

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№3 (99)МАРТ 2011



ОТ РЕДАКТОРА



Мы приглашаем вас, уважаемые читатели, в этом году к разговору еще на одну непростую тему - многодетная семья. Необходимость, актуальность такой рубрики в журнале мне подсказали несколько многодетных родителей, которые присутствовали на первом отчете Общественной палаты г. Барнаула в феврале т.г.

Наш разговор, который продолжился уже после заседания (в нем приняли участие лидер общественной организации «Много деток - хорошо» Л.С. Безматерных, мама шестерых детей, медицинская сестра Ольга Павлова, другие представители многодетных семей), только убедил меня в том, что он нужен и на страницах журнала. Вели они себя довольно сплоченно, активно и конструктивно. Четко обозначили спектр проблем, с которыми сталкиваются многодетные семьи и которые, по их мнению, требуют решения.

Многодетная семья – особенная семья. В таких семьях, по-моему, более значимо проявляются роль и мамы, и папы в их главной миссии – воспитателей. И дети в таких семьях гораздо раньше, чем в семьях с двумя детьми (а тем более - с одним ребенком!), опекая и помогая воспитывать младших, совершенно по-иному взрослеют, более социально чуткие... А среди обсуждаемых - были и такие вопросы:

Говоря о демографических проблемах, заинтересованы ли реально государство, общество, чтобы многодетных семей было больше?!

Какие формы государственной поддержки получают эти семьи? И достаточно ли они информированы о своих правах, а также об обязанностях?

Как самоорганизуются такие семьи для того, чтобы объединить свои усилия в защите своих прав, продвижении своих требований? Какие дополнительные меры социальной поддержки имеют многодетные семьи в нашем крае?

Каково отношение к родителям, имеющим много деток, в трудовых коллективах, со стороны работодателей?

Согласитесь, тема - далеко не простая, и однозначных путей решения всех проблем, думаю, тоже нет.

Не первый год в крае многодетных родителей торжественно отмечают на краевых форумах, посвященных чествованию семей - в День матери, подводя итоги краевой Эстафеты родительского подвига, в День отца, 8 июля - в День семьи, любви и верности.

Многодетная семья, особенно если она благополучная (а это, к сожалению, - не правило), сначала у окружающих вызывает даже что-то наподобие умиления. «Как вы справляетесь!? Вы такие молодцы!!». Но попробуйте себе просто представить, что утром нужно одеть, накормить, а потом занять чем-то полезным не одного, а 4-х, 6-х, а то и больше, детей! А еще – стирка, уроки, прогулка на улице, обед и ужин... Просто поход к педиатру!

Дискуссии на тему поддержки многодетных семей периодически затеваются на всех уровнях. Кто-то предлагает многодетным мамам просто выплачивать зарплату за материнство. Другие, возражая им, говорят о том, что и так желание получить «материнский капитал» подстегнуло рост рождаемости в социально неблагополучных семьях, где дети не получают не только любви и воспитания, а даже элементарного питания.

Многие ратуют за то, чтобы многодетные семьи регистрировали детские сады на дому, получая государственную финансовую поддержку – и это как бы упростило проблему содержания такой семьи, занятости родителей. Их оппоненты настаивают, что в этом случае родители должны пройти специальную подготовку для того, чтобы иметь возможность заниматься всесторонним развитием своих детей. Есть и такие, кто считает, что иметь много детей – это выбор родителей, а не проблема государства и общества.

С самого начала наш журнал на своих страницах проводит различные школы. Школа материнства, школа приемных родителей, школа ответственных родителей - все они, так или иначе, касались вопросов здоровья семьи в самом широком его толковании.

И потому мы, анонсируя в журнале новую рубрику «Школа многодетной семьи», именно «семьи», а не «родителей» намерены вместе со специалистами обсудить те или иные поднимаемые проблемы, дать консультации, привлечь внимание к тем вопросам, которые не нашли разрешения или игнорируются.

Свои вопросы, предложения можно направлять в редакцию журнала. Надеемся на заинтересованный диалог.



Содержание



12
Когда набирать «03»?



17
Что такое тиреотоксикоз и гипотиреоз?



26
Выбираем профессию - выбираем болезни



38
В преддверии весны

На обложке: Юлия Владимировна МИЛЛЕР, заведующая педиатрическим отделением для недоношенных детей, КГУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»

Фото: Евгения Налимова

Ю.В. Миллер: «Начинать профилактику материнства надо с младенчества»	2-5
Жизнь без табака и алкоголя	6
Мир и медицина	7
Е.Б. Мирская, Е.Г. Борячек. Преодоление трудностей социализации аутичного ребенка и его семьи	8-10
Мир и медицина	11
Когда набирать «03»?	12-13
Здоровье из воздуха	14
А.В. Маркин. Насколько важен здоровый сон?	15-16
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА Н.В. Леонова, И.А. Вейцман. Что такое тиреотоксикоз и гипотиреоз	17-19
Мир и медицина	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. С.Н. Фатеева. Медицинские сестры на торжественном приеме у Губернатора края	21
Д.Ф.Финк. Что делать при подозрении на профзаболевание?	22
Н.В. Пушкарева. Лечение в библиотеке	23-24
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора» Готов к труду и медосмотру!	25
Выбираем профессию - выбираем болезни	26-27
Ожирение - эпидемия XXI века	28-29
Доверить душу	29
Мир и медицина	30
Я поведу тебя в музей	31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	32-33
Сколько нужно спать ребенку?	34
(Не)детский выбор	34
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ Пять порций здоровья	35
Страх побуждает нас действовать	36-37
В преддверии весны	38-39
С.С. Даренских. Семейное насилие: замкнутый круг или возможность изменить себя?	40
Мир и медицина	41
Тест: Что говорят вам мимика и жесты?	42-43
Врач в социальных сетях	44



Начинать профилактику материнства надо с младенчества

О детском здоровье мы беседуем с заведующей педиатрическим отделением для недоношенных детей Алтайской краевой клинической детской больницы Юлией Владимировной МИЛЛЕР.

- Юлия Владимировна, проблема недоношенных детей настолько актуальна, что действует специальное отделение в краевой больнице. Почему же все-таки рождаются недоношенные дети? Может, потому, что мамы слишком юные?

- Не имеет значения - молодые мамы или возрастные, все зависит от отношения к беременности. У нас бывают и четырнадцатилетние мамочки, и шестнадцатилетние, которые очень хорошо ухаживают за своими малышами и имеют развитый материнский инстинкт. А бывают и довольно взрослые женщины, которые относятся к детям своим довольно равнодушно. Поэтому я думаю, что это связано не столько с возрастом, **сколько с установкой на материнство**, с желанием дать своему ребенку все самое хорошее. Такое впечатление у меня сложилось за время моей 13-летней здесь работы (из них три года заведую отделением).

- По вашим наблюдениям, как меняется динамика отношения матерей к своим детям?

- Наше отделение, где выхаживают недоношенных детей, - очень сложное. Понятно, что женщина сталкивается с определенной проблемой, рожая недоношенного ребенка. Это большая психическая травма для нее, потому что ожидала доносить до девяти месяцев, мечтала родить здорового малыша и надеялась, что все у него в дальнейшем будет хорошо. Но не у всех эти ожидания оправдываются. Что-то случается. Или стрессовая ситуация с мамой, или какое-то осложнение по беременности, в результате которого ухудшается состояние здоровья мамы и возникает угроза жизни ребен-

ка или даже самой матери. Причин много, они разные, но итог таков, что младенец рождается недоношенным. Задача врачей - не только выводить новорожденного, но и **научить мать ухаживать за ним**, правильно кормить и, что называется, довести его до ума. То, что мы делаем здесь, в больнице, для такого ребенка и его мамы, **после выписки целиком станет заботой этой женщины до совершеннолетия ее сына или дочки. Донести до них понимание этой ответственности мы и считаем своим долгом.**

Сложность возникающей перед женщинами задачи во многом осложняется еще и тем, что многие из них живут в селе. А это определенный контингент, имеющий, как правило, средний уровень образованности. И нам порой нелегко достигнуть с ними взаимопонимания в этих вопросах. Они с трудом воспринимают новые методы выхаживания, вскармливания, новые препараты, которые мы им рекомендуем. Они более консервативно относятся к современным новациям в технологии выхаживания детей, и **поэтому полной уверенности в том, что все наши советы и наставления ими будут полностью выполнены, у нас все-таки нет.** К сожалению, сам уклад их жизни так же создает определенные трудности: домашнее хозяйство у них обычно менее благоустроено, чем в городе.

Но когда такие мамы попадают в наше отделение повторно (бывает, что они приходят к нам и со вторым, а то и с третьим ребенком), с ними намного проще объясняться. Они более адекватно воспринимают все наши правила. Например - запрет на курение.



