

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

# ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№1 (109) ЯНВАРЬ 2012



## ОТ РЕДАКТОРА



Задумывая наш журнал 10 лет тому назад, мы изначально планировали на его страницах поднимать проблемы демографии как основного вызова современной России.

И тогда, и сейчас мы прекрасно понимаем, что разговор на эту важную тему - не простой. Сама эта тема, к сожалению, пока еще мало волнует широкие слои населения, особенно в контексте нашего видения ее решения: повышение личной ответственности людей за свое индивидуальное здоровье.

Но реалии таковы, что поколение людей, выросших в Советском Союзе, к сожалению, неизбежно уходит. Вместе с их уходом общество незаметно для себя утрачивает обязательства на привычные социальные гарантии, например, на бесплатную медицинскую помощь (перед людьми, вынесшими на своих плечах войну, индустриализацию, отдавшими все и свое здоровье на благо страны, перенесшими лишения, досыта не евшими, не ведущими праздную жизнь, - непроизвольно возникали некие моральные и реальные обязательства!).

Сегодня пенсионерами становятся уже те, кто благодарил страну «за счастливое детство», кто имел возможность получить образование, менее тяжелую работу, а главное - реальную возможность сохранить свое здоровье. К сожалению, в отличие от европейских, наши «новые» старики не могут похвастаться хорошим здоровьем.

Разрушительно по отношению к себе ведут себя и последующие поколения россиян. В этом плане мы разительно отличаемся от других стран, где уровень заболеваний, зависящих от образа жизни, например, таких, как сердечно-сосудистые, неуклонно снижается. У нас же смертность от них на данный момент в 4 раза (!) выше, чем в Западной Европе.

Но если отношение к здоровью и государства, и общества, и граждан не изменится, - смертность будет только увеличиваться, а значит, и число россиян - неуклонно уменьшаться. Очевидно, что проблема людского ресурса для экономического потенциала страны, вообще для прогноза ее существования, становится более значимой, чем любого иного ресурса.

Государство, безусловно, озадачилось демографической проблемой - национальный проект «Здоровье», начатая модернизация системы здравоохранения скажутся на качестве оказания медицинской помощи.

Но по силам ли нам будут растущие затраты на обеспечение больных и инвалидов необходимыми медикаментами, лечение такого невероятного числа больных людей в будущем?! И что нужно делать еще, чтобы справиться с угрозой депопуляции?!

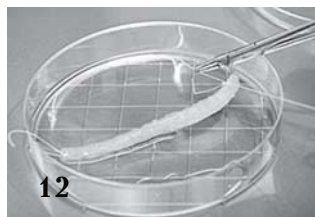
Мы убеждены, что Человек обладает высокой способностью к обучению и высоким уровнем социальной пластичности. Только мы, люди, способны к созданию таких контрмер нашему вымиранию, к которым относятся не только развитие медицины, но и освоение нового социального поведения - рационального и здорового.

Но чтобы некая идея (в нашем случае - обучение и следование навыкам здорового образа жизни) захватила общество, необходимы ретрансляторы - люди, которые передавали бы эту идею от одной группы к другой.

Именно в этом мы с нашими партнерами по проекту «Здоровая семья - это здорово!» - членами редакционного совета, Краевого научного общества кардиологов, Профессиональной сестринской ассоциации, авторами статей нашего журнала - видим свою общественную миссию.

Мы надеемся, что с помощью нашего журнала отдельные люди, семьи, профессиональные группы для начала осознают эту важную для всех нас проблему, задумаются, сделают выводы и обязательно сделают реальные шаги навстречу своему здоровью.

# Содержание



**Крупнейшие  
открытия  
в медицине  
за 2011 год**



**Если диагноз -  
ДЦП...**



**Избавляемся  
от простуды  
за три дня**



**Поговорим о  
сосках-пустышках**

На обложке: О.В. РЕМНЕВА, заместитель главного врача краевого перинатального центра, кандидат медицинских наук, акушер-гинеколог

Фото: Евгения Налимова

О.Н. Николаева. Материнство - основной природный инстинкт.  
Реалии состояния генофонда и возможности современной медицины 2-7

## ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Н.И. Фадеева, О.В. Ремнева, С.Д. Яворская.

Демографическая катастрофа.

