

НА ЗДОРОВЬЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА

ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

СУДОРОГИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

ЧТО НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ РОДИТЕЛЯМ

РАЗГОВОР С ГЛАВНЫМ СПЕЦИАЛИСТОМ

Из общего количества родительских вызовов скорой педиатрической помощи 10 процентов составляют судорожные состояния. Особенно часто они наблюдаются у детей грудного возраста. Распространенность судорожных состояний составляет 17 — 20 случаев на 1000 населения.

О том, что следует знать родителям о серьезности таких состояний, их причинах, факторах риска и о собственных действиях во время судорог рассказывает профессор кафедры неврологии, мануальной и рефлексотерапии, доктор медицинских наук, главный детский невролог города Леонид Александрович ПЛЕХАНОВ.

Причины, приводящие к развитию судорог, могут быть самыми разнообразными: эпилепсия, гормональные расстройства, заболевания почек, нарушения водно-электролитного обмена, инфекционные заболевания, наследственная патология, травмы.

Судороги — внезапное непроизвольное сокращение скелетных мышц, нередко сопровождающееся нарушениями сознания разной степени выраженности. Они могут быть общими и локальными, то есть в какой-то отдельной группе мышц, на фоне ясного сознания и с его утратой.

Судорожный приступ в большинстве случаев является серьезным симптомом какого-либо заболевания, течение которого оказывает влияние на головной мозг. Часто судороги, особенно с утратой сознания — это основное клиническое ядро такого заболевания, как эпилепсия. Поэтому судороги принято подразделять по происхождению на эпилептические и неэпилептические.

Частое развитие судорог в детском возрасте объясняют как особенностями нервной системы ребенка, так и многообразием причин, их вызывающих. Судорожные состояния у детей грудного возраста определяются функциональной незрелостью их нервной системы. С медицинской точки зрения незрелый мозг более предрасположен к развитию общемозговых реакций, чем зрелый. Повышенную «готовность» детского мозга к судорожной активности можно объяснить относительным преобладанием возбуждающих глутаматергических систем над тормозными глутаматергическими. То есть, говоря доступным языком, у детей в нервной системе преобладает возбуждение над торможением. Несовершенная дифференцировка коры головного мозга, слабое регулирующее влияние ее на подкорковые структуры, значительная гидрофильность тканей мозга объясняют склонность ребенка к генерализованным ответным реакциям (гиперкинезы, возбуждение, судороги и т. д.) на различные раздражители.

По данным различных авторов, от 25 до 84 процентов судорог возникает на фоне лихорадки (фебрильные или гиперпирексические судороги). Отдельную группу составляют су-



дороги при эпилепсии, распространенность которой составляет 0,5 — 1 процент.

Неэпилептические судорожные припадки делят по этиологическому (причинному) принципу:

- судороги при асфиксии новорожденных;
- судороги при внутричерепной (родовой) и другим видам травм;
- судороги при гемолитической болезни новорожденного;
- судороги при врожденных дефектах развития центральной нервной системы, врожденных уродствах, микроцефалии, гидроцефалии и других;
- судороги при опухолях головного мозга;
- судороги при патологии сосудистой системы и сердца (аневризма, ангиоматоз, острые нарушения моз-

Частое развитие судорог в детском возрасте объясняют как особенностями нервной системы ребенка, так и многообразием причин, их вызывающих.

гового кровообращения, врожденные пороки развития сердца);

— судороги в остром периоде инфекционных заболеваний (ОРВИ, грипп, нейроинфекции, менингит, энцефалит и др.); при высокой

температуре — фебрильные судороги;

— судороги при различных интоксикациях;

— судороги при некоторых нарушениях обмена веществ;

— судороги при некоторых заболеваниях крови и др.

Судороги при инфекционных заболеваниях, протекающих с повышением температуры у детей раннего возраста, наблюдаются чаще, чем у детей старшего возраста, и являются

врологические отклонения и наличие больных эпилепсией среди родственников ребенка. Фебрильные судороги являются комбинацией генетических и экологических факторов. У 34 процентов детей с фебрильными судорогами такие припадки отмечены в семейном анамнезе, и у 4 процентов среди родственников были больные эпилепсией. Фебрильные судороги возникают чаще всего у детей в возрасте между 6 месяцами и 6 годами. Средний возраст их начала — 1,5 го-

да, у половины детей фебрильные судороги чаще всего отмечены между 12 и 30 месяцами жизни.

Факторами риска повторения являются: начало приступов до 18-месячного возраста; если судороги воз-

Судороги — внезапное непроизвольное сокращение скелетных мышц, нередко сопровождающееся нарушениями сознания разной степени выраженности.

никают при температуре ниже 38 градусов; когда судороги развиваются спустя менее часа от начала лихорадки; наличие в семейном анамнезе указаний на фебрильные судороги. При наличии 4 факторов риска частота рецидива повышается до 76 процентов. У детей, не имеющих факторов риска, вероятность рецидивов не превышает 4 процентов.

Судороги при острых нейроинфекциях (менингит, энцефалит) возникают на высоте заболевания, имеют тонический (напряжение туловища) и тонико-клонический (подергивание различных групп мышц конечностей) характер. При этом они чаще отражают синдром общих мозговых нарушений, протекающий с внутрисерпной гипертензией, явлениями отека мозга. Как правило, возникающие

на высоте нейроинфекции судороги исчезают вместе со спадом температуры.

Судорожные состояния могут возникать при некоторых нарушениях обмена веществ (кальциево-фосфорного, аминокислотного, липоидного).