- В какой степени действительно никотин, да и вообще табачный дым влияет на здоровье самой матери, на развитие ее ребенка и является ли одной из причин преждевременных родов?

- *Абсолютно точно доказано всеми исследователями, что никотин не только влияет негативно на общее состояние беременной женщины, но и приводит к нарушениям в плаценте, вызывает недостаток питания плода, кислородное голодание и множество других патологических изменений в формирующемся организме.* У курящих женщин чаще рождаются недоношенные дети, а поскольку многие из них продолжают курить не только во время беременности, но и в период кормления грудью, то никотин переходит с молоком матери в организм ребенка. Точно так же, как **нарушается кровообращение в плаценте, нарушается кровообращение и в головном мозге ребенка.** И мы об этом мамам говорим. Но какие бы лекарства мы ни применяли для улучшения мозгового кровообращения у ребенка, **никотин перебивает все.**



Модернизация здравоохранения

Потому что мы вводим препарат однократно, а мать еще восемь раз в сутки «кормит» ребенка никотином. Так наши усилия, получается, сходят на нет. Поэтому последствия, конечно, неблагоприятные, потому что дети являются фактически пассивными курильщиками.

- И таким образом матери сами формируют у детей привычку к курению в будущем?

- Я думаю, да. У новорожденных детей есть такая функция - импринтинг, запоминание, и если ребенок постоянно видит свою мать с сигаретой во рту и считает это нормой поведения, он в будущем постарается эту норму реализовать.

- В какую примерно сумму обходится выхаживание недоношенного ребенка?

- В нашем отделении в среднем пребывание одного ребенка стоит от 80 до 120 тысяч рублей. Чем глубже недоношенность, тем, естественно, дороже.

Но есть еще родовосские семь дней, когда применяются очень интенсивная терапия и очень высокие технологии выхаживания. Они обходятся гораздо дороже, чем наша терапия, которая включает только моменты ухода, питания, помощи, а также применение витаминов, различных препаратов и т.д. И вот только это обходится в 120 тысяч рублей.

А дальнейшее лечение уже ляжет на плечи родителей. **Особенно чувствительно скажется на семейном бюджете питание ребенка, потому что если женщина курит, она чаще всего страдает гипогалактией, то есть молока не хватает.** Это значит, что надо переходить на искусственное вскармливание младенца. При изготовлении современных молочных смесей тоже применяются высокие технологии, максимально приближающие продукт по составу к грудному молоку (но, несмотря на это, все-таки не заменяющий его полностью). Эти продукты сегодня очень дороги. Так что по возвращении мамы с младенцем домой семью ожидают дополнительные финансовые затраты. Ребенку нужно железо для профилактики анемии, витамин D, препараты для устранения неврологических проблем и другие, необходимые для нормального развития малыша. Плюс питание - тоже разнообразное и полноценное. Пока мать с ребенком находятся здесь, все это они получают бесплатно.

- А если в семье нет денег? Ведь, как правило, сельские жители имеют более скромные доходы, чем горожане... И что же получается?

- Если ребенком совсем не заниматься, то можно «помочь» ему получить инвалидность. Мы при выписке даем обязательные рекомендации по уходу, питанию, лечению... Но мы не можем расписать все при выписке до достижения ребенком года, даем подробный план действий на ближайшие месяц, полтора, максимум - два. Нужно знать и понимать, что **недоношенные дети имеют период так называемого мнимого благополучия.** При выписке у них все выглядит хорошо: ручки-ножки на месте, розовый кожный покров, они активно сосут и активно прибавляют в весе и росте. И мамам кажется, что все в порядке. **На самом деле мнимое благополучие заканчивается, и когда наступает период активного психического развития, выясняется, что ребенок отстает.** И время уже упущено. Не обязательно только потому, что в ту пору, когда ему нужны были определенные вещества, витамины, препараты, он их не получил.

Недоношенным ребенком нужно заниматься постоянно. Ему необходимы не только медикаментозное сопровождение, но и коррекция психологического климата в семье, уход за малышом с использованием элементов массажа, гимнастики, с привлечением музыкотерапии и многими другими деталями, непосредственно или косвенно влияющими на правильное развитие малыша.

У нас в отделении есть логопед, который начинает заниматься с ребенком, еще когда он весит всего 1800-2000 граммов, обучает мать логопедическим упражнениям, чтобы малыш начал вов-



Психология тяги девушек к курению:

- ◆ кокетство;
- ◆ стремление к оригинальности;
- ◆ желание нравиться юношам;
- ◆ современная мода.

Курение более 20 сигарет в день в 1,6 раза повышает частоту расстройств менструального цикла

Курение у молодых женщин сопоставимо с удалением одного яичника!

Уровень плодovitости у курящих женщин - 72% от уровня некурящих.

Вероятность пониженной фертильности - больше в 5,5 раза.

Вероятность возникновения беременности в течение года - в 3,4 раза меньше.

Оплодотворение в первом цикле - 28% курящих и 38% некурящих.

Курение отца ребенка отодвигает момент зачатия более года в 1,98 раза.

*У курящих риск первичного бесплодия возрастает вдвое, вторичного - втрое!**





Естественная менопауза у курильщиц наступает на 1,3 года раньше.

Риск сердечно-сосудистой патологии у курящих при приеме оральных контрацептивов выше в 20 раз!

Курение увеличивает риск прерывания беременности на 25%.

11% спонтанных аборт - за счет влияния курения.

Курение увеличивает вероятность осложнений со стороны плода:

- ◆ в 20-50% риск перинатальной смерти;
- ◆ задержка роста плода;
- ◆ внутриутробная гипоксия.

Плацентарные осложнения во время беременности:

◆ преждевременная отслойка плаценты - выше в 1,4-2,4 раза;

◆ предлежание плаценты - в 1,5 -3,0 раза.

*У бросивших курить во время беременности этот риск уменьшается на 23% и 33% по сравнению с продолжающими курить.**

ремя говорить! Но все это дома ей придется выполнять самостоятельно, по три-четыре раза в день, чтобы до года ребенок догнал в развитии своих здоровых сверстников. **Все это требует родительских затрат, и не только материальных, но и физических, моральных, психических.** То есть в ребенка, родившегося преждевременно, надо очень много вложить, чтобы он вырос нормальным и здоровым человеком.

- Как изменяется со временем количество таких «проблемных» детей? Их становится больше, или число их остается на одном уровне?

- Относительное число в процентном отношении стабильное: около 5-6 процентов. Но с учетом того, что каждый год рождаемость в регионе увеличивается примерно на тысячу человек, соответственно, абсолютное число недоношенных детей тоже становится больше. Это, как ни покажется странным, является в немалой степени результатом качественного выхаживания таких новорожденных. Современная медицина достигла такого уровня своих возможностей, что позволяет сохранить жизнь и даже создать условия для полноценного развития таких младенцев, которые ранее были нежизнеспособны, - дети в 700, 600 и даже 500 граммов. В настоящее время они удачно выхаживаются в условиях роддома и потом поступают в такие отделения, как наше, для дальнейшей реабилитации.

- Но есть ли гарантия, что конедоношенные, маловесные дети в будущем станут полноценными личностями, смогут адекватно адаптироваться в социуме, вести нормальный образ жизни, смогут учиться, работать, рожать и воспитывать детей, словом, что все у них будет, как у всех?

- Трудно сказать однозначно. Но если и есть в этом какие-то этические проблемы, то защищают они интересы ребенка. А общество должно прилагать все усилия к тому, чтобы вырастить его полноценным человеком. Хотя это и непростая задача. Такие дети с раннего возраста имеют проблемы со здоровьем, например, неврологического характера, постоянно повторяющиеся бронхолегочными заболеваниями, другими патологиями.

Но порой даже такая сложная беременность - единственный шанс у женщины стать матерью. И никто не может лишить ее такого права.

- Но истоки женского здоровья, как я понимаю, следует искать в детстве?

- Безусловно. И *здоровьем девочек надо заниматься с нашего этапа - с новорожденности.* В отличие от мальчиков, у которых сперматогенез почти каждый месяц обновляется, и возможно, что даже в случае каких-то выявленных отклонений в состоянии их здоровья, после некоторой коррекции поведения, изменения режима питания и т.п., во взрослом состоянии все будет хорошо. У девочек, у женщин все иначе. Весь пул яйцеклеток закладывается внутриутробно, и девочка рождается с готовым «банком» этих яйцеклеток. Потом в процессе жизни они постепенно созревают и выходят. Так что все, заложенное матерью в эту девочку, всю ее дальнейшую жизнь с ней и будет. *Вот почему о здоровье будущего поколения надо говорить с младенческого возраста девочек. Какие задатки вложит мать генетически в дочку, как она будет заниматься ее здоровьем и дальнейшим физическим развитием, - от этого и будет зависеть здоровье ее внуков.*

- Удивительно! Я, человек, уже хорошо поживший на этом свете, слышу это от вас впервые. Что говорить о девочках, в четырнадцать лет ставших мамами? Разве они это знают? Как доносить до них эту информацию?