Реалии диалога с психологом и юристом ..... 8-10

Жизнь без табака и алкоголя ..... 11

Крупнейшие открытия в медицине за 2011 год ..... 12-13

Если волосы выпадают... ..... 14

Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора»

О.П. Бархатова. Как выбрать качественные мясные продукты ..... 15-16

Интересные факты о человеке ..... 17

А.В. Смирнова. Если диагноз - ДЦП... ..... 18-19

Г.П. Малахова. Табакокурение - это проблема? ..... 20

## ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ.

Ж.Ю. Бутрина. «Доступность медицинской помощи не должна быть утрачена» ..... 21-22

Н.А. Касимовская. Внедрение накопительной системы обучения - не мечта, а реальность ..... 22

Т.Н. Ярушина. Психологическая поддержка пациентов с хронической почечной недостаточностью ..... 23-24

Мир и медицина ..... 25

Чайные секреты чистой кожи ..... 26

Избавляемся от простуды за три дня ..... 27-29

Медицина в России ..... 30

Я поведу тебя в музей ..... 31

ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА ..... 32-33

Семь зимних советов ..... 34

Если ваша мечта - плоский живот... ..... 35

Польза сухофруктов ..... 36-37

Н.С. Сычева. Поговорим о сосках-пустышках ..... 38-39

Такая боль! ..... 40-41

Тест: В чем ваша удача? ..... 42-43

«Мне не нравится его девушка» ..... 44



# Материнство - основной природный инстинкт. Реалии состояния генофонда и возможности современной медицины

**В программе модернизации здравоохранения родовспоможение является приоритетным направлением. С этого и начался наш разговор с заместителем главного врача краевого перинатального центра, кандидатом медицинских наук, акушером-гинекологом Ольгой Васильевной Ремневой.**



**- Как вы считаете: приоритетность обусловлена тем, что у нас в стране - очень сложная демографическая ситуация или качество генофонда нации вызывает тревогу?**

- Полагаю, внимание к этой теме вызвано несколькими факторами. Население нашего сибирского региона, к сожалению, уменьшается. Если двадцать лет назад в Алтайском крае было три миллиона жителей, то сейчас - уже два с половиной миллиона. В основном это происходит из-за отрицательного естественного прироста (то есть убыли) населения. Даже несмотря на то, что умирать стали чуть меньше, чем, скажем, лет пять назад, когда этот показатель был - 2,5, сейчас он около единицы (примерно 0,8-0,9). Это раз.

Второе. Медики озабочены соматическим здоровьем нашего населения, особенно женщин репродуктивного возраста. По России в целом эти показатели лучше, чем в Алтайском крае. Но модернизация для нашего края, считаю, наиболее актуальна потому, что соматическая заболеваемость на Алтае почти в полтора раза выше, чем в России. А репродуктивная - вообще в 2,2 раза больше, чем по Российской Федерации, что приводит, естественно, к большей заболеваемости новорожденных, которая у нас тоже превышает среднероссийский уровень. Как и заболеваемость рожениц и родильниц.

**- Почему у нас такая высокая соматическая заболеваемость?**

- Здесь тоже - многофакторная причина, начиная с особенностей климата. Затем: у нас - сельскохозяйственный регион и большое количество населения занято тяжелым физическим трудом, в том числе и женщины. Далее: отдаленность проживания от медицинских учреждений, низкая их мощность, большой радиус обслуживания (порой он достигает 100км). Если средний показатель сельского населения в целом по России составляет 26%, то у нас он - 46%! А это - половина жителей обширного региона. Поэтому мы и получаем запущенные формы заболеваемости. Свою негативную роль играет и низкий социальный уровень жителей, невысокие зарплаты. В итоге, суммируясь, все эти факторы и дают нам такую картину.

**- Вы же давно работаете в акушерстве...**

- Двадцать лет.

**- Как за эти годы изменилась ситуация?**

- Стало хуже. Может быть, прежде что-то и замалчивалось, но зато раньше активнее проявлялся и естественный отбор. Рожали те пациентки, которым это было дано природой. Тогда не было вспомогательных репродуктивных технологий, не было жестких разборов с медицинскими работниками по поводу каждого случая перинатальной смертности. Ведь это явление сравнительно новое. Сейчас за каждый такой случай - очень строгий отчет (не анализ причин, а именно отчет), а с этого года - даже

за маловесных, пятисотграммовых младенцев. Все это усиливает напряжение в работе акушеров-гинекологов, еще больше увеличивает ответственность, и без того немалую.

