человека семья, семейные ценности и традиции, понимает каждый.

В этой рубрике мы рассказываем о семьях, в которых любовь к профессии врача передается из поколения в поколение. В таких семьях дети, с ранних лет вращаясь во врачебной среде, в своем профессиональном выборе, как правило, не сомневаются. Общие интересы не только объединяют всех членов семьи, но и повышают мастерство, помогают раскрыть талант.

Своими воспоминаниями мы попросили поделиться представительницу такой династии кандидата медицинских наук, врача высшей категории, заместителя главного врача по контролю качества медицинской помощи ГКБ № 1 Нелли Валентиновну ЖУКОВУ.



**М**ой отец, Валентин Николаевич Жуков, врач-терапевт со стажем работы более 50 лет. Из них 25 лет прослужил военным врачом. Он окончил Саратовский медицинский институт и Военно-медицинскую академию в г. Ленинграде. Кстати, одной из первых пациенток у студента-практиканта 5-го курса была его будущая жена. После окончания учебы у папы была возможность остаться работать в этом городе, но он хотел набраться практического опыта и уехал на Дальний Восток. Работал врачом-терапевтом в г. Уссурийске, Хабаровске, Комсомольске-на-Амуре. Именно там впоследствии родилась я. Один случай из его практики особенно памятен. Папа был в то время начальником медпункта авиационного полка на Дальнем Востоке. Однажды его вызвали к тяжелому больному — военный летчик по неосторожности (чистил оружие) выстрелил себе в грудь из пистолета. Папа своевременно оказал медицинскую помощь, наложил повязку, ввел обезболивающее лекарство и организовал срочную транспортировку на самолете в военный госпиталь. После операции и реабилитации летчик продолжил службу в авиационном полку. Он был очень благодарен врачу, спасшему ему жизнь.

С 1963 по 1967 год папа учился и работал в Военно-медицинской академии г. Ленинграда. 1967 — 1977 гг. — заведовал терапевтическим отделением Челябинского военного госпиталя. С 1977 по 1980 гг. заведовал кардиологическим отделением в г. Ташкенте, занимал должность главного терапевта Туркестанского округа. Службу окончил в звании подполковника медицинской службы. В 1980 — 1982 гг. работал главным терапевтом облздравотдела Челябинской области. С 1982 и по сегодняшний день работает в Дорожной клинической больнице заведующим консультативным кабинетом для пациентов с дальних станций ЮУЖД. Папа не единственный врач в семье. Его родной брат, Анатолий Николаевич Жуков, окончил Киевский медицинский институт. Много лет работал врачом-педиатром в санатории «Восход» в городе Хоста. В настоящее время живет на Украине. Была врачом-терапевтом и тетя моего отца — Мария Федоровна Жукова (родилась в 1906 году). Она много лет проработала заведующей терапевтическим отделением в г. Воронеже. В последние годы жизни заведовала терапевтическим отделением районной больницы в Тамбовской области. Была заслуженным врачом РСФСР. Когда мы всей семьей приезжали к ней в гости, я часто слышала, как мой отец и тетя обсуждали необычные случаи из врачебной практики. И хотя я была совсем ребенком, с интересом познавала медицинскую науку. Может быть, поэтому еще в детстве сделала выбор в пользу этой профессии.

Что касается моей мамы — Раисы Тарасовны Жуковой (Макридиной), ее, как и папу, всегда привлекала медицина. Но в городе, где она жила, медицинского института не было. И тогда она вместе со своей сестрой Зинаидой после окончания школы уехала поступать в Воронежский ветеринарный институт. Тетя впоследствии осталась работать и жить в Воронеже, долгие годы занимала должность главного ветеринарного врача города. А мама, успешно окончив институт и получив диплом ученого-зоотехника, вышла замуж за моего отца и уехала с ним на Дальний Восток. Там она поступила в Хабаровский медицинский институт на химико-биологический факультет. Поскольку маме приходилось уезжать на сессии, я часто оставалась с папой. Он прекрасно справлялся со своими родительскими обязанностями: варил мне кашу и умел завязывать банты, в дни дежурств брал с собой на работу.