- Доносить надо. И начинать с матерей. Им нужно говорить о репродуктивном здоровье новорожденных девочек, тогда, может, и получим какие-то результаты.

О половом и сексуальном развитии, видимо, уже поздно говорить 14-летним подросткам, потому что многие из них к этому возрасту уже имеют опыт интимных отношений и даже опыт каких-то заболеваний, передающихся половым путем, и т.д. Может быть, стоит начинать этот разговор с момента школы - с 7-8 лет, постепенно доносить информацию о том, что они уже могут влиять на здоровье своих будущих детей. Да, они, может быть, и посмеются над этим, но постепенно у них все-таки что-то в качестве импринтинга отложится в сознании, и годам к четырнадцати они, прежде чем поддаться легкомысленному искушению - вступить в половую связь, все же задумаются: «А не рано ли? И что же будет с моими будущими детьми, если я сейчас нырну в эту мутную реку?». Я убеждена, что половое воспитание надо начинать с сегодняшних детей, чтобы мы могли получить здоровое «черезпоколение».



Модернизация здравоохранения

- Но кому доносить до ребят эти знания?

- На данный момент в крае образовалась очень хорошая структура, которая носит название «центры здоровья». Самый первый открылся при краевой поликлинике. Туда приглашаются взрослые люди, которые обследуются, проходят определенные тесты и выявляют уровень своего здоровья. Им даются рекомендации по питанию, по здоровому образу жизни и дальнейшему наблюдению.

Точно такие же центры здоровья организованы сейчас и для детей. В Барнауле они действуют при краевой детской поликлинике и городской детской поликлинике №2. Я думаю, что если родителей убедить в том, что детей нужно водить к врачам не для лечения, а для профилактики, чтобы вовремя предотвратить проблемы со здоровьем ребенка и чтобы знать, что он спокойно доживет до 18 лет, поступит в вуз, в благоприятном с физиологической точки зрения возрасте начнет семейную жизнь и так далее, - мы можем получить неплохой результат.

В центрах здоровья можно организовать различные образовательные школы здоровья, где в игровой форме рассказывать обо всем, что касается здоровья, где можно учить детей быть здоровыми. Думаю, что лучше медиков о здоровье никто не скажет. Но говорить об этом надо простым языком, понятным детям. Мне кажется, что центры здоровья дают нам выход из непростой просветительской ситуации, в которой мы оказались. Только там можно обучить детей правильному питанию (не чипсами с коллой, а кашей и супом, овощами и фруктами и т.п.). Объяснить, что такое здоровый образ жизни, научить их рациональным физическим нагрузкам, чтобы в их жизни были не виртуальные компьютерные футбол, хоккей, лыжи или бассейн, а все настоящее, с усталостью и приятной ломотой в мышцах.

Любой офтальмолог вам скажет, что детям до трех лет нельзя смотреть телевизор более 10-15 минут в день, потому что это негативно влияет на зрение. Но для многих родителей телевизор и компьютер - спасительные «воспитатели», хотя уже к 7-8 годам многие ребята сидят в школе за первыми партами, потому что с «галерки» ничего не видят. Конечно, можно сказать, что зрение - не столь важная



составляющая здоровья, но, согласитесь, неотъемлемая часть его, значительно влияющая на качество жизни человека. А у недоношенных детей, кстати, это очень серьезная проблема, потому что может развиваться ретинопатия, которая на младенческом этапе закладывает низкое зрение и вполне может закончиться слепотой.

Итак, на вопрос, что же делать, я отвечу, что нужно проводить профилактическую работу и начинать ее с самых маленьких.

- Но в разговоре о здоровье детей мы говорим об ответственности материнской, а роль отца в этом имеет какое-то значение?

- Отец должен поддерживать женщину во всем. Самое замечательное, когда беременность планируется супругами, когда они вдвоем принимают решение о ребенке и целенаправленно готовятся к этому, ведут здоровый образ жизни. Если решили бросить курить, то бросают оба. Они правильно питаются, вместе ходят на прогулку, посещают занятия по подготовке к родам, друг другу оказывают психологическую помощь. Только в такой атмосфере полного взаимопонимания и можно выносить ребенка до девяти месяцев. А если все же он родится недоношенным и мама окажется в психологическом кризисе, то супруг и станет для нее той опорой, которая поможет пережить этот стресс.

- Вопрос - где взять таких пап?

- Воспитывать!!! ☺

Ольга Николаева
Фото: Евгения Налимова

Прекращение курения в первые месяцы беременности снижает риск смерти и заболеваемости новорожденных до уровня некурящих!

Риск преждевременных родов у курящих женщин увеличен в 1,5-2 раза!

В случае курения мужа вероятность преждевременных родов возрастает!

Курение и грудное вскармливание:

◆ ухудшает качество молока;

◆ уменьшает количество грудного молока;

◆ увеличивает риск прекращения лактации до 6 месяцев - в 2 раза.*

* Из выступления О.В. РЕМНЕВОЙ, акушера-гинеколога высшей категории, к.м.н., доцента кафедры акушерства и гинекологии №1 АГМУ, на итоговой акции месячника «Брось сигарету! Начни с себя!»

1 декабря 2010 года





**Евгения Борисовна
МИРСКАЯ,**
педагог-психолог,



**Елена Георгиевна
БОРЯЧЕК,**
и.о. заместителя директора
- ГУ «Краевой
реабилитационный центр
для детей и подростков
с ограниченными
возможностями»,
г.Барнаул

Преодоление трудностей социализации аутичного ребенка и его семьи

(Продолжение. Начало - в №2(98))

Необходимо помнить о том, что особенности речи и интеллектуальные нарушения - не причина, а следствие аутистического развития. Таким образом, отдавая все силы школьному обучению аутичного ребенка, мы воздействуем на следствие, а не на причину. **Хорошо обученный, иногда даже не только закончивший массовую школу, но и получивший профессиональное образование, аутичный подросток часто в силу личностных особенностей, коррекции которых в свое время не было уделено должного внимания, не может найти свое место в жизни, оставаясь без работы и круга общения.**

Проблема крайнего своеобразия контактов с окружающим миром и людьми не позволяет аутичному ребенку использовать для своего развития коллективный общечеловеческий опыт. Его развитие базируется преимущественно на личном опыте. Таким образом, казалось бы логичным всемерно способствовать увеличению количества и качества личного опыта,

получаемого аутичным ребенком в процессе роста. Но на деле картина, как правило, прямо противоположна. Особенности поведения ребенка заставляют родителей максимально сокращать количество разнообразных форм взаимодействия аутичного ребенка с миром, создавая постоянную, не травмирующую ребенка, среду, еще более ограничивая и без того ограниченные возможности овладения окружающим.

Обычно ребенок изучает людей посредством множественных контактов с ними. Накопив определенное количество взаимодействий с разными людьми, ребенок может делать выводы об особенностях их поведения, корректировать свои отношения, исходя из полученного опыта. **Аутичный ребенок гораздо хуже понимает людей в силу того, что зафиксирован на частных проявлениях, не умеет обобщать и выделять главное.** Это связано с тем, что для аутичных детей большое количество малозначительных фактов является более значимым и имеет чрезмерную эмоциональную окраску. Ребенок, оказавшийся захваченным сверхценным переживанием, сам лишает себя «пространства», необходимого для осознания и обобщения, - они замещаются эмоциями. Для того чтобы научиться минимально разбираться в людях, ему нужно больше знакомых людей и больше контактов, чем обычному ребенку.

Биологически обусловленная дефицитарность адаптивных механизмов аутичного ребенка в значительной степени могла бы быть компенсирована поддержкой семьи. Но далеко не всегда такая поддержка есть, более того, нередко в качестве механизма, «запускающего» аффективное состояние у ребенка, выступает неправильное поведение матери, невозможность или нежелание почувствовать и понять потребности ребенка и перестроить свое поведение с учетом этих потребностей. Семья ожидает изменений от ре-



Мост в облака

бенка, не будучи в силах измениться сама, что в высшей степени нелогично. **Ребенка призывают принять внешний мир, не принимая его внутреннего (пусть даже и особого) мира.** Шаг навстречу, таким образом, должен делать самый слабый и незащищенный. Однако положительные изменения возможны только при встречном движении.

Ребенку измениться вслед за матерью проще, чем сделать это самостоятельно (особенно учитывая симбиотичность пары «мать - аутичный ребенок»). Причем, эти изменения должны касаться как способности матери понимать первичный язык и использовать его в общении с ребенком, так и изменения некоторых личностных черт, мешающих адекватной оценке ситуации жизни с таким ребенком.