**- Это сказывается на качестве генофонда?**

- Конечно. И об этом говорят с высоких трибун наши ведущие специалисты. В июне прошлого года я была на Национальном конгрессе в Санкт-Петербурге, где директор НИИ им.Отта Северо-Западного отделения РАМН академик Э.К. Айламазян заявил, что наша страна не готова к выхаживанию детей весом от 500 граммов. Он предлагал увеличить срок расчета перинатальной смертности хотя бы с 24-25 недель (то есть плюс еще две-три недели). Мотивируя это тем, что даже по зарубежным данным дети, рожденные весом менее 1кг, в дальнейшем на 90 процентов - инвалиды. Но затем выступил главный неонатолог России и сказал, что состоявшийся накануне конгресса форум неонатологов и педиатров решил: надо давать жизнь всем, поскольку



ку и среди таких детей могут быть здоровые. Словом, гинекологи и неонатологи так и не пришли к единому мнению. С 1 января 2012 года приказ Минздрава об обязательном выхаживании недоношенных маловесных детей вступил в силу. Так мы начали считать перинатальную смертность по новым критериям - с 22 недель беременности.

**- Выхаживание маловесных детей сопряжено с большими финансовыми затратами?**

- Да, в сутки оно обходится в среднем в 80 тысяч рублей. А если посчитать последующие расходы, пока ребенок будет расти, сумма получается просто астрономическая.

Вопрос о психологическом состоянии ребенка в будущем, если он будет в состоянии осознавать свое положение, как и его родителей, вообще не обсуждается. И это гуманизм? Видимо, те, кто составляет такие программы, никогда не сталкивался с этой проблемой вживую. Даже от рассказов женщин, воспитывающих таких детей, становится не по себе. На радость, которую должен доставлять ребенок матери, у нее уже не остается сил. Только безысходность. Но все равно считается, что если природа дает шанс, надо помогать всеми силами.

**- А как часто такие случаи бывают?**

- В прошлом году мы имели по краю показатель перинатальной смертности 7,8 промилле (на 1000 родившихся живыми и мертвыми). Для сравнения: в 1990 году показатель был 20, то есть удалось достичь существенного снижения, но теперь, в связи с новыми подходами, мы прогнозируем не менее 17 промилле. У нас нет по всему краю оборудования такого высокого класса, которое позволяло бы спасать и выхаживать всех недоношенных маловесных младенцев. И даже у нас, в краевом перинатальном центре, при наличии такой техники, высококвалифицированных специалистов, показатель смертности, я считаю, довольно высокий.

**- Много ли рождается маловесных детей?**

- Процент преждевременных родов в популяции составляет порядка 3-4 процентов. За рубежом выше - 7-8 процентов.

**- То есть у нас как будто бы лучше дела обстоят?**

- Вот именно: как будто. Мы же раньше считали сроки преждевременных родов с 28 недель, а за рубежом учет ведется с 22 недели беременности. Теперь по новому принципу расчетов, уверена, мы перегоним зарубежье.

**- Недоношенные беременности зависят от возраста матери?**

- Нет, возраст особой роли не играет. Влияют другие факторы. В первую очередь, инфицирование организма. Этим особенно отличаются женщины асоциального поведения, имеющие большое количество прерываний беременности (аборты, выкидыши). Или женщины, занимающиеся тяжелым физическим трудом. Или низкого материального достатка: плохо питающиеся, пьющие и т.д. Хотя невынашивание случается и у благополучных с социальной точки зрения женщин, но там другие факторы влияют, например, нарушение гормонального фона, тяжелая соматическая патология, аутоиммунные заболевания, пороки развития матки и другое.

**- Какая основная причина внутриутробного инфицирования плода? Низкая половая грамотность женщин?**

- В большей степени. Этому способствует и раннее начало половой жизни, которое сегодня активно практикуется, да еще с большим количеством половых партнеров. И в том возрасте, когда физиологически девочка еще должна быть девочкой, а она уже ведет бурную и беспорядочную половую жизнь, и происходит инфицирование ее организма. Причем, в основном, вирусами, которые имеют свойство гнездиться, долгие годы ничем как будто бы себя не проявляя. Но когда девушка желает стать матерью, к тому времени она настолько обсеменена, что в результате деятельности вирусов получает если не бесплодие, то самопроизвольное прерывание беременности. Хотя возможна и инфекционная патология, перенесенная во время беременности. В любом случае - источником инфицирования плода всегда является мать.

Доказано, что оптимальный возраст начала половой жизни - не ранее 18 лет. И в идеале - первая беременность должна заканчиваться родами,

## Только факты\*

### **Приоритетными направлениями развития службы родо-вспоможения на ближайшие два года стали:**

- организация помощи беременным с экстрагенитальной патологией;
- совершенствование системы пренатальной диагностики врожденных и наследственных заболеваний плода;
- оказание специализированной и высокотехнологичной помощи недоношенным и маловесным детям;
- система медицинской, психологической и социальной помощи беременным женщинам из социально не адаптированных слоев населения.





## Только факты\*

☑ За 2005-2010гг. рождаемость в Алтайском крае выросла на 15% (в 2005г. родилось 26848 человек, в 2008г. - 31004, в 2010г. - 31158). Положительная тенденция сохранилась и в 2011 году.