При нарушениях кальциево-фосфорного обмена (гипокальциемия) судороги могут быть обусловлены явлениями рахита и ставят диагноз «спазмофилия». В крови обнаруживается пониженное содержание кальция (норма — 6,0 — 6,7 процента).

Судорожные проявления рахитогенной гипокальциемии чаще наблюдаются в конце зимы и начале весны у детей в возрасте от 6 до 12 месяцев. Судороги могут сопровождаться длительным спазмом периферических мышц и переходом в общие тонические судороги (общее напряжение туловища и конечностей). Судороги, сопровождающиеся пониженным содержанием кальция в крови, могут иметь и другое происхождение, помимо рахита. В периоде новорожденности можно наблюдать судороги у недоношенных детей в связи со значительной лабильностью кальциево-фосфорного обмена.

В редких случаях судороги, вызываемые гипокальциемией, могут появляться у грудных детей при резком и быстром переходе на искусственное кормление коровьим молоком, в котором фосфор содержится в значительном количестве и не выводится в достаточном количестве с мочой. Но данные отдельные факты не являются догмой, и родители по рекомендациям врача могут выбирать естественное или искусственное вскармливание без опасений.

Эпилептические судорожные приступы у грудных детей требуют всегда точности диагностики и правильного подбора противосудорожного препарата. Основным методом диагностики эпилепсии является электроэнцефалограмма (ЭЭГ), в настоящее время для дифференциальной диагностики эпилептической и неэпилептической природы судорог, а также для определения различных форм эпилепсии применяется ЭЭГ видеомониторинг. Для практического применения допустим метод обычной съемки приступа на видео самими родителями, понятно, что иногда родителям не до этого, когда такое с ребенком творится, но реальные события происходящего иногда незаменимы для врачей.

Лечебные мероприятия при судорогах необходимо направить на восстановление адекватного дыхания и уменьшения возбудимости ЦНС. Для обеспечения проходимости дыхательных путей следует очистить полость рта и глотку ребенка от слизи, остатков пищи или рвотных масс (аспирация с помощью электроотсоса или механическое удаление их), предупредить западение языка, приподнять за углы нижнюю челюсть или установив воздуховод (если он имеется). Голову ребенка необходимо повернуть в сторону для предотвращения аспирации при восстановлении дыхания. Следует освободить ребенка от тесной одежды, затрудняющей дыхание, и обеспечить ему доступ свежего воздуха (например, открыть окно). Данные мероприятия проводятся до прибытия медицинской бригады скорой помощи.



По состоянию на 02.09.2009, с учетом данных региональных бюро ВОЗ, общее количество лабораторно подтвержденных случаев заболеваний людей, вызванных вирусом А (H1N1)-2009 в мире составляет 269 285, из них 3049 случаев с летальным исходом. В Челябинской области зарегистрировано 52 случая подозрения на заболевание, вызванное вирусом высокопатогенного гриппа А (H1N1), в том числе 14 — у детей. Подтвержден диагноз референ-центрами по мониторингу за гриппом у 10 заболевших, а снят диагноз у 42 человек.

О ситуации по заболеваемости высокопатогенным гриппом в Челябинской области

Тяжелых случаев заболевания отмечено не было. Завозы высокопатогенного гриппа в Челябинскую область отмечены из Великобритании, Испании, Турции и Болгарии. В настоящее время все очаги находятся на контроле управления Роспотребнадзора по Челябинской области.

Учитывая сложившуюся ситуацию и с целью предупреждения завоза и распространения гриппа в Челябинской области усилен санитарно-противоэпидемический досмотр пассажиров и экипажей, прибывающих из-за рубежа, а также авиарейсов Москва — Челябинск и Москва — Магнитогорск, прибывающих транзитом из-за рубежа. Обеспечен контроль наличия температуры методом дистанционной термометрии. За период наблюдения в аэропорты области прибыло 287 международных рейсов из 8 стран мира. Осмотрен 34021 пассажир и 2661 член экипажа, при проведении санитарно-карантинного контроля выявлен 1 пассажир с признаками ОРВИ, больной госпитализирован, подтвержден диагноз патогенного гриппа.

Населению настоятельно рекомендуем воздержаться от поездок в страны, где регистрируется распространение высокопатогенного гриппа. При появлении симптомов заболевания необходимо остаться дома, вызвать врача и обязательно информировать медицинских работников о факте пребывания в неблагополучных странах и контакте

с инфекционными больными.

Что делать, если у вас появились симптомы гриппоподобной болезни?

Если вы заболели, то при появлении любого из перечисленных ниже тревожных симптомов следует вызывать неотложную медицинскую помощь:

■ затрудненное дыхание или одышка;

■ боли или чувство тяжести в груди или животе;

■ внезапное головокружение;

■ спутанность сознания;

■ сильная или непрекращающаяся рвота;

■ гриппоподобные симптомы ослабевают, но затем возвращаются вместе с высокой температурой и усиливающимся кашлем.

При заболевании детей неотложную медицинскую помощь необходимо вызывать при появлении следующих тревожных симптомов:

■ учащенное или затрудненное дыхание;

■ синюшная или посеревшая кожа;

■ отказ от питья;

■ сильная и непрекращающаяся рвота;

■ ребенок не просыпается;

■ повышенная раздражительность, ребенок не выносит, когда его держат на руках;

■ гриппоподобные симптомы ослабевают, но затем возвращаются вместе с высокой температурой и усиливающимся кашлем.