Родители должны научиться понимать и реально оценивать возможности ребенка, сформировать адекватный уровень требований к нему. Если уровень ожиданий родителей превышает возможности ребенка, это вызовет у него утрату веры в свои возможности. **Заниженные требования, наоборот, снижают чувство ответственности за свои поступки, не дают сформироваться навыкам саморегуляции поведения.** Это утверждение одинаково верно для всех семей, а не только для семей с аутичными детьми. Разница лишь в том, что для аутичного ребенка ошибки семейного воспитания имеют гораздо более разрушительные последствия, так как он не может компенсироваться за счет разнообразного социального окружения.

Не менее важной для родителей является способность стимулировать желаемое поведение ребенка, а также развивать и сохранять у него необходимые умения и навыки, начиная с простейших и заканчивая трудовыми. **Для аутичного ребенка стереотипная форма существования является наиболее доступной, а на начальных этапах коррекционной работы чаще всего и единственно возможной.** Именно она часто помогает уберечь его от аффективного срыва, запустить с большей вероятностью его активность в адекватных контактах с окружающим, закрепить полученные достижения. Говоря о специальном аффективном режиме, мы имеем в виду не только физическое поддержание сложивше-



гося стереотипа (режима) каждого дня, но и **регулярное проговаривание его, комментирование всех его деталей, объяснение ребенку эмоционального смысла каждой из них и их связи.**

По сути дела такой режим обычно создает младенцу на первом году жизни мать, а чаще - бабушка, которая проговаривает, переживает вслух все события дня, планирует основные моменты жизни семьи, подытоживает, «как прожили сегодня». Вспомним, какая характерная интонация - размеренная, распевная, ласковая бывает при этих приговорах; как ребенок естественно становится постоянным соучастником всего того, что происходит в доме: *«Проснулся, мой золотой, ну давай одеваться, маечка, штанишки, теперь носочки: правый, теперь левый... Сейчас пойдем кашку варить, потом кушать будем... А что у нас за окошком? Ах, этот дождик, но ничего, пройдет, и мы гулять пойдем... Кто это нам звонит? Наверное, папа с работы... Сейчас, сейчас подойдем...»* и т.д. Это получается естественно, само собой, если ребенок с восторгом смотрит на говорящего взрослого, лепечет в ответ на его речь, эмоционально реагирует, следит за тем, что он делает. Если же выраженной реакции нет, малыш кажется безучастным к тому, что говорит и что показывает мама, ее развернутые и эмоциональные комментарии тоже начинают затухать, сворачиваться. Характерно, что часто даже очень внимательные и эмоциональные матери аутичных детей взаимодействуют с ними молча. Между тем **именно в случае аутизма подобные комментарии особенно необходимы.**

Если при благополучном эмоциональном развитии малыш радуется уже самому факту, что мама с ним гово-

Семья аутичного ребенка может эффективно помочь ему преодолеть свои проблемы, справиться со своими трудностями только ценой собственных изменений. Во всех остальных случаях требование к аутичному ребенку: «Изменись» - неправомерно, так как в системе «мать - ребенок» нагрузка перекладывается лишь на одного ее члена. К ребенку, таким образом, предъявляются повышенные требования, а ко взрослому - не предъявляются вовсе (кроме привычных заботы и ухода).



Мост в облака

рит, он буквально впитывает ее интонацию, ловит моменты акцентирования ее внимания, в общем, с готовностью «идет» за ней, то здесь часто матери приходится следовать за ребенком, в первую очередь отмечая важные для него моменты («достанем печеньице из буфета», «откроем кран, и водичка польется быстро-быстро» и т.п.) и соединяя их с постепенно нарастающими деталями эмоционального переживания происходящего, значимыми для нее самой.

Благодаря поддержке эмоционального режима становится возможной разметка времени. Регулярность чередования событий дня, их предсказуемость, совместное переживание с ребенком прошедшего и планирование предстоящего создают в совокупности временную сетку, благодаря которой каждое сильное для ребенка впечатление не оказывается заполняющим собой все его жизненное пространство и время, но находит в ней какую-то ограниченную область. Тогда легче можно переключиться с сиюминутного, пережить то, что было в прошлом, дождаться того, что будет в будущем.

Во избежание аффективных реакций аутичного ребенка следует размечать не только время, но и его жизненное пространство. Такая разметка происходит также благодаря постоянному эмоциональному комментарию взрослого. Еда, одевание, игра, прогулки, уход на работу кого-то из членов семьи, сидение на горшке и другие ежедневные действия должны происходить на отведенном для этого месте и нести для ребенка смысловую нагрузку. Так взрослым будет легче решить ряд бытовых проблем, а ребенку - принять необходимость выполнения некоторых действий.

Постоянство места и времени часто соблюдается аутичными детьми очень жестко и неукоснительно. Задача взрослого в этой ситуации не допустить их механического перебора, помочь ребенку эмоционально осмыслить их необходимость. Даже в случае, когда в уже сложившийся стереотип ребенка включены, казалось бы, бес-



смысленные ритуальные действия, их также надо пытаться включать в общий смысловой контекст. В таком случае ребенок совершает их менее напряженно и ожесточенно. Например, если он должен обязательно, войдя в комнату, несколько раз щелкнуть выключателем, это можно прокомментировать следующим образом: «Проверим, горит ли свет, - все в порядке, нам будет светло», или если он сосредоточен на том, чтобы была прикрыта дверь: «Закрой, закрой, чтобы не дуло, вот так, теперь тепло будет», если раскладывает в определенном порядке фломастеры на столе: «Так, все у нас на месте, какой ты аккуратный мальчик». И это будет на том уровне взаимодействия с окружающим, на котором находится такой ребенок, не большая фиксация его навязчивостей или влечений, а, наоборот, их смягчение через эмоциональное осмысливание взрослым как подходящих к данной ситуации. Нежелательное же закрепление происходит при попытках запретить их или торопливо свернуть.

Проговаривание подробностей прожитого дня, их закономерное чередование дает возможность более успешной регуляции поведения аутичного ребенка, чем попытки его внезапной организации, когда у матери, например, появились время и силы. «Плановые», ежедневно повторяющиеся прогулки или купание не вызовут у малыша тревоги, даже если процесс одевания-раздевания не особо приятен для него, тогда как «свалив-

шийся на голову» поход за мороженым может вызвать больше страха, нежели удовольствия. Многократное ежедневное повторение обязательных событий дня, их предсказуемость определенным образом настраивают малыша на то, что ему предстоит, на последовательность занятий, облегчают в значительной степени возможности его переключения и снижают возможную тревогу. А как мы знаем, страх неизвестного, застреваемость на отдельных впечатлениях и крайне быстрая пресыщаемость в произвольной активности аутичного ребенка являются одними из наиболее серьезных препятствий в организации его взаимодействия с окружением.

Организация аффективного режима взаимодействия с аутичным ребенком - гораздо более эффективный способ воспитания аутичного ребенка. Он заключается не в создании «правильных» форм поведения, а в настойчивом и последовательном блокировании или игнорировании неэффективных. Тогда ребенок будет вынужден искать другие формы, часть из которых наверняка будет более конструктивной, - ее и следует аффективно поддерживать. Что характерно, это будет форма, самостоятельно найденная ребенком, а не навязанная ему извне. Он должен сам научиться искать и находить те формы поведения, которые не вызывают негативной обратной реакции, так как в реальном мире не всегда рядом с ним будет советчик, который будет говорить ему: «Делай так». Очень важно при этом сохранять эмоциональный нейтралитет, должна доминировать стратегия «объяснять», а не стратегия «ругать», так как яркая негативная реакция взрослого на поведение ребенка может дать малышу желаемый аффект и, тем самым, невольно закрепить нежелательное поведение.

Подводя итоги, можно сказать, что, несмотря на все трудности и препятствия, которые неминуемо встретятся на пути аутичного ребенка и его семьи в жизни, «дорогу осилит идущий». ☺





Насколько важен здоровый сон?

Сон - это чудо матери-природы, вкуснейшее из блюд в земном пиру.
У.Шекспир

К сожалению, не многие задумываются о том, что человек проводит во сне почти третью часть своей жизни. И от того, как он проведет это время, во многом будет зависеть его здоровье, качество жизни и, собственно, ее продолжительность.

Не так давно, чуть более 20 лет назад, диагностика нарушений сна заключалась в вопросе: «*Как спите, пациент?*» - «*Плохо, доктор*» - «*Ну что же, получите рецепт...*». Появление специальных методов диагностики нарушений этого сокровенного периода в жизни человека позволило понять, что не все так просто.