☑ В рамках Программы модернизации здравоохранения в 33 родильных домах и отделениях региона проводятся капитальные ремонты помещений, ведутся поставки нового современного оборудования, ведется переподготовка кадров.

☑ На базе 6 межрайонных акушерских отделений в Барнауле, Бийске, Рубцовске, Славгороде, Заринске и Камне-на-Оби создаются межрайонные перинатальные центры с открытием новых подразделений. Здесь будущим мамам окажут различную консультативно-диагностическую помощь, проведут необходимые лабораторные исследования, в том числе - по выявлению врожденной патологии плода, будут работать отделения патологии и реанимации новорожденных.

но если у женщины к этому возрасту уже большой опыт сексуальных контактов, то риск инфицирования плода очень высок.

- **О просвещении молодежи в вопросах полового воспитания говорится давно, но, как мне кажется, нет единого мнения - с какого времени и кому вести разговор с детьми и подростками на эту тему.**

- Во времена моего детства об этом никогда не говорили публично. Видимо, закрытость проблемы и хранила ту тайну, которая не давала нам свободы поведения, потому что «легкое поведение» обществом не одобрялось. К тому же действовал пример окружающих, в том числе, наших родителей. Ведь такого количества разводов, как сейчас, тогда не было. Я и не припомню, чтобы кто-то из одноклассников жил в неполной семье, у всех были оба родителя. То есть все постоянно имели перед собой пример супружеской нормальной жизни. И вообще преобладало мнение, что ранние половые связи - явление предосудительное.

Честно говоря, сегодня я не знаю, как и каким способом донести до подростков всю информацию о взаимодействии между полами. С трудом представляю, что это можно сделать в школе перед классом, где сидят 30 учеников. Но многое зависит от семьи. Социальный опыт семейной жизни дети, прежде всего, приобретают там. К счастью, у нас есть еще «островки счастья». И девочки, воспитанные в таких семьях, знают, что такое целомудрие. И они, кстати, заметно отличаются от массовой популяции.

Мне кажется, СМИ тоже внесли свою негативную лепту в разрушение крепости нравственных устоев общества. Нередко они нагнетают обстановку вокруг неприятных фактов, а то и просто навешивают ярлыки: «врачи - палачи», «педагоги - педофилы», «милиционеры - убийцы в погонах»... Если каждый день показывать и накручивать негатив, понятно, что у людей невольно формируется определенная реакция. Уважение, например, к врачу у населения сегодня практически потеряно. Хотя я вижу, как трудятся мои коллеги, и не считаю, что они стали хуже относиться к пациен-

там, хуже исполнять свои профессиональные обязанности.

- **А в самой медицинской среде авторитет профессии сохраняется?**

- К сожалению, и здесь он тоже падает. Если говорить об Алтайском крае, то укомплектованность медицинских учреждений нашими кадрами (акушерами-гинекологами) всего 56 процентов. То есть не хватает почти половины специалистов.

- **Почему?**

- Тоже несколько факторов. Начнем с зарплаты, в городах - в ряде случаев - она довольно низкая, тогда как на селе медикам ее увеличили. Молодым специалистам дают по миллиону рублей - только идите, отработайте по пять лет. Вводятся различные стимулирующие доплаты и губернаторские поощрения.

Получается, что вроде финансовые проблемы решаемы. Но возникают другие. Прежде всего - большая ответственность, к которой многие молодые люди не готовы профессионально. А спрашивают много, и порой то, чего мы не в силах выполнить. Например, за рождение тяжелых детей, о которых мы уже говорили. Или требование обслужить асоциальных беременных как положено - по стандарту, в условиях, когда она сама не заинтересована ни в беременности, ни в ее благополучном исходе. Контингент рожениц сильно поменялся за последние годы. Кинуть клич по всей стране: вот вам деньги, рожайте - это совсем не значит решить проблему. Рожают-то, к сожалению, преимущественно не те, кто улучшит генофонд нации. Мало примеров, когда рожают вторых, а тем более третьих, детей, нормальные, благополучные женщины, в том числе и студентки, которые имеют самый благоприятный для этого возраст.

Неблагоприятные материнские и перинатальные исходы в основном определяют три контингента: асоциальные женщины, вторая группа - женщины старше 40 лет, которые раньше, в советские времена, редко на это шли, и третья группа - женщины с тяжелыми соматическими болезнями. Прежде им было противопоказано рожать в связи с высоким риском смерти. Сегодня большинство запретов снято.



# Модернизация здравоохранения

- Для оптимизма хоть какая-то информация есть?