К числу людей с повышенным риском серьезных осложнений от сезонного гриппа относятся лица от 65



лет и старше, дети до 5 лет, беременные женщины, люди любого возраста, страдающие хроническими заболеваниями (астма, диабет, сердечные заболевания), и лица со сниженным иммунитетом (например, принимающие иммуносупрессоры, а также ВИЧ-инфицированные).

Заболевание может продлиться неделю и дольше.

■ Вы должны оставаться дома, за исключением ситуаций, когда необходимо обратиться за медицинской помощью. Также необходимо свести к минимуму контакты с другими людьми, в том числе отказаться от поездок и посещения работы или учебы в течение 7 дней после появления симптомов. Если вы вышли из дома, чтобы обратиться за медицинской помощью, наденьте маску, во время кашля и чихания прикрывайте рот и нос носовым платком. После использования платок выбрасывайте.

■ Чаще мойте руки с мылом, осо-

бенно после кашля или чихания. Спиртосодержащие средства для очистки рук также эффективны.

■ Старайтесь не прикасаться руками к глазам, носу и рту. Инфекция распространяется именно таким путем.

■ Избегайте любых контактов с домочадцами, чтобы не заразить их, особенно с имеющими повышенный риск серьезных осложнений от гриппа.

В отношении сезонного гриппа известно, что больной может быть заразным, начиная с первого дня появления симптомов заболевания и до семи дней после начала заболевания. Дети, особенно младшего возраста, могут оставаться потенциально заразными и более длительный период времени. С точки зрения заразности новый вирус гриппа аналогичен вирусу сезонного гриппа.

Если вы принадлежите к группе лиц с высоким риском осложнений от гриппа, ваш врач определит, требует-

ся ли вам проведение лабораторного исследования на вирус гриппа и специальное лечение.

Для лечения лиц с тяжелыми формами заболевания гриппом применяются противовирусные препараты. Они являются рецептурными средствами, эффективными против вирусов гриппа, включая новый вирус гриппа. Эти препараты назначаются только врачом.

Следуйте рекомендациям органов здравоохранения, избегайте мест скопления людей и соблюдайте другие меры социального дистанцирования!

В Челябинской области издано постановление главного государственного санитарного врача по Челябинской области от 14.08.2009 г. № 16 «О неотложных мерах по предупреждению возникновения и распространения высокопатогенного гриппа в организованных коллективах детей и подростков», в соответствии с которыми приняты дополнительные меры по предупреждению распространения высокопатогенного гриппа в детских организованных коллективах, в том числе:

■ По организации медицинского наблюдения за детьми, прибывшими из неблагополучных по высокопатогенному гриппу территорий в течение последних 7 дней, силами лечебно-профилактических учреждений, обслуживающих образовательное учреждение.

■ Допуску детей и сотрудников в дошкольные и закрытые детские учреждения при наличии справки из лечебно-профилактического учреждения об отсутствии заболевания и контакта в течение 7 дней с больным высокопатогенным гриппом.

■ Недопущению в коллективы детей и сотрудников с признаками острых респираторных заболеваний; запрещению массовых мероприятий в закрытых помещениях.

■ Усилению дезинтаксикационного режима в учреждениях.

Р.Р. КОСАРЕВА,
начальник отдела эпидемиологического надзора Управления Роспотребнадзора по Челябинской области.

26 СЕНТЯБРЯ — ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ КОНТРАЦЕПЦИИ

История контрацепции уходит своими корнями в глубины веков. Женщины всех культур, богатые и бедные, молодые и зрелые стремились защитить себя от нежелательной беременности и наслаждаться сексуальной жизнью. В древнем Египте использовали тампоны, пропитанные спермицидными фармакологическими средствами, в состав которых входил сок акации и гуммиарабик, выделяющие молочную кислоту, губительную для сперматозоидов. Планировали беременность в Древней Греции и античном Риме. Способы контрацепции рассматривались в научных трудах Платона, Аристотеля и Гиппократов. Они описывали многочисленные противозачаточные средства, в состав которых входили фруктовые кислоты. Большая заслуга в определении методов контрацепции принадлежит ученым Востока. Знаменитый Авиценна разработал множество мазей и жидких средств, защищающих от нежелательной беременности.

В глубокой древности и мужчины использовали различные барьерные средства. Прототипом презерватива был описанный Фаллопием в 1554 году холщовый мешочек, пропитанный смесью различных веществ. И лишь в XIX веке подобные изделия получили название «презерватив» и начали использоваться, как было указано в инструкциях, «для защиты от венерических заболеваний и многочисленных незаконнорожденных отпрысков». Первые внутриматочные спирали в виде металлического кольца начали применять в начале XX века. В пятидесятых годах прошлого столетия были получены первые гормональные противозачаточные средства.

Современные методы предупреждения беременности (гормональные, барьерные и другие), пройдя долгий исторический путь развития, стали надежной альтернативой искусственному прерыванию беременности, которое является серьезным психическим, физиологическим и социальным стрессом для женщины любого возраста.

О контрацепции как о методе сохранения репродуктивного здоровья женщины и защиты от случайной беременности рассказывает главный акушер-гинеколог города Челябинска О.В. ДЕНИСОВ.

Планирование беременности и увеличения семьи на сегодняшний день проблема не только медицинская, но и социальная.