Если человек плохо засыпает или часто просыпается, - значит, ему что-то мешает. **Выявление причин нарушений сна - это главная задача врача-сомнолога** (специалист, подготовленный по вопросам диагностики и лечения нарушений сна). Именно знание точного диагноза позволяет с точностью определить с методом дальнейшего лечения: кому - таблетки, кому - спрей или бандаж на поясницу, а кому - специальный дыхательный аппарат. **Современные методы исследова-**

ния позволяют выявлять более 80 нарушений сна, создана международная классификация расстройств сна, разработаны и внедрены эффективные методы лечения большинства из них.

Известно, что пятая часть людей в мире страдает бессонницей (инсомнией). Хроническая бессонница может резко ухудшить качество жизни человека. Но бессонница - это не смертельно. «*Еще никто не умер от недосыпания, а от передозировки снотворных лекарств люди умирают тысячами*» (М.Стратен). К сожалению, в этой ситуации чаще всего прибегают к самолечению: прием снотворных препаратов вне зависимости от причин заболевания.

Использование снотворных можно сравнить с получением кредита в банке. Вы можете «одолжить» сон на время с помощью таблеток. Од-

Алексей Вячеславович МАРКИН,
кандидат
медицинских наук,
руководитель краевого
сомнологического центра

Сон - это жизненно необходимое, периодически наступающее функциональное состояние организма, которое имеет отличные от бодрствования особенности деятельности нервной системы и других органов, что характеризуется торможением активного взаимодействия организма с окружающей средой и неполным прекращением сознаваемой психической деятельности.



нако в конечном итоге вам придется «отдавать долг» - ценой еще большей бессонницы. Никакие другие средства не спасут вас от этой расплаты. **Начиная применять снотворные, помните, что у вас может возникнуть лекарственная зависимость.** Именно поэтому многие специалисты по сну считают сон недопустимым пытаться улучшить сон с помощью длительного приема снотворных таблеток.

Существует около 30 причин бессонницы. Чаще всего бессонница вторична, причиной ее развития служит другое заболевание. Бессонница, причиной которой стала депрессия, характеризуется ранним пробуждением (в 3-4 часа утра) и невозможностью дальнейшего засыпания. Мешают хорошему сну многие соматические заболевания и их симптомы, например, кашель, головная боль, боли в суставах, изжога и др. Таким образом, **избавившись от болезни, можно нормализовать сон.**

Но в любом случае начинать нужно с соблюдения правил гигиены сна. Вот некоторые из них.

Исключить перед сном:

- напряженный физический и умственный труд;
- плотный ужин, особенно острые блюда, крепкий чай, кофе;
- занятия спортом;
- выяснение отношений и неприятные разговоры в спальне;
- танцы, поздний просмотр остросюжетных фильмов и т.д., которые не способствуют хорошему засыпанию.

Целесообразно:

- ложиться спать примерно в одно и то же время;
- проснувшись, не лежать долго в постели;
- если у вас есть проблемы с ночным сном, не спите днем. Если же все в порядке, то дневной сон не повредит: он снимает возбуждение, подготавливает нервную систему к привычному вечернему засыпанию;
- не разрешайте себе поспать подольше, если долго не удавалось заснуть. Организм может привыкнуть к такому режиму. Недосыпание ликвидируется следующей ночью.

Тест: Хроническая бессонница



Нарушение сна должно отмечаться постоянно более 1 месяца или периодически более 3 месяцев. При наличии трех или более из указанных ниже признаков высока вероятность бессонницы, которая требует

врачебного вмешательства.

- ◆ Требуется более 30 минут, чтобы заснуть.
- ◆ Всю ночь в голову «лезут мысли».
- ◆ Отмечается страх перед невозможностью заснуть.
- ◆ Отмечаются частые пробуждения в течение ночи.
- ◆ Отмечаются ранние пробуждения и невозможность повторного засыпания.
- ◆ Отмечаются сниженный фон настроения и депрессия.
- ◆ Отмечаются немотивированная тревога, страх.

При неэффективности указанных мероприятий целесообразно посоветоваться с лечащим врачом о возможности встретиться со специалистом-сомнологом Диагностического центра Алтайского края. В Центре вам будет назначена проверка сна, при отсутствии органических причин бессонницы (синдром апноэ во сне, синдром беспокойных ног) - назначены легкие снотворные препараты короткого действия, без риска привыкания и осложнений. В сложных случаях будет рекомендовано полисомнографическое исследование, которое поможет определиться с характером и причиной бессонницы. ☺

Существует около 30 причин бессонницы. Чаще всего бессонница вторична, причиной ее развития служит другое заболевание.

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:
(3852) 36-47-16 - справочная,
26-17-60, 26-17-76 - регистратура.
Адрес: г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а





Что такое тиреотоксикоз и гипотиреоз

Как уже было отмечено в предыдущей статье, щитовидная железа имеет как структуру, так и функцию. И на возникновение, течение беременности, а также интеллект плода влияет именно функция (то есть концентрация гормонов) щитовидной железы. В этой статье пойдет речь о двух противоположных состояниях: повышенной функции щитовидной железы (гиперфункции) - тиреотоксикозе и пониженной функции щитовидной железы (гипофункции) - гипотиреозе.

Тиреотоксикоз и его симптомы

Когда речь идет о повышении функции щитовидной железы с повышенной выработкой гормонов Т4 свободного, Т3 свободного и снижением ТТГ, то это состояние называется гипертиреозом.

Подобное временное состояние может встречаться в норме в первом триместре (первые три месяца) беременности и не сопровождается выраженными клиническими проявлениями.

Основным фактором, воздействующим преимущественно в первом триместре беременности и приводящим к временной стимуляции щитовидной железы, является **хорионический гонадотропин (ХГ)**. Его продукция начинается вскоре после зачатия развивающимися плодными оболочками (именно наличие ХГ в крови и моче, выявляемое с помощью тест-полосок, говорит о наступившей беременности).

Структура ХГ очень похожа на структуру тиреотропного гормона (ТТГ), основной функцией которого является стимуляция секреции щитовидной железы. Поэтому если уровень ХГ в крови оказывается очень высоким (например, при многоплодной беременности, ЭКО и др.), то **ХГ может, подобно ТТГ, стимулировать функцию щитовидной железы**. Примерно у 18% беременных в первом триместре эта стимуляция оказывается такой сильной, что у них даже увеличивается уровень Т4 в крови, а поскольку увеличивается Т4, то снижается уровень ТТГ. Но на протяжении второго и третьего триместров уровни Т4 и ТТГ возвращаются к норме.

Принципиально нужно отметить, что **умеренное повышение уровня Т4 и понижение ТТГ в первом триместре бе-**

режности относятся к физиологическому явлению и его не следует путать с тиреотоксикозом. Очень редко, в 1-2% случаев, в связи с этой стимуляцией возникают некоторые проблемы: то есть при значительном повышении уровня тироксина в первом триместре могут появиться некоторые симптомы тиреотоксикоза - усталость, сердцебиение, чувство жара, часто сочетающиеся с выраженной тошнотой и рвотой. Как видите, все эти симптомы характерны и для обычной беременности, и никакого внимания на себя, как правило, не обращают и проходят самостоятельно. Такое состояние получило название **«транзиторный (временный) тиреотоксикоз беременных»**.

С другой стороны, **повышение функции щитовидной железы может быть связано и с более серьезным заболеванием - диффузным токсическим зобом**, и повышенная концентрация гормонов в данном случае уже оказывает токсическое действие на сердце, кишечник, нервную систему и, конечно же, плод. Отсюда и возникло название - **«тиреотоксикоз»**.

Безусловно, **диффузный токсический зоб (ДТЗ)** - особенно при беременности - требует немедленного медикаментозного вмешательства, чтобы быстро нормализовать уровень гормонов щитовидной железы. К счастью, ДТЗ при беременности встречается относительно нечасто: в 1-2 случаях на 1000 беременностей.

Безусловно, перед врачом-эндокринологом всегда стоит дилемма, когда в первом триместре он видит у женщины снижение ТТГ и повышение Т4 свободного: что это - банальный транзиторный (временный) тиреотоксикоз беременных, не требующий вмешательства, или ДТЗ, требующий быстрых действий?



Нина Васильевна ЛЕОНОВА,

главный внештатный эндокринолог Алтайского края, заведующая эндокринологическим отделением ГУЗ «Краевая клиническая больница», врач высшей категории, кандидат медицинских наук, Заслуженный врач России



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,

кандидат медицинских наук, врач-эндокринолог высшей категории, ГУЗ «Краевая клиническая больница»



◀ Как распознать эти два состояния?