- Да. К счастью, есть и здоровые, благополучные мамочки, но порой кажется, что их меньше, чем тех, о которых я рассказала.

Я веду прием в хозрасчетной клинике АГМУ и вижу женщин, которые очень ответственно относятся к материнству. Они планируют свою беременность, приходят заранее, до ее наступления, спрашивают, какие необходимо провести обследования. И радует то, что таких пациенток становится все больше. Они хотят получить здоровое потомство. Среди них немало таких, кто рождает второго и третьего ребенка. Но подобных семей, повторю, не так много, как хотелось бы. Лучше было бы для всех, если процентное соотношение изменилось бы наоборот. Но мы имеем то, что имеем...

- С середины января у нас в стране законодательно одобрено суррогатное материнство. Насколько это целесообразно технологически, и второй момент - этический, как вы его оцениваете?

- Ко всем вспомогательным репродуктивным технологиям я отношусь позитивно, потому что предназначение женщины - быть матерью, и я не верю тем, кто говорит, что этого не хочет, потому что желание иметь детей - это физиологически природный инстинкт. Но есть такие женщины, которые по разным причинам не могут стать матерью. Но если до недавнего времени мы не могли им помочь, то теперь такие возможности появились. В том числе, и суррогатное материнство.

- Но одно дело, когда женщина, благодаря экстракорпоральному оплодотворению, сама вынашивает ребенка, и другое, когда это делает, по сути, чужая женщина. В чем тут отличие от приемного ребенка?

- Генетически-то он ваш.

- Но многие чисто материнские ощущения так и остаются непознанными. Например, шевеление малыша в утробе...

- Приемный ребенок - совсем чужой. Надо очень любить его, чтобы проявить к нему сострадание, воспитывая как своего собственного. А тут-то только лоно чужое, а сам-то плод генетически ваш и вашего мужа. Хотя, конечно, опре-

деленные чувства возникают с обеих сторон: и у той женщины, которая его вынашивала, и у той, которая его «заказала». Сейчас по ТВ идет сериал «Условия контракта» как раз о суррогатном материнстве. Конечно, у заказчицы могут возникнуть сомнения, как та, другая, себя ведет: соблюдает ли предписания врача, как питается, имеет ли вредные привычки и т.д. А у той, которая вынашивает, могут возникнуть материнские чувства.

У нас был случай, когда бездетные родители попросили женщину, имеющую двух детей, выносить для них ребенка. А у нее приключились преждевременные роды. Была двойня. Один ребенок умер, а второй выжил. Но по прогнозу неонатологов, в перспективе ребенком нужно будет очень серьезно заниматься, хотя и это не дает ему гарантии от инвалидности. Кровные родители, когда узнали, что их ожидает, отказались от малыша, а суррогатная мать оставила малыша при себе (хотя он был ей в сущности чужой, а на методику она пошла только потому, что хотела заработать для семьи). А вот не бросила, сказала, что несет теперь за него ответственность.

- Вы двадцать лет в акушерской службе, из них пятнадцать трудитесь в перинатальном центре. Плюс ко всему работаете на кафедре акушерства и гинекологии медуниверситета и обучаете профессии студентов. С прошлого года - заместитель главного врача перинатального центра. Новая должность как-то повлияла на вас профессионально, ведь это связано с изменением круга обязанностей, большей ответственностью?..

- Я бы не сказала, что от этого что-то изменилось в моей жизни, так как в практическом здравоохранении я и так давно. Приходилось совмещать многие направления деятельности: преподавание, науку, непосредственную работу по специальности. Практикой занялась в основном из-за науки, потому что внедрить научные разработки в практическое здравоохранение, работая только на кафедре, сложно. А здесь мне сделать это намного проще. Кроме того, сама практическая деятельность дает очень многое. Наблюдаешь разнообразное проявление, казалось бы, однотипной па-

## Только факты\*

- Проводится капитальный ремонт и структурная перестройка КГУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края». Он будет оснащен современным оборудованием для выхаживания детей с экстремально низкой массой тела.
- Рассматривается вопрос о строительстве нового перинатального центра, как структурного подразделения краевой клинической больницы, соответствующего всем современным требованиям и технологиям.
- В крае создаются три центра медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, на базах городского центра планирования семьи (гг. Барнаул, Бийск и Рубцовск). Их задача - устранение психологических и социальных причин отказа женщин от вынашивания беременности, отказа от новорожденных, отказа от медицинского наблюдения.



## Только факты\*

☑ В 2012г. для развития специализированной помощи девочкам - подросткам планируется открытие краевого центра детской репродуктологии на базе КГУЗ «Алтайская крайняя клиническая детская больница», вакцинация девочек-сирот от вируса папилломы человека.