В последние годы во многих странах мира регистрируется сниже-

ние рождаемости. В нашей стране наряду с этим происходит еще и ухудшение здоровья девочек. В Челябинске 12 процентов девушек от 15 до 18 лет имеют гинекологические заболевания. Негативно влияют на здоровье девушек незащищенные половые контакты, из-за которых растет число заболеваний, передаваемых половым путем. Ежегодно врачи делают до 600 абортот девочек, возраст которых моложе 18 лет. Конечно, все это, безусловно, отразится на демографической ситуации. Может оказаться, что просто некому будет рожать.

Поэтому современность диктует рассматривать контрацепцию как предупреждение нежелательной беременности, защиту от инфекций, передающихся при сексуальных контактах, сохранение репродуктивного здоровья молодежи. Ведь только от здоровых родителей может родиться крепкий, жизнеспособный ребенок.

Чаще всего незапланированная беременность заканчивается абортот. О пагубности такой операции для здоровья женщины сказано много. Это и тяжелые осложнения, приводящие к бесплодию, и психическая травма, которая в дальнейшем требует длительной реабилитации. Не хотелось бы, чтобы рождаемость в стране регулировалась абортот — уничтожением зародившейся жизни.

Планируемая беременность та, которая наступает в нужное время с точки зрения социального, материального благополучия семьи, готовности родителей к воспитанию, вскармливанию ребенка в приемлемые сроки для женщины и мужчины. Желанная беременность протекает без осложнений, разрешается в срок, а значит, и малыш будет расти крепким и здоровым.

Окончание на 4-й странице.





Мочеиспускания и стул грудничка

Во все времена врачи по характеру и частоте мочеиспусканий и стула у малыша судили о состоянии его здоровья. Да и каждую молодую маму волнует резонный вопрос: как часто должен удовлетворять свои «естественные потребности» здоровый малыш? Содержимое детского подгузника также вызывает много вопросов: каковы могут быть объем, цвет и консистенция каловых масс? Действительно, что же считается нормой?

Мочеиспускания малыша

Рассмотрим некоторые анатомо-физиологические особенности ребенка. Мочеточники у детей имеют множество изгибов на всем протяжении, объем мочевого пузыря небольшой — у доношенного новорожденного примерно 50 мл, а к году увеличивается до 120 — 150 мл. У девочек уретра (мочеиспускательный канал) короче и шире, чем у мальчиков, что обуславливает большую частоту возникновения инфекций мочевыделительной системы, так как «восходящая» инфекция легко проникает вверх до мочевого пузыря и выше по мочеточникам.

В первые сутки жизни новорожденный мочится редко — 1 — 2 раза, на вторые сутки — 3 — 4 раза, а к концу первой недели жизни частота мочеиспусканий достигает 10 — 15 раз в сутки. Очень важно время первого мочеиспускания, количество и объем мочеиспусканий в первые-вторые сутки жизни малыша. Например, отсутствие мочеиспускания в первые сутки или скудные и редкие мочеиспускания у новорожденного со 2 — 3 суток могут свидетельствовать о врожденных пороках развития почек и мочевыделительной системы, что обуславливает необходимость проведения дополнительного обследования.

При использовании одноразовых подгузников понять, когда в первый раз помочился малыш, мочился ли он вообще, каков объем мочи невозможно. Поэтому в первые 4 — 5 суток жизни желательно использовать только пеленки (или одноразовые пеленки), чтобы врач-неонатолог был информирован о состоянии здоровья вашего малыша.

При достаточном для ребенка объеме питания (как на грудном, так и на искусственном вскармливании) до конца первого месяца жизни отмечается максимальное количество мочеиспусканий — до 20 — 25 раз в сутки. Это объясняется малым объемом мочевого пузыря и необходимостью частого его опорожнения.

До 1 года частота мочеиспусканий у малыша может быть до 10 — 15 раз в сутки.

Незамедлительно обратитесь к врачу, если у вашего малыша:

- Затрудненные и болезненные мочеиспускания (плач и крик перед мочеиспусканием, напряжение животика, «сучение» ножками).

- Подтекание мочи по каплям (недержание мочи).

- Частые (более 15 раз в сутки) или редкие (менее 6 раз в сутки) мочеиспускания у ребенка первого года жизни.

- Появление мочи несвойственного цвета и запаха (в норме моча у малышей бесцветна и без запаха).

Только врач после лабораторных и инструментальных исследований может исключить какое-либо заболевание. Небольшое беспокойство (или вздрагивание) перед мочеиспусканием может быть вариантом нормы — так малыш отвечает на заполнение мочевого пузыря. А постоянный крик или беспокойство, как реакция на затрудненное мочеиспускание, могут

Частота мочеиспусканий — один из критериев достаточного питания грудного ребенка. Если малыш находится на естественном вскармливании, ему от двух недель до полугода и он мочится более 6 раз в сутки, значит, молока ему хватает.

значительное количество мекония с частотой стула 3 — 4 раза в сутки. Отсутствие мекония в первые сутки или задержка его отхождения (на 2 — 3 сутки) может свидетельствовать о врожденной непроходимости кишеч-

ника, что требует дополнительного обследования. После отхождения всего объема мекония у малыша может не быть стула в течение 1 — 2 суток, пока у мамы не прибудет достаточно молока. Если ребенок находится на грудном вскармливании, при этом не беспокоится, у него не вздут живот, нет обильных срыгиваний и отходят кишечные газы, то такая задержка стула допустима. Ведь в первые дни кроха питается молозивом, которое практически полностью всасывается.