# ДИНАСТИЯ

Я всегда гордилась своими родителями, а папой особенно. Папа, несмотря на занятость, всегда много времени уделял моему воспитанию, особенно здоровью: учил кататься на лыжах, коньках, играть в теннис. Благодаря маме я прекрасно знала биологию, а папа хорошо разбирался в математике и физике, все это впоследствии очень помогло мне при поступлении в институт. Отдыхали мы всегда вместе: объездили почти всю страну. Мои родители до сих пор ведут активный образ жизни, очень любят заниматься садоводством. Мама до сих пор преподает в школе биологию. Если говорить о семье моей мамы, хотелось бы вспомнить дедушку — Тараса Петровича Макридина, отца моей мамы. Он родился в семье сельского фельдшера, до войны занимал должность второго секретаря обкома, был идейным человеком. Когда началась Великая Отечественная война, ушел на фронт, несмотря на имеющуюся бронь. Бабушка, Александра Павловна Макридина, осталась одна с четырьмя детьми. В 1943 году семья получила похоронку. Бабушка долго писала во все инстанции в надежде найти могилу мужа. Семья было лишь известно, что погиб он в Севастополе. Однажды, уже после войны, бабушка смотрела документальный фильм о войне и узнала на экране бегущего в атаку мужа. Будучи уже взрослым человеком, я пыталась найти могилу деда, приехала в Севастополь, где он захоронен, как большинство солдат, в братской могиле. А вот в Москве, на Поклонной горе, на открытом там мемориале я увидела фамилию своего деда. Те ощущения мне не забыть никогда.

Как и мой папа, я выбрала профессию врача. В 1974 году поступила в Челябинский медицинский институт на лечебный факультет. Учеба в институте давалась мне нелегко, особенно напряженными были первые три курса. Я всегда была примерной ученицей, к учебе относилась серьезно. Мама до сих пор вспоминает, как мы с ней учили латынь. Значительно интереснее стало учиться в институте, когда появились клинические дисциплины: терапия, хирургия, акушерство-гинекология, неврология, психиатрия и т. д. После окончания института я пришла работать в ГКБ № 1, сначала «увлеклась» неврологией, а затем заинтересовалась гастроэнтерологией. Заочно училась в аспирантуре, была ассистентом кафедры протозитики внутренних болезней ЧГМИ, которую возглавляет врач-кардиолог, доктор медицинских наук, профессор И.И. Шапошник. Написала и защитила под его руководством кандидатскую диссертацию, порадовав этим своего папу, ведь сам он так и не закончил свой научный труд. 20 лет назад мы вместе с И.И. Шапошником одними из первых в городе и области начали заниматься проблемами кардиомиопатий. Благодаря И.М. Матовскому, который в те годы руководил клиникой, был приобретен первый в Уральском регионе эхокардиограф, что позволило выявлять эту патологию сердца. В результате работы мы открыли и запатентовали как изобретение метод подтверждения диагноза кардиомиопатии с использованием иммунологических исследований. Его авторами являются И.И. Шапошник, Л.Я. Эберт, М.Г. Москвичева и Н.В. Жукова.

По предложению главного врача Н.А. Алексе-

ева с 1992 года занимаюсь организацией системы контроля качества медицинской помощи в ГКБ № 1. Аналогов подобной структуры тогда еще не было ни в городе, ни в области. Под руководством главного врача вместе с заведующими отделениями больницы были разработаны медицинские стандарты, включающие набор методов обследования и лечения больных с различными заболеваниями, а также медико-экономические показатели (система повышающих и понижающих коэффициентов к заработной плате врача), положение о контроле качества.

Мой муж Александр Михайлович Якушев, как и я, врач-терапевт. Его мама Ольга Ивановна Якушева была по образованию медицинской сестрой. Во время Великой Отечественной войны работала в прифронтовых госпиталях. После войны в Черном Плессе, родине моего мужа, долгие годы работала в стационаре. Поскольку врачей в это время там не было, ей приходилось брать на себя и врачебные обязанности. Александр Михайлович после окончания школы поступил в Челябинский медицинский институт. После его окончания уехал работать в Северо-Казахстанскую область. С 1981 по 1985 год занимал должность главного врача участковой больницы. С 1985 по 1997 год работал в системе МПС ЮУЖД на должностях главного врача линейной больницы ст. Вязовая, отделенческих больниц ст. Златоуст, Орс, в дорожной клинической больнице ст. Челябинск. С 1997 года восемь лет руководил медицинским информационно-аналитическим отделением в ГКБ № 1. При его активном участии в больнице была создана локальная информационная сеть, внедрены программы по автоматизированному учету посещений поликлиники, листов временной нетрудоспособности, лекарственного обеспечения. С 1998 года больница получила доступ в Интернет, ежемесячно стал издаваться больничной журнал «Информационный вестник ГКБ № 1». В настоящее время Александр Михайлович возглавляет государственное учреждение здравоохранения «Челябинский областной медицинский информационно-аналитический центр», основная задача которого — информационное обеспечение минздрава области. Создается единая информационная система здравоохранения Челябинской области, которая вскоре позволит каждому врачу области получать необходимую информацию о пациенте вне зависимости от его места проживания.