Тиреотоксикоз беременных	Диффузный токсический зоб
нет предшествующих заболеваний щитовидной железы	предшествующие аутоиммунные заболевания
встречается на ранних сроках беременности	резкое ухудшение течения заболевания в ранние сроки беременности
не повышены титры антител к щитовидной железе	высокие титры тиреоидных антител: к микросомальной фракции, тиреоглобулину и, что наиболее важно, к рецептору ТТГ
неизменная структура щитовидной железы при УЗИ	сниженная эхогенность ткани железы при УЗИ
симптомы как при обычной беременности или при раннем токсикозе: сердцебиение, тошнота, рвота, чувство жара	имеются выраженные симптомы тиреотоксикоза, в том числе похудание или неадекватная для срока беременности прибавка веса
небольшое повышение уровня Т4 и понижение ТТГ в сочетании со значительным повышением уровня ХГ в крови (>100.000 Ед/л)	выраженное снижение уровня ТТГ, повышение Т4 при обычном для срока беременности уровне ХГ
с повышенной частотой встречается при многоплодной беременности	—



Тактика лечения этих заболеваний

При тиреотоксикозе беременных - это наблюдательная тактика без назначения лекарственных препаратов с регулярным контролем ТТГ и Т4 свободного.

При ДТЗ врачами эндокринологом и акушером-гинекологом (по показаниям - и консультация кардиолога), в первую очередь, решается вопрос возможности вынашивания беременности. Если нет тяжелого тиреотоксикоза, не выявлены пороки развития плода на момент принятия решения, и сама женщина желает вынашивать беременность, то беременная предупреждается о возможных последствиях (пороки развития у плода, нарушение функции щитовидной железы у плода, риск невынашивания, осложнения при родах) и ей назначаются препараты, блокирующие функцию щитовидной железы (пропицил или тиамазол). Но **доза тиреостатиков должна быть сведена к минимуму**, и при необходимости они должны быть быстро отменены, что нередко и происходит на 4-6 месяцах беременности.

Принципиально отметить, что прогноз как для матери, так и для плода зависит от качества компенсации тиреотоксикоза: быстрая нормализация концентрации гормонов и поддержание их в норме на протяжении всей беременности. **Для пациентки, у которой тиреотоксикоз выявлен на ранних стадиях и адекватно компенсировался, прогноз как для нее самой, так и для плода - хороший.**

Операция - субтотальная резекция щитовидной железы - во время беременности показана при отсутствии эффекта консервативного лечения, при необходимости использовать большие дозы тиреостатических препаратов для поддержания нормального уровня гормонов щитовидной железы, при подозрении на раковое перерождение ткани щитовидной железы, при очень большом зобе и аллергии на тиреостатические препараты. Наиболее целесообразно проведение операции в начале второго триместра беременности.

Обозначим основные моменты тактики ведения беременной с ДТЗ:

- ◆ взвешивание, исследование пульса, объема щитовидной железы, свободного Т4 (и свободного Т3) и ТТГ - ежемесячно;
- ◆ использование минимальных доз тиреостатиков, которые обеспечивают поддержание у пациентки уровня гормонов Т4 и Т3 на верхней границе нормальных значений или несколько выше нормы;
- ◆ пропилидоурацил (пропицил) в дозе не более 300мг пропицила или не более 20мг тиамазола (тирозолола). Причем, пропицил имеет предпочтение перед тиа-



Школа ответственного родительства

мазолом, но можно использовать и тот, и другой препараты;

- ◆ регулярные консультации с акушером, в особенности - на предмет роста и частоты сердечных сокращений плода;

- ◆ необходимости добиваться полной нормализации уровня ТТГ - нет. Рекомендуется поддержание уровня ТТГ между 0,1 и 0,4 мЕд/л;

- ◆ так как воздействие на щитовидную железу плода может оказать даже такая доза пропицила, как 100-200 мг/сут, то назначать пропицил в дозе более, чем в дозе 300 мг (тиамазол - более 20 мг) в сутки - не рекомендуется. Назначение препаратов йода при беременности не показано, лишь за исключением случаев, когда идет подготовка к оперативному лечению;

- ◆ дозу тиреостатиков во втором триместре, как правило, приходится снижать, а в третьем - нередко полностью отменять. После родов, как правило, эти препараты назначают снова или увеличивают их дозу.

После родов тиреотоксикоз при ДТЗ, как правило, утяжеляется, что требует увеличения доз тиреостатических препаратов. Поскольку все они проникают в грудное молоко, новорожденных рекомендуется перевести на искусственное вскармливание.

Что такое гипотиреоз

Это состояние, противоположное тиреотоксикозу. При гипотиреозе в силу разных причин снижается функция щитовидной железы, при этом повышается ТТГ и снижается Т4 свободный. Но может быть изолированное повышение ТТГ при норме Т4 свободного (субклинический гипотиреоз), или снижается Т4 свободный при норме ТТГ (гестационная гипотироксинемия). Любая из этих патологий при беременности требует скорого и немедленного назначения заместительной гормонотерапии.

Коварство гипотиреоза заключается в том, что во время беременности симптомы, характерные для гипотиреоза (слабость, сонливость, запоры), в норме, как мы уже обозначали выше, сопровождают обычную беременность. Конечно, тяжелые варианты гипотиреоза дают более яркую клиническую картину: отечность, сухость кожи, выпадение волос, снижение температуры тела, урежение частоты сердечных сокращений. Но природой предусмотрено, что при тяжелом гипотиреозе беременность, как правило, не наступает.

Потенциальный риск несет недиагностированный субклинический гипоти-

реоз, поэтому ряд ученых считает целесообразным скрининговое исследование на гипотиреоз у всех беременных, который базируется на определении уровня ТТГ и антитиреоидных антител на ранних сроках беременности.

Антитиреоидные антитела - это антитела к тиреопероксидазе (ТПО), микросомальной фракции (МФ), тиреоглобулину (ТГ). Это - не гормоны! Эти антитела, а точнее - их увеличенное количество, показывают наличие в организме агрессии к щитовидной железе. Таким образом, при длительном воздействии повышенных концентраций этих антител ваша щитовидная железа может снизить свою функцию (то есть она проигрывает).

Небольшое увеличение уровня указанных антител при нормальной функции щитовидной железы никакого значения не имеет. По поводу беременных, имеющих высокие титры циркулирующих антител к щитовидной железе, решение о дальнейшей тактике врач-эндокринолог принимает по результатам определения уровня ТТГ. Так, если он составляет менее 2,5 мЕд/л, то лечение не показано (но уровень ТТГ целесообразно перепроверить в конце второго триместра). Для женщин, имеющих высокие титры антител к щитовидной железе и уровень ТТГ, составляющий 2,5-4 мМЕ/л, эндокринолог рассматривает вопрос о назначении терапии тироксिनем.

Как только у беременной диагностирован гипотиреоз (явный или субклинический, или гипотироксинемия), необходимо сразу назначать препараты левотироксина (Л-тироксин, Эутирокс) в адекватной дозировке под контролем ТТГ и Т4 свободного. К препаратам левотироксина добавляются препараты йода (Йод-баланс, Йодомарин) в дозе 200 мкг в сутки.

Поэтому, дорогие женщины, если известны отклонения в ваших результатах гормонов щитовидной железы, а именно - повышение ТТГ, снижение Т4 свободного, - не откладывайте визит к эндокринологу, ведь от этого зависит здоровье вашего малыша! Некоторые будущие мамы заявляют, что «гормоны я пить не буду, потому как они могут повредить ребенку». В данном случае - это утверждение работает с точностью до наоборот. Прием адекватных доз левотироксина безопасен для плода! И если женщина до беременности уже принимала этот препарат, то при беременности доза, как правило, увеличивается на 50%, а после родов требует снижения до исходной под контролем ТТГ через 6-8 недель. При этом кормление грудью при адекватно подобранной дозе не противопоказано. ☺



Если женщина с гипотиреозом все-таки беременеет, то у нее появляется повышенный риск акушерских осложнений, включая внутриутробную смерть плода, артериальную гипертензию, отслойку плаценты и др. Тяжелый гипотиреоз у беременной приводит к развитию психоневрологических нарушений у плода в результате дефицита материнских тиреоидных гормонов, которые необходимы для развития плода на ранних сроках беременности, когда щитовидная железа плода еще не функционирует.



Медицинские сестры на торжественном приеме у Губернатора края

Представители Алтайской профессиональной ассоциации средних медицинских работников, в том числе и я, 4 марта 2011 года приняли участие в торжественном приеме Губернатора Алтайского края Александра Карлина, проходившем в краевой филармонии. Он был посвящен 20-летию Союза женщин России и Международному женскому дню 8 Марта.

Безусловно, я немного волновалась, ведь мне не приходилось прежде бывать на мероприятиях такого уровня.