☑ В городах и районах края установлено более 15 телемедицинских станций, осуществляется более 2000 консультаций в год по вопросам проблемной беременности, диагностики врожденных и наследственных заболеваний плода, экстрагенитальной патологии беременных.

☑ Идет работа над созданием в крае Центра медико-психологической помощи беременным. Сейчас работают пять кабинетов психологической помощи, их число увеличится до 13.

тологии, проводишь множество консультаций, даешь советы и рекомендации, каждый раз со всей ответственностью оценивая состояние пациентки и прогнозируя протекание беременности, опираясь, при этом, на свой опыт ведения беременных. В каждом случае реакции у женщины и у супруга на наши рекомендации разные.

Сегодня мы должны в подавляющем большинстве случаев предлагать женщинам только вынашивание беременности, даже несмотря на неблагоприятные прогнозы для плода. Вот этот момент для меня психологически труден. Сложность еще и в том, что к нам доставляют пациенток со всего края, а во многих районах в больнице аппаратура хуже, опыт врачей меньше, поэтому некоторые пороки развития плода бывают пропущены. Чтобы по возможности избежать этого, в краевом диагностическом центре уже в ближайшее время открывается центр пренатальной диагностики, где на ультразвуковых аппаратах экстра-класса с высокой разрешающей способностью специалисты, получившие международный сертификат, будут проводить УЗ-скрининг беременных женщин дважды: в 12 и в 20 недель. Пока только жительниц барнаульской зоны, но со временем будут охвачены все беременные женщины края. Это позволит вовремя увидеть у них начало патологии развития ребенка.

**- Насколько популярна ваша специальность у студентов?**

- В прежние годы, когда училась я, акушерство и гинекология были престижны и популярны. В специальность шли охотно. Да и готовили кадры иначе: была субординатура, которая позволяла учиться специальности еще в стенах вуза. Сегодня в вузе не готовят гинекологов, все студенты лечебного факультета оканчивают университет врачами общего профиля, и только на постдипломной учебе в интернатуре и ординатуре можно получить выбранную специальность. Обучение профессии идет непосредственно на рабочих местах: либо в крупных медицинских учреждениях, либо на кафедрах.

Такая методика обучения специальности тоже не добавляет ей популярности. О зарплате мы уже говорили. Но вдобавок к этому, когда молодые люди видят, какая это тяжелая рабо-

та, я бы даже сказала адская, в роддомах, - это отпугивает еще больше. Позитива, как раньше, когда принимал на руки здоровое потомство и радовался, - сегодня этого практически нет.

**- Может быть, этим и объясняется агрессивность со стороны персонала? Я, например, до сих пор с ужасом вспоминаю роды и все, что с ними было связано.**

- Не мудрено, потому что физиология родов такая, ничего с этим не поделаешь. Хотя и пытаются облагородить этот процесс: и индивидуальные родильные залы оборудуют, и психолога на роды приглашают, и совместное пребывание матери и ребенка практикуют, - все это для того, чтобы как-то сгладить негатив процесса. Но он все равно остается. И не всегда все зависит от квалификации врачей. Есть и тяжелые осложнения беременности, и неблагоприятный анамнез. Поэтому, когда меня спрашивают, какой стационар лучше выбрать для родов, я отвечаю: если у вас все хорошо, вы благополучно родите в любых условиях. И это действительно так. А если все плохо: больны вы сами, у вас произошла закладка неполноценной плаценты, то чего же ждать? При возрастающих объективных рисках для здоровья ребенка и матери (зачастую по вине самих пациентов) даже самые опытные специалисты не могут гарантировать, что все будет хорошо.

Здоровое яйцо определяется двумя факторами: генетикой родителей и формированием полноценной плаценты, которая закладывается в ранние сроки беременности. Если оба родителя больны, надеяться на здоровое потомство нечего. А если хотя бы один родитель здоров, шанс родить здорового малыша значительно увеличивается.

А сколько вреда и ребенку, и матери несет курение! Но когда делаешь замечание, женщины порой в ответ грубят - мол, не ваше дело.

**- Сейчас в краевом перинатальном центре идет ремонт. Что изменится?**

- Во-первых, условия пребывания станут более комфортными. Заменены окна, двери, сантехника и другие бытовые предметы. Но главное изменение - в структуре учреждения. Рас-





## Модернизация здравоохранения

ширяется детская реанимация. Из двух отделений патологии беременных одно перепрофилируется под дневной стационар. Также будет расширена поликлиника за счет усиления амбулаторного звена, где трудится около 70% персонала. Мы по-прежнему будем обслуживать пациентов всего края. Обычно за день принимаем от 70 до 90 пациентов, которые приезжают к нам, даже несмотря на погоду.