Обычно после выделения мекония появляется «переходный стул» — это неоднородный по консистенции, неустойчивый, с примесью зелени и белых комочков стул с частотой до 6 — 8 раз в сутки. Наличие такого стула обусловлено тем, что стерильный кишечник малыша начинает заселяться разнообразными микроорганизмами, особенно в первую неделю жизни. У крохи на грудном вскармливании в кишечнике будут преобладать бифидобактерии, а у малыша-искусственника микроорганизмы могут быть самыми различными.

«Переходный» стул сохраняется до 7 — 10 дня жизни, а его частота постепенно урежается до 2 — 3 раз в сутки. После 10 дня жизни, когда у мамы прибывает достаточно молока, у малыша появляется «зрелый» стул, который сохраняется до введения прикорма. Такой стул имеет кашицеобразную консистенцию, желтоватый цвет и запах кислого молока и свидетельствует о хорошем переваривании грудного молока. Большинство малышей опорожняют кишечник столько раз, сколько раз они кушают, то есть частота стула может быть 8 — 10 раз в сутки. Но число дефекаций 3 — 4 раза в сутки также является нормой, если кроха выглядит вполне здоровым.

Случается и такое, когда грудное

молоко так хорошо и полностью переваривается и всасывается, что в кишечнике ничего не остается и стул у малыша бывает 1 раз в 3 — 4 дня. Нормой такое состояние может считаться только тогда, когда ребенок

находится полностью на естественном вскармливании, хорошо себя чувствует, у него нет кишечных колик и болезненной дефекации, а живот не вздут.

У малыша-искусственника стул может быть густой замазкообразной консистенции и коричневого или темно-коричневого цвета с частотой 1 — 3 раза в сутки. Опорожнять кишечник такой малыш должен не реже 1 раза в сутки, все остальное считается запором.

После введения прикорма частота стула, как правило, не превышает 1 — 2 раз в сутки как у искусственников, так и у малышей на грудном вскармливании.

Вообще частота стула в целом очень индивидуальна и зависит от множества факторов: состояния здоровья ребенка, вида его вскармливания, рациона питания кормящей мамы, питьевого режима малыша, характера и объема прикорма и т.д. В большинстве случаев, изменяя диету кормящей мамы, можно изменить частоту и характер стула у малыша, ликвидировать склонность к запорам.

Вам нужно обратиться к врачу, если у вашего малыша:

- В стуле появилась кровь.
- Стул разжижен, с большим количеством воды, с зеленью и слизью.
- Стул плотный, сухой, «овечий»,



быть следствием различных причин. Это врожденные стриктуры (сужения) уретры, аномалии развития органов мочевыделительной системы, инфекция мочевыводящих путей; у мальчиков — фимоз (сужение отверстия крайней плоти), парафимоз (ущемление головки крайней плотью), баланопостит (воспаление головки полового члена и крайней плоти) и т. д. Поэтому заподозрить какое-либо заболевание в самом его начале могут уже родители.

Будьте внимательны к своему малышу!

Дефекация у малыша

В первые сутки жизни у здорового доношенного ребенка выделяется первородный кал — меконий, который представляет собой темно-оливковую, почти черную густую массу без запаха, дегтеобразной консистенции, которая накопилась в кишечнике малыша во внутриутробном периоде. Меконий состоит из заглоченных околоплодных вод, слущенных клеток слизистой кишечника, пигмента и других компонентов. Иногда меконий начинает отходить уже в родзале, сразу после рождения.

В течение 1 — 2 суток выделяется

меконий, что требует дополнительного обследования.

После отхождения всего объема мекония у малыша может не быть стула в течение 1 — 2 суток, пока у мамы не прибудет достаточно молока. Если ребенок находится на грудном вскармливании, при этом не беспокоится, у него не вздут живот, нет обильных срыгиваний и отходят кишечные газы, то такая задержка стула допустима. Ведь в первые дни кроха питается молозивом, которое практически полностью всасывается.

Обычно после выделения мекония появляется «переходный стул» — это неоднородный по консистенции, неустойчивый, с примесью зелени и белых комочков стул с частотой до 6 — 8 раз в сутки. Наличие такого стула обусловлено тем, что стерильный кишечник малыша начинает заселяться разнообразными микроорганизмами, особенно в первую неделю жизни. У крохи на грудном вскармливании в кишечнике будут преобладать бифидобактерии, а у малыша-искусственника микроорганизмы могут быть самыми различными.

«Переходный» стул сохраняется до 7 — 10 дня жизни, а его частота постепенно урежается до 2 — 3 раз в сутки. После 10 дня жизни, когда у мамы прибывает достаточно молока, у малыша появляется «зрелый» стул, который сохраняется до введения прикорма. Такой стул имеет кашицеобразную консистенцию, желтоватый цвет и запах кислого молока и свидетельствует о хорошем переваривании грудного молока. Большинство малышей опорожняют кишечник столько раз, сколько раз они кушают, то есть частота стула может быть 8 — 10 раз в сутки. Но число дефекаций 3 — 4 раза в сутки также является нормой, если кроха выглядит вполне здоровым.

Случается и такое, когда грудное

молоко так хорошо и полностью переваривается и всасывается, что в кишечнике ничего не остается и стул у малыша бывает 1 раз в 3 — 4 дня. Нормой такое состояние может считаться только тогда, когда ребенок

находится полностью на естественном вскармливании, хорошо себя чувствует, у него нет кишечных колик и болезненной дефекации, а живот не вздут.