Как только я вошла в здание Государственной филармонии Алтай, атмосферу праздника почувствовала сразу: на входе всех приветствовали и поздравляли с праздником. А статные молодые курсанты, с легким румянцем на щеках, дарили каждой представительнице прекрасного пола тюльпаны. В фойе играл оркестр, вальсировали балетные пары.

Торжественная часть началась с выступления А.Б. КАРЛИНА. В своей речи он отметил особую роль женщины в экономике, политике, общественной и повседневной жизни края. В своем выступлении Александр Богданович также заметил, что в крае женское составляет более 53%, и больше всего женщин трудится в области образования и здравоохранения.

Много от Губернатора прозвучало слов благодарности и поздравлений с наступающим праздником 8 Марта и 20-летием Союза женщин России. В его речи была отмечена огромная роль в общественной жизни краевого отделения Союза женщин России. А.Б. Карлин вручил награды и почетные грамоты администрации Алтайского края и Союза женщин России активисткам женского движения.

Мне, как акушерке, было особенно приятно, что отметили вклад в краевое здравоохранение главного акушера-гинеколога Алтайского края **Ирины Владимировны МОЛЧАНОВОЙ**. Также поздравил с праздником и вручил грамоты председатель Алтайского краевого Законодательного собрания Иван Иванович **ЛООР**.

С поздравлениями и ответным словом благодарности выступила **Надежда Степановна РЕМНЕВА**, председатель краевого отделения Союза женщин России, председатель Общественной женской палаты при Губернаторе Алтайского края, координатор женского движения в Сибирском федеральном округе.

Меня просто очаровали женщины, мои коллеги, находившиеся рядом со мной. Увлеченные своими идеями, делом, которому они служат, они буквально светятся изнутри добротой и соучастием. И так хочется, видя их, стать лучше, внести свой вклад в общее дело. Хочется поднять престиж медсестры, акушерки, фельдшера, лаборантов, а особенно нашей общественной организации - Профессиональной ассоциации медицинских сестер, благодаря авторитету которой я и попала на такой чудесный праздник вместе с коллегами и соратниками по Ассоциации: **Тамарой Григорьевной ПОГОЖИНОЙ**, старшей медицинской сестрой МУЗ «Городская больница №4» г. Барнаула; **Татьяной Николаевной ПРАХТ**, старшей медицинской сестрой хирургического отделения МУЗ «Павловская ЦРБ»; **Натальей Анатольевной ДЕНИСЕНКО**, медицинской сестрой лор-отделения ГУЗ «Краевая клиническая больница». ☺

Светлана Николаевна ФАТЕЕВА,
 акушерка
 обсервационного
 отделения, ключевой член
 КГУЗ «Перинатальный
 центр (клинический)
 Алтайского края»



Слева направо: О.Павлова, Т.Н.Практ, С.Н. Фатеева, Л.А. Плигина, И.В. Козлова, Т.Г.Погожина, Н.А. Денисенко



Что делать при подозрении на профзаболевание?



Дина Филипповна ФИНК,
старшая медицинская сестра, высшая квалификационная категория, краевой профпатологический центр, ГУЗ «Краевая клиническая больница», член ПАСМР с 2001 года

Неблагоприятные условия работы негативно влияют на здоровье человека, приводят к развитию профессиональных заболеваний.

Труд медиков, в частности, медицинских сестер, принадлежит к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности. Работники лечебных учреждений подвергаются воздействию многих разнообразных по своей природе (химических, физических, биологических) вредных, и нередко опасных для здоровья, факторов.

Так, среди физических **одно из ведущих мест занимает ионизирующее излучение (рентгеновское)**. Широкое распространение в медицине получили приборы и оборудование, генерирующие неионизирующее излучение (лазерное, электромагнитные поля), и ультразвук, используемые в физиотерапии, хирургии, офтальмологии, гинекологии, терапии, педиатрии и др.

Нередко медики контактируют с опасными химическими веществами. К этой категории относятся работники лабораторий, операционных, реанимационных отделений, родовых залов, стоматологических кабинетов, дезинфекторы и т.д.

Представителям многих медицинских специальностей **приходится иметь дело с кровью больных**, которая может стать источником заражения различными инфекциями. Особую опасность сегодня представляют вирусные гепатиты.

Следует отметить, что **любая инфекция (ВИЧ, туберкулез и др.) может быть профессиональной**, если при выполнении своих функциональных обязанностей имеет место контакт с ней.

При работе с аллергенами (лекарственные средства, латекс и т.д.) могут развиваться профессиональные аллергические заболевания, чаще - органов дыхания, кожи.

Нередко, особенно средний и младший, медперсонал связан **с токсическими и раздражающими веществами** (хлорсодержащие, окись этилена и т.д.), которые также могут привести к развитию профболезни.

При длительном контакте с антибиотиками нередко развивается кандидозное заболевание или кандидоз различной локализации (чаще в кишечнике).

Средний медицинский персонал часто имеет тесное непосредственное общение с больными, биологическим материалом (кровью, мокротой и т.д.), что является большим риском для развития профессиональных заболеваний.

При подозрении на связь патологии с профессией, согласно нормативным документам, нужно соблюдать соответствующий алгоритм.

Для этого необходимо обратиться к лечащему врачу, который направит в краевой профпатологический центр, ГУЗ «Краевая клиническая больница», имеющий право решать данный вопрос.

Существует **обязательный перечень документов при направлении больного в профцентр для экспертизы диагноза**. В него входят:

- ◆ санитарно-гигиеническая характеристика условий труда из территориального отдела ТУ Роспотребнадзора, составленная на запрос лечащего врача,

- ◆ копия трудовой книжки,
- ◆ выписка из амбулаторной карты,
- ◆ карта эпидемиологического обследования, которая заполняется эпидемиологом и определяет очаг заражения при инфекционном или паразитарном заболевании.

Вопросы профилактики профессиональных заболеваний очень важны, для этого необходимо своевременно проходить медицинские осмотры, соблюдать технику безопасности, правильно вести журнал аварийных ситуаций, использовать средства индивидуальной защиты и своевременно обращаться к врачу. ☺



Лечение в библиотеке

Давно известно, что разная литература способна вызывать различные состояния сознания. Существует литература как депрессивного характера, так и, наоборот, способная вывести из депрессии. Социологи, например, отмечают такой факт: против угнетенного состояния помогает чтение произведений Шекспира, Бунина, Бродского и других.

Не случайно творческие библиотекар-практики рассматривают библиотерапию как одну из форм работы с читателем, справедливо включая в это понятие весь комплекс библиотечных мероприятий, направленных на то, чтобы помочь людям увидеть прекрасное. Так, например, произведения Ф.М. Достоевского наполнены таинственностью и в некоторых людях пробуждают неведомые до этого внутренние чувства и переживания. Л.Н. Толстой некоторых утомляет, а некоторых - даже веселит; рассказы Бунина вызывают новые ощущения и искорки жизни. У Чехова, как и у Гоголя, есть веселые вещи, а есть и глубокие философские рассуждения. И это только русская классика, а сколько еще зарубежной литературы, не менее способной влиять на восприятие человека!

Русский целитель начала XX века В.Азаров писал: *«Известны случаи, что увлекающиеся и неутомимо читающие «уголовные романы» впоследствии становились преступниками»*. Сила слова и сила мысли - явления, по-разному объясняемые представителями различных наук. Медики, например, считают мрачные мысли одной из причин возникновения онкологических заболеваний; причина саморазрушения подростков (в том числе при помощи наркотиков и алкоголя) кроется и во влиянии различных сект, зомбирующих человека через воздействие религиозной литературы.

Сейчас прилавки книжных магазинов и уличных лотков буквально завалены всевозможной литературой абсолютно различного содержания. Почему люди читают и почему выбирают именно это? Почему вообще люди читают? Если не учитывать вынужденное (в учебных заведениях) и познавательное чтение, а рассматривать

только чтение для удовольствия, то **люди обычно читают такую литературу, которая отвечает их внутреннему состоянию**. Интеллектуализация общества определяется тем, что это общество читает; известно, что до 1964 года, по ежегодным докладом ЮНЕСКО, СССР занимал 1-2 места по интеллектуальности молодежи и качеству знаний, сейчас же - 49-52 места...

Деформация культуры порождает информационную деформацию, которая, в свою очередь, влечет за собой деформацию духовную на уровне отдельной личности. И наоборот: одна личность, имея возможность целенаправленного воздействия на отдельные группы людей, порождает определенные деформации при межличностном общении, волнами расходящиеся в обществе.

Возможно, большинство людей стремится и облегчить себе жизнь за счет упрощения удовлетворения своего информационного голода, и одновременно развлечься, что и порождает литературу подобного рода. Считаю, что «женские романы» и «уличные детективы» человеку ничего не дают, это как жвачка - иллюзия насыщения.