Мы применяем компьютерные технологии, есть телесвязь. В крае создана программа для ЭВМ - автоматизированное рабочее место «Регистр беременных», позволяющая в зависимости от состояния здоровья пациенток разделить их на две группы: наблюдаемые и мониторируемые. Первая группа остается на попечении своего врача по месту жительства, а пациенток второй группы - группы высокого материнского и перинатального риска - приглашаем к себе на контроль и обследование в определенные сроки беременности и обязательно на роды. Так мы пытаемся по мере сил улучшить ситуацию, снизить по возможности заболеваемость и смертность. У нас и технические возможности лучше, чем в ЦРБ, и квалификация специалистов, постоянно работающих со сложными родами, да и краевая детская больница рядом, если нужен перевод ребенка на второй этап выхаживания.

Что касается строительства нового перинатального центра. И губернатор, и руководство страны знают об особенностях Алтайского края, в частности, что у нас, в единственном в стране регионе, нет родильного дома в составе многопрофильной больницы для тяжелых соматических больных - беременных. В настоящее время в краевом перинатальном центре мы не можем оказывать медицинскую помощь должного уровня пациенткам с выраженной соматической патологией, так как в штате нет необходимых для этого специалистов - кардиохирурга, невролога и др. Женщины вынуждены ездить в другие краевые лечебные учреждения, что очень неудобно. Существование перинатального центра на базе краевой клинической больницы было бы идеальным для нас вариантом. И строительство планируется именно там, а освободившееся после нас здание в плане может быть

передано или краевой детской больнице, или станет еще одним родильным домом краевой столицы.

**- Какие практические советы вы можете дать тем, кто хочет родить здорового младенца?**

- Можно предложить очень много рекомендаций, начиная с возраста подготовки к материнству. Готовиться к нему надо с детства. Интимную близость допускать не в 14, а не ранее 17-18 лет, в идеале - с одним партнером. Если их несколько, обязательно применять контрацепцию. Беременность нужно планировать. К врачу прийти накануне, желательно с мужем, обоим пройти осмотр, так как могут быть скрытые инфекции или какая-то явная патология. Обязательно надо посетить стоматолога с целью санации полости рта. До беременности необходимо привести в порядок весь организм: и почки, и лор-органы, и половую систему. Если кто-то из супругов страдает тяжелой соматической патологией (пороком сердца, гипертонией, диабетом и т.д.), надо пойти к специалисту по профилю заболевания и получить адекватную терапию, чтобы вступить в беременность в состоянии компенсации пораженного органа. Затем, в ранние сроки беременности, по возможности принимать препараты (фолиевую кислоту, йод и др.), способствующие формированию полноценной плаценты.

К сожалению, многие женщины не считают вредные привычки опасными факторами для полноценного развития ребенка, но это доказано научно.

Женщина должна регулярно посещать женскую консультацию, наблюдаться у акушера-гинеколога, выполнять все его рекомендации.

И в послеродовом периоде тоже необходимо соблюдать ряд правил. Обязательно кормить ребенка грудью (для иммунитета, для нормальной работы желудочно-кишечного тракта и т.д.). Не позже, чем через два месяца после выписки из роддома посетить врача, в том числе и с целью подбора адекватной контрацепции. Словом, все это долгий многозвеньевой процесс. Но тот, кто хочет иметь здорового ребенка, должен его соблюдать. ☺

**Ольга Николаева**

**Фото Евгения Налимова**

## Только факты\*

☑ **Главный акушер-гинеколог Алтайского края Ирина Молчанова: «Унифицированная электронная система «Регистр беременных» создается как проект учета и мониторинга за каждой беременной с позиции использования новых телемедицинских технологий и попытки внедрения электронной версии медицинской карты пациента». При постановке на учет в регистр заносятся сведения, которые в автоматизированном режиме поступают в экспертный совет краевого и межрайонных перинатальных центров. При прогрессировании беременности сведения пополняются 4 раза за время наблюдения.**

\*Информация предоставлена пресс-службой Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности





## ОТ РЕДАКЦИИ

**Ольга Васильевна РЕМНЕВА** - главный гость январского номера, и ее позиция по ряду вопросов организации акушерской службы в крае, ее реформировании изложена в материале «Материнство - основной природный инстинкт. Реалии состояния генофонда и возможности современной медицины».