У малыша-искусственника стул может быть густой замазкообразной консистенции и коричневого или темно-коричневого цвета с частотой 1 — 3 раза в сутки. Опорожнять кишечник такой малыш должен не реже 1 раза в сутки, все остальное считается запором.

После введения прикорма частота стула, как правило, не превышает 1 — 2 раз в сутки как у искусственников, так и у малышей на грудном вскармливании.

Вообще частота стула в целом очень индивидуальна и зависит от множества факторов: состояния здоровья ребенка, вида его вскармливания, рациона питания кормящей мамы, питьевого режима малыша, характера и объема прикорма и т.д. В большинстве случаев, изменяя диету кормящей мамы, можно изменить частоту и характер стула у малыша, ликвидировать склонность к запорам.

Вам нужно обратиться к врачу, если у вашего малыша:

- В стуле появилась кровь.
- Стул разжижен, с большим количеством воды, с зеленью и слизью.
- Стул плотный, сухой, «овечий»,

в виде фрагментированных шариков.

- Дефекация сопровождается болезненным натуживанием (плач или крик во время дефекации).

- Постоянные повторяющиеся задержки стула (более суток).

- Отсутствие стула в течение любого времени (более суток) впервые в жизни, сопровождающееся рвотой, срыгиваниями или вздутием живота.

- Повторяющаяся рвота на фоне вздутия живота, не зависимо от того, есть задержка стула или нет.

Запоры при грудном вскармливании

О запоре у малыша можно говорить в том случае, когда нет стула более суток (исключая состояние полного всасывания грудного молока) и когда малыш не может самостоятельно опорожнить кишечник.

В первом случае, как правило, причина запоров — неправильная диета мамы. Для улучшения работы кишечника у малыша в рацион матери можно ввести чернослив, курагу, отварную свеклу и кисломолочные продукты. Если ребенок старше 6 месяцев, в качестве прикорма предложите ему пюре из чернослива, а также овощные пюре из кабачков, брокколи, цветной и брюссельской капусты.

Когда малыш не может самостоятельно опорожнить кишечник и отхождение газов затруднено, а стул у него может быть жидким, но редким (1 раз в 3 — 4 дня), он страдает очень болезненными коликами, причина таких запоров — лактазная недостаточность. Лечение должно быть направлено на коррекцию этого состояния, а также так называемое перинатальное поражение центральной нервной системы (зачастую это единственная причина), в результате которого изменяется тонус не только скелетной мускулатуры, но и сфинктеров — возникает спазм анального сфинктера. «Поздравляем» с неврологом — лечение, назначенное этим специалистом для нормализации мышечного тонуса, улучшит работу сфинктеров, и со временем запоры ликвидируются. Применение слабительных препаратов у малышей противопоказано, а коррекция диеты кормящей мамы в этом случае нужного эффекта не дает.

Пока не налажено регулярное опорожнение кишечника, малышу можно помочь аккуратной стимуляцией ануса: введите газоотвод-

ную трубку в анальное отверстие, смазав ее кончик растительным маслом — отойдут не только газы, но и стул.

Запоры при искусственном вскармливании

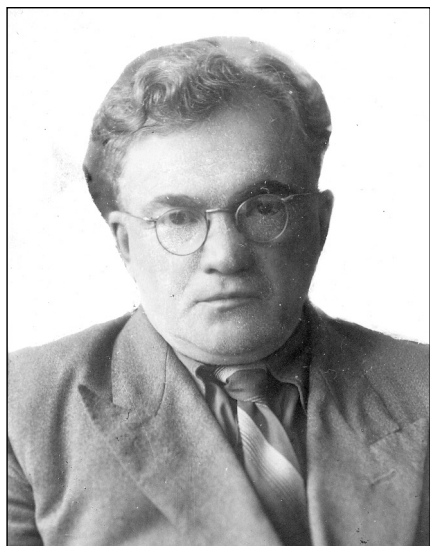
Искусственные смеси малышам труднее переваривать, чем грудное молоко, и запоры у них встречаются чаще. Рекомендуется подбирать смесь только совместно с педиатром, наблюдающим вашего малыша. Возможно одну треть часть суточного объема питания заменить кисломолочной смесью или использовать лекарственные препараты (свечи, микроклизмы или таблетированные средства) только по назначению врача. Лечить запоры самостоятельно чревато очень серьезными последствиями!

Итак, на самом деле по характеру дефекаций и мочеиспусканий у малыша можно многое сказать о его здоровье. Главное — внимательно наблюдать за физиологическими отправлениями вашего ребенка, а это вполне под силу любящим родителям, тогда все проблемы решаются гораздо легче.

Т. КАРИХ,
врач-педиатр ГЦМП.



Врач-ревматолог ГНБ № 11 Светлана Георгиевна Степанова любовь к профессии врача впитала буквально с пеленок. Ее дед — Михаил Георгиевич и отец — Георгий Михайлович Степановы известные в городе люди, немало сделавшие для здравоохранения. Вот и маленькая Светлана, много времени проводившая с любимыми бабушкой и дедушкой, с детства готовила себя к этой профессии: вникала в мудреные книги по фармакологии, помогала дедушке в его лабораторных опытах, в старших классах школы целенаправленно учила химию и биологию. Став врачом, Светлана Георгиевна продолжила семейное дело, к великой гордости основателя династии Михаила Георгиевича Степанова.