Вижу два варианта реализации моей идеи создания библиотечно-психологических центров: это - создание специализированного библиотечно-психологического центра в специально отведенном здании и месте или организация отдельной услуги в каждой (или центральных) библиотеке и центрах ЦБС. В идеале видится, что каждый библиотекарь обладает подобными терапевтическими навыками и выступает не только как практикующий библиограф, но и как практикующий психолог и педагог.

При организации библиотечно-психологических услуг в библиотеке нуж-



Наталья Васильевна ПУШКАРЕВА,

медицинская сестра офтальмологического отделения, ГУЗ «Краевая клиническая больница», член ПАСМР с 2004 года

Сейчас наметилась тенденция: люди пресытились издательским «беспределом» и все чаще обращаются в библиотеки. Поэтому именно библиотекарь, вооруженный знанием психологии чтения, способен осуществлять библиотерапию («лечение книгой») общества, определенных читательских групп, отдельной личности.



Советы медицинской сестры

но учитывать, что их **должны оказывать профессионалы по обеим специальностям** (здесь стоит заметить, что образовательные учреждения должны взяться за подготовку специалистов данного профиля), при этом «обычные» библиотекари, занимающиеся обслуживанием читателей, должны выявлять, визуально или в ходе общения, тех читателей, которым необходима подобная помощь.

Во время беседы специалист определяет характер проблемы человека, конфликтную ситуацию и возможные методы ее решения. В зависимости от проблемы человеку рекомендуется та или иная литература, способная помочь ему в разрешении сложившейся ситуации.

Техника оказания помощи может быть предельно разнообразной, вернее, ее должен выбирать сам библиотерапевт, ориентируясь на свой профессиональный опыт. При рекомендации можно сделать акцент на свои личные привязанности, на свой читательский опыт. **С клиентом необходимо общаться на равных**, нужно сделать так, чтобы он забыл о своей проблеме, то есть, чтобы у него не возникало ощущение того, что он - «пациент» и что его «лечат». Наоборот, беседа должна быть непринужденной и ненавязчивой, как разговор друзей, о книгах, писателях, в ненавязчиво-рекомендательной форме. Так, например, библиотерапевт должен «зацепиться» за читательские привязанности собеседника и работать «вокруг» них. При этом, естественно, он должен достойно владеть предметом разговора.

Но есть один нюанс. Воздействие на человека книгой используют и недобросовестно: представители различных сект, обществ, экстрасенсы и знахари, целители и маги... Они используют для библиотерапевтического чтения определенные книги, большей частью которые - это свои же сочинения, а также книги религиозного содержания, различные травники, литература о заговорах, гаданиях, устное творчество, передаваемое из поколения в поколение, и т.д. Вот тут-то и возникает эффект коллективного воздействия на сознание определенного человека, усиленного межличностным общением присутствующих. Многие отмечают благотворное воздействие на них библиотек, имеющих в своих фондах интересные источники, книги о древних традициях и т.д. Наряду с положительным эффектом передачи своим слушателям или пациентам многовековых народных традиций, утраченных ныне, пробуждения любопытства к чтению определенных книг присутствует эффект того же манипулирования сознанием.

Книга - это то же лекарство, с помощью которого можно лечить, но если не учитывать «дозировку» и определенные нормы, то можно очень навредить человеку и вместо помощи только ус-



губить его положение. Например, это может произойти, если человек будет читать литературу, к которой он еще эмоционально не подготовлен.

Продолжу тему реализации своей идеи создания центров библиотерапии. Считаю, что их необходимо организовать в тихом месте, для того чтобы человек мог уединиться, окунуться в тишину, вырваться из привычной суеты. Например, Центр может быть организован на базе какого-либо пансионата или санатория, расположенного в живописном уголке. В любом случае, где бы ни проводились занятия, это место должно обладать терапевтическими качествами, то есть способствовать уединению и релаксации, расслаблению и концентрации на красоте.

Курсы реабилитации должны заключать в себе: *коллективные беседы*, организованные так, чтобы посетители, имеющие определенную проблему, общались бы с теми людьми, у которых такие же проблемы; *индивидуальные беседы*, причем, в ходе разговора необходимо выявить личные читательские привязанности и наклонности человека, его любимый жанр литературы, определить любимых писателей. Кроме того, в Центре библиотерапии должна активно вестись методическая работа по подбору литературы для конкретных ситуаций, организовано что-то типа «рецептурного кабинета».

Подытоживая сказанное, отмечу, что библиотерапия, как разновидность психотерапии, с успехом может использоваться не только в библиотечных учреждениях, но и в различных реабилитационных центрах и клиниках. Через развитие читательской культуры библиотекари могут помочь каждому найти «лекарства для души» в так называемой «библиоаптеке». Например, творческие лаборатории по библиотерапии успешно функционируют в Твери и Екатеринбурге, и было бы весьма интересно связаться с ними для обмена знаниями и опытом.

Объявление

Члены Ассоциации могут ознакомиться с отчетом о работе Ассоциации за 2010 год в офисе Ассоциации.

КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН	
	Алтайской региональной
	Профессиональной ассоциации
	средних медицинских
	работников: (8-3852) 34-80-04
E-mail: pasmgr@mail.ru	
сайт: www.pasmgr.ru	

На правах рекламы



Семейное насилие: замкнутый круг или возможность изменить себя?

Светлана Сергеевна ДАРЕНСКИХ,

кандидат психологических наук, заместитель директора КГУСО «Краевой кризисный центр для женщин»

Домашнее насилие... И сразу всплывает картина: избитая женщина, тиран-мужчина. Возникает много вопросов: «Почему он ее бьет?», «За что?», «Как она с ним живет?», «А как же дети?» и прочие...

Когда насилие свершилось и чувства чуть остыли, женщина зачастую верит, что это в последний раз, такое больше не повторится. Она может, не опасаясь, выражать свой гнев и обиду за пережитое. Она верит, что ситуация изменится к лучшему еще и потому, что мужчина становится добрым, любящим, виноватым, обещает никогда не повторять насилие. Пострадавшей кажется, что вот сейчас она уже начала контролировать ситуацию. **Однако это ошибочное мнение**, поскольку, наоборот, обидчик держит все под контролем и прилагает все усилия, чтобы удержать свою жертву (через подарки, извинения, проявляя внимание). **Это то время, когда женщине труднее всего уйти**, и именно это время - самое благоприятное для обращения за помощью к психологу. Но, как правило, этого не происходит, так как оба верят, что насилие больше не повторится и ситуация себя исчерпала.

А дальше чувство обиды утихает, жизнь входит в привычную колею, и вот уже факт насилия «забыт», мужчина не дарит столько внимания и заботы, и женщина из обиженной и правой превращается в просто жену и мать. Проблемы на работе, неустроенность быта позволяют уже оправдать невнимание и грубость мужчины.

Наращение напряжения часто отрицается как виновником, так и

жертвой насилия. В итоге акт насилия повторяется, и почти всегда происходит без присутствия посторонних. Насилие может продолжаться от нескольких минут до нескольких часов. После этого обычно наступает некоторое «отрезвление» со стороны обидчика и отрицание им серьезности инцидента или же минимизация всего случившегося. В это время женщина может обратиться в милицию, травмпункт, чувствует себя незащищенной, одинокой, беспомощной, испытывает к себе отвращение за то, что «допустила» это, может принять вину на себя.

Женщина не верит, что ей помогут, даже если обращается в милицию. И действительно, идя за помощью, она, прежде всего, ищет эмоциональную поддержку, а часто находит только осуждение и обвинения.

И дальше ситуация развивается по кругу. Муж ищет прощения, жена прощает...

Но есть и другие ситуации, когда пострадавшей стороной является мужчина. Он часто вообще не говорит о насилии, совершаемом женщиной, а оно при этом по степени тяжести может не уступать насилию, совершаемому мужчиной. Часто эти ситуации вообще не воспринимаются серьезно: «Ну что может сделать женщина?», в то же время подразумевается, что мужчина может легко остановить насильственные отношения или ответить насилием на насилие и таким образом изменить ситуацию.

Важно помнить, что насилие в семье - это проблема, развивающаяся по циклу, часто становится предсказуемой моделью поведения ее членов и со временем принимает все более серьезные и жестокие формы, чаще совершается.

Вне зависимости от пола жертвы проблема семейного насилия требует решения и значительного мужества для изменения сложившейся ситуации. Психологическая помощь, поддержка позволяет разрешить проблему насилия в семье, изменить сложившиеся стереотипы поведения. ☺



С праздником весны, дорогие женщины Алтая!

Союзу Женщин
России



Фоторепортаж с торжественного приема женского актива края Губернатором Алтайского края А.Б. Карлиным, 4 марта 2011 г.