В нашей дружной семье существует хорошая традиция — праздники мы обязательно встречаем вместе. Эти мероприятия всегда проходят весело, мы поем русские народные песни, романсы, танцуем. Мои родители увлечены садоводством, выращивают не только овощи на своем участке, но и красивые цветы. Семья любит отдыхать на уральских озерах: кататься на лодках, собирать грибы и ягоды в лесу, да и просто пешие прогулки на природе доставляют нам ни с чем не сравнимое удовольствие. Я горжусь своей семьей. Считаю, что мне очень повезло, ведь с детства я была окружена заботой и любовью, благодарна родителям за все, что они сделали для меня. Сейчас я, в свою очередь, стараюсь быть для них опорой.

Ж. КИСЕЛЕВА.

## ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Именно такой рецепт избавления от изжоги врачи считают самым эффективным. Немедленно перестаньте курить и употребляйте спиртные напитки, в том числе и шампанское, не пейте также газированную воду и молочные коктейли. Забудьте об оладьях, взбитых сливках, бисквитах, суфле и шоколаде. И ни при каких обстоятельствах не ешьте менее чем за три часа до сна. В результате с вами произойдет первая благоприятная перемена — вы похудеете. Жировые ткани перестанут стеснять желудок, он вздохнет с облегчением и кислая отрыжка будет появляться гораздо реже. После еды позвольте себе неторопливую прогулку на свежем воздухе. Только во время моциона ни в коем случае не наклоняйтесь — даже если вам очень захотелось собрать букет летних цветов, осенних листьев или сделать снежок.

Никто не спорит, что лук и специи могут вызвать жжение в желудке и кислую отрыжку. Но эти продукты не являются первопричиной заболевания. Они только обостряют его. Данные последних лет свидетельствуют, что настоящая причина возникновения рефлюкса-эзофагита — лишний вес. Полные люди значительно чаще страдают таким недугом. Даже небольшое снижение веса (около 4 кг) приносит существенное облегчение: приступы случаются в 4 раза реже.

При частой и упорной изжоге регулярное и длительное воздействие желудочного сока на пищевод деформирует его стенки. На месте поражения воспаляется слизистая, появляются рубцы. Пищевод сужается, что затрудняет проглатывание пищи. Дабы избежать всех этих проблем, необходимо, не дожидаясь приступов изжоги, перед едой принимать препараты, снижающие кислотность желудочного сока.

**Помогут избежать неприятные ощущения:**

■ Полстакана нежирного молока или обычной воды.

■ Сок сырого картофеля (натереть на мелкой терке и отжать сок 1 — 2 средних картофелин), толченый мел, белая глина (смешать с водой и выпить).

■ Геркулес (чайную ложку геркулеса жевать в течение 2 минут).

■ Чай с листом смородины или калины. Пить по стакану 2 — 3 раза в день.

**По материалам журнала «Будь здоров».**

ГОРОДСКАЯ  
БЕСПЛАТНАЯ ГАЗЕТА  
НА ЗДОРОВЬЕ



Учредитель — городской Центр медицинской профилактики.

Газета зарегистрирована Уральским региональным управлением Комитета РФ по печати.

Рег. № Е — 2168 от 07.05.97.

Главный редактор И.В. СМОЛЕНЦЕВА.

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

Челябинск, ул. С. Кривой, 30.

Тел./факс (351) 263-09-12.

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

Заказ № 992 Тираж 20000 экз.

Электронную версию газеты читайте на медицинском портале [www.med74.ru](http://www.med74.ru)