«Мой дедушка был личностью неординарной. В 1928 году он окончил медицинский факультет Пермского государственного университета. Затем была аспирантура в Москве по специальности «Физиология и фармакология». После аспирантуры заведовал кафедрой фармакологии в Донецком медицинском институте. Когда началась Великая Отечественная война, он принимал самое активное участие в эвакуации сотрудников института. Проведя эвакуацию, пришел в военкомат с просьбой отправить его на фронт. С 1942 по 1944 год дедушка — начальник токсикологической лаборатории Черноморского флота. С 1944 по 1945 год продолжил службу токсикологом на Тихоокеанском флоте. Во время войны дедушка не раз подвергал свою жизнь опасности, наравне со всеми участвовал в боевых действиях. За один героический поступок ему была объявлена благодарность от самого Сталина. Исторический документ, подписанный рукой генералиссимуса, до сих пор хранится в нашей семье.

Это было в самом конце войны, когда наша армия воевала с Японией. В японском порту Сейсин во время бомбежки потонули все запасы питьевой воды, а вместе с ней и реактивы для определения уровня зараженности воды. Дедушка получил приказ командования на себе проверить качество воды. Как потом выяснилось, она была заражена дизентерийной палочкой, дедушка заболел, благодаря его героическому поступку люди не пострадали. Войну он закончил в звании полковника медицинской службы. Был награжден орденом Красной Звезды, медалями за оборону Кавказа и победу над Германией, а также за победу над Японией.

После окончания войны дедушка приехал в Челябинск, в 1951 году защитил кандидатскую диссертацию и с 1953 года заведовал кафедрой фармакологии в Челябинском медицинском институте. В 1970 году стал доктором медицинских наук, а с 1971 года он профессор кафедры фармакологии. Основным направлением работы кафедры в этот период было изучение побочных действий ряда препаратов.

Моя бабушка Рани Герасимовна Степанова была врачом-педиатром, работала школьным врачом. Но, выйдя замуж, родив детей, полностью посвятила себя семье. Их дети тоже пошли по стопам родителей. Дочь Нелли

ДИНАСТИЯ

(сестра моего отца) была офтальмологом-онкологом. К сожалению, сейчас ее уже нет с нами.

Сын Георгий (мой отец) учебу в институте совмещал с занятиями спортом, он увлекался борьбой. Именно это и повлияло на его дальнейший профессиональный выбор. Он стал спортивным врачом. После окончания медицинского института с 1964 по 1966 гг. он работал в Нязепетровске хирургом в районной больнице. После возвращения в Челябинск пришел работать врачом в городской врачебный физкультурный диспансер, с 1986 года и по сегодняшний день возглавляет его.

Я, таким образом, являюсь врачом в третьем поколении. Проблем с выбором профессии у меня никогда не было. В доме всегда говорили на медицинские темы, дедушка часто брал меня с собой в институт, мне было очень интересно наблюдать за лабораторными животными. Окружающая с детства врачебная среда впечатляла. Окончив школу № 1, поступила на лечебный факультет Челябинского медицинского института. Студенческие годы были замечательным временем. Я с удовольствием училась и работала. Поначалу я мечтала о профессии гинеколога, много времени проводила в родильном доме. После окончания ординатуры хотела связать свою судьбу с кардиологией. Но, придя на работу в ревматологическое отделение, увлеклась этой специальностью. Вот уже 14 лет работаю здесь и о выборе своем не жалею.

Самое главное в профессии врача — видеть, что ты нужен людям. Родители с детства внушали мне, что самые ценные человеческие качества — это доброта, порядочность, интеллигентность. В нашей профессии без этих качеств хорошим врачом не станешь.

Самое главное в профессии врача — видеть, что ты нужен людям. Родители с детства внушали мне, что самые ценные человеческие качества — это доброта, порядочность, интеллигентность.

В России ревматические заболевания занимают одно из ведущих мест среди прочих заболеваний. Более 15 процентов людей страдают болезнями суставов, свыше 7 миллионов становятся нетрудоспособными. Это очень серьезные болезни, требующие длительного и кропотливого лечения. В последние годы изменилась тактика лечения таких больных. Если раньше лечение носило щадящий, выжидательный характер, то сейчас лечение носит агрессивный характер. Так как ревматоидный артрит и другие ревматические заболевания имеют лимфопроферативный характер (сродни онкологическим заболеваниям), больным с первых дней назначают цитостатические иммунодепрессанты. Нередко проводится интенсивная терапия с применением плазмафереза и высокодозных пролонгированных кортикостероидов и иммунодепрессантов. Чтобы быстро уменьшить болевой синдром в суставах, вернуть им нормальную функцию, применяется локальная терапия (внутрисуставное введение лекарственных средств). Так как почти все рев-

матические заболевания носят длительный, прогрессирующий характер, наша задача заключается в том, чтобы социально адаптировать пациентов, сохранить им трудоспособность.

Учитывая неблагоприятную ситуацию с ревматическими заболеваниями в нашем городе, в 2000 году на базе нашей больницы было открыто специализированное ревматологическое отделение, основным направлением деятельности которого является профилактика и лечение ревматических заболеваний, разработка и внедрение в практику новых технологий, а также повышение профессионального уровня специалистов. Стационарное ревматологическое отделение рассчитано на 40 коек, больных с заболеваниями суставов обязательно консультирует и проводит дальнейшее лечение врач-ортопед. В поликлинике больные имеют возможность получить консультацию в ревматологическом кабинете. Два раза в неделю проводится совместный прием врача-ревматолога и ортопеда. Наиболее сложных больных консультирует главный ревматолог города И. М. Шеремеева. За период лечения у врача устанавливаются доверительные отношения с пациентом. Учитывая генетическую обусловленность ревматологической патологии, нам часто приходится наблюдать и лечить детей и даже внуков наших пациентов.