Ольга Васильевна, совместно с коллегами - ведущей кафедрой акушерства и гинекологии АГМУ, д.м.н., профессором **Н.И. ФАДЕЕВОЙ**, к.м.н. **С.Д. ЯВОРСКОЙ**, являются координаторами проекта «Школа ответственного родительства» и одноименной рубрики нашего журнала. В прошлом году в рамках этой рубрики мы публиковали материалы о том, что важно делать, чтобы рассчитывать на рождение здорового потомства. В частности, в 2010 году темы рубрики были посвящены вопросам здорового материнства у женщин, имеющих различную экстрагенитальную патологию, патологии сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем, различных органов. Однако, помимо медицинских аспектов неблагоприятно протекающей беременности, у этой проблемы есть и другая сторона - социальная. Она касается как вопросов взаимной ответственности, взаимоуважения между будущими родителями и медицинским персоналом, так и разрешения, к сожалению, неизбежно возникающих в такой неблагоприятной ситуации конфликтов.

*Именно эти темы мы намерены обсудить в рубрике «Школа ответственного родительства» в 2012 году.*



**Наталья Ильинична ФАДЕЕВА,**

доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1 АГМУ, Заслуженный врач Российской Федерации



**Ольга Васильевна РЕМНЕВА,**

кандидат медицинских наук, доцент кафедры, врач акушер-гинеколог высшей категории



**Светлана Дмитриевна ЯВОРСКАЯ,**

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры, врач акушер-гинеколог первой категории

## Демографическая катастрофа. Реалии диалога с психологом и юристом

*Уважаемые читатели! От авторов рубрики «Школа ответственного родительства» примите сердечные поздравления с наступившим Новым 2012 годом! По восточному календарю - это год Черного водяного или Синего Дракона, стихия которого - вода. Предыдущий год Кролика являл собой символ плодovitости, в отличие от Дракона, характеризующегося динамизмом и напористостью. Младенцы, по преданию, появляются на свет в год этого сказочного существа с серебряной ложкой во рту, они физически выносливы, достигают в жизни успеха и высокого положения.*

А теперь проза. Печальная статистика: в 2000 году Российская Федерация занимала шестое место в мире по численности населения (144,8 млн.чел.), что составило 2,4% от общего населения планеты. По прогнозам ООН, в 2050 году РФ окажется лишь на 18 месте с численностью 101,5 млн.чел., то есть на 13% суши Земли будет жить всего 1% человечества.

Как утверждают авторитетные демографы и здравый смысл, «бонус за материнство» может обеспечить кратковременный всплеск рождаемости, в основном среди малоимущих. Демографическую программу сегодня могут решить те, кто ходит в детский сад или еще не родил-ся, но **сухие цифры говорят:**

◆ число детей и подростков в России снизилось с 25% (1997 год) до 18,4% (2009 год);

◆ численность страны за последние 10 лет сократилась на 5млн. человек: россияне умирали в 1,5 раз чаще, чем рождались;

◆ заболеваемость новорожденных в стране напрямую зависит от соматической и репродуктивной заболеваемости населения, в том числе беременных, и колеблется от 300 до 500%, причем в Алтайском крае ее уровень превышает среднероссийский в 1,3 раза.

Следует отметить также, что в обществе в современных условиях стремительно **меняются взгляды на «модель материнства»**, сложившуюся в течение десятков тысяч лет. Обеспечение материнских функций, начиная с беременности, родов, ухода за новорожденным, его вскармливания и далее, требует пребывания в особо напряженном состоянии не всегда приемлемым



## Школа ответственного родительства

для современной женщины, стремящейся к независимости, профессиональной карьере, свободе. Нередко в воспитании ребенка мать не имеет достойных помощников. Современная статистика констатирует увеличение процента незарегистрированных браков, увеличение числа разводов. **Реалии настоящего времени - это неполная семья.**

Все женщины, которым предстоит родить (18-30 лет) до 2023 года, - уже родились. Закладкой фундамента репродуктивного здоровья и поведения у них заниматься уже поздно, и надеяться на лучшее уже не приходится. Можно с грустью констатировать, что **через 18-20 лет почти не останется здоровых супружеских пар, способных родить полноценное потомство.** В таких условиях ни общество, ни семья, ни сама пациентка не удовлетворены исходом беременности и родов, что приводит к часто необоснованным претензиям по отношению к акушерам-гинекологам.

По данным профессора Радзинского В.Е. (2011), количество судебных исков к врачам нашей специальности беспрецедентно высокое, и за последние 5 лет увеличилось в 9 раз, благодаря обсуждению темы «врачей-вредителей» в средствах массовой информации, сети Интернет.

В.А. Рожановский писал: *«Врачебная деятельность отлична от любой другой, она включает в себя много специфических элементов, только ей присущих. Поместить врачебную деятельность со всеми ее специфическими особенностями в юридические формы, общие для всех граждан, почти невозможно».