Так сложилось, что в нашей семье соединились представители двух известных во врачебной среде фамилий — Степановых и Приваловых. Со своим мужем Алексеем Приваловым, хирургом-онкологом, доктором медицинских наук, профессором я познакомилась в студенческие годы. Алексей — сын известного в городе хирурга, профессора, заведующего кафедрой общей хирургии Валерия Привалова. Валерий Алексеевич Привалов принимал самое активное участие в создании школы хирургов-эндокринологов на Южном Урале, работает над проблемами хирургического лечения органов эндокринной системы, злокачественных новообразований щитовидной железы, хирургической инфекции, лазерной хирургии и фотодинамической терапии опухолей.

Алексей Привалов, несмотря на то, что был сыном известного человека, свой профессиональный выбор сделал самостоятельно. В медицинский институт поступил без поддержки отца, а как сложно это было в те времена, знает каждый. И Родине он отдал долг, отслужив в армии положенные два года. Поступок, без сомнения, заслуживающий уважения. Затем продолжил учебу в институте, параллельно работал в ГКБ № 1, учился у самых лучших хирургов города. В настоящее время работает хирургом-онкологом в областном онкологическом диспансере.

У нас двое детей. Старшей дочери 19 лет. Она не пошла по нашим стопам, поступила на математический факультет Челябинского государственного университета. Младшей дочери 9 лет, она часто приходит ко мне на работу, ей нравится бывать здесь, и, возможно, в будущем именно она продолжит династию и станет врачом».

Ж. КИСЕЛЕВА.

26 СЕНТЯБРЯ — ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ КОНТРАЦЕПЦИИ

Окончание. Начало на 2-й странице.

Контрацепция пересекается с понятием «безопасный секс». В нашем обществе в последние годы меняется отношение к интимной жизни. Высок промискуитет (беспорядочные половые связи), и не только среди молодежи, но и среди всех возрастных групп. Насчитывается около 27 сексуально зависимых инфекций. Все большее значение в возникновении их приобретают вирусы, защититься от них не просто. Один из методов контрацепции, который защищает от заразных болезней, — барьерный. Высокую степень защиты дает местное использование презерватива и спермицидных средств. Эти препараты местного действия, губительно действуют на сперматозоиды и на многие микроорганизмы, в т. ч. и вирусы. Выпускаются в удобных для применения формах.

Наиболее надежный метод защиты от беременности — гормональный. В основе действия комбинированных оральных контрацептивных препаратов лежит препятствие овуляции (созреванию яйцеклетки). Они бывают однофазные, двух- и трехфазные. Многие обладают еще и лечебным противовоспалительным эффектом. Некомбинированные гормональные контрацептивы (мини-пили) могут применять и кормящие женщины. Противозачаточные таблетки назначаются в любом возрасте, под врачебным контролем на длительное время. Высокую степень защиты обеспечивает только ежедневный прием в одно и то же время. Препараты практически лишены побочных действий, не вызывают прибавки веса, те незначительные колебания веса в начале приема возвращаются к норме через 3 месяца. Современная промышленность выпускает гормональные средства в виде таблеток, влагалищных колец, пластырей. Самостоятельно начинать прием гормональных препаратов недопустимо, нужна консультация гинеколога, т. к. имеются противопоказания для этого метода контрацепции.

Если при интимном контакте есть риск заражения, нужно использовать еще презерватив или спермицид. Такой метод давно применяется в Европе и называется «двойной голландский».

В арсенале врачей есть гормональные контрацептивы для проведения экстренной лекарственной профилактики нежелательной беременности. Такое лечение назначает врач в первые 12 часов после опасного сексуального контакта.

В основе естественного метода контрацепции лежит использование безопасных для зачатия дней. Это самый ненадежный способ защиты от беременности, и его можно применять только в том случае, когда другие методы противопоказаны.

Внутриматочные средства защиты от беременности рекомендуются только для моногамной супружеской пары, т. е. для тех, кто хранит верность друг другу. В наше время наиболее распространены медьсодержащие и гормонсодержащие спирали. Эти средства вводятся только врачом в женской консультации после тщательного осмотра пациентки, чаще только после родов. Эффективность этого метода защиты от беременности составляет около 75 процентов.

Достаточно трудно самостоятельно выбрать метод предохранения от нежелательной беременности и защитить свое здоровье от болезней, передаваемых половым путем, ведь каждый метод имеет как показания, так и противопоказания. Неправильный выбор контрацепции может оказаться неэффективным, а также вызвать различные осложнения со стороны гормональной, сердечно-сосудистой, мочеполовой систем, желудочно-кишечного тракта и других органов и систем женского организма. За помощью нужно обратиться в женскую консультацию к своему гинекологу. Он поможет сделать правильный выбор. Это сохранит здоровье, сделает вашу сексуальную жизнь яркой и даст возможность родить здорового ребенка, когда вы этого захотите.

Н.С. КАЗАНЦЕВА,
врач ГЦМП.

ГОРОДСКАЯ БЕСПЛАТНАЯ ГАЗЕТА
НА ЗДОРОВЬЕ



Учредитель — городской Центр медицинской профилактики.
Газета зарегистрирована Уралским 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 № 777 Тираж 20000 экз.
Электронную версию газеты читайте на медицинском портале www.med74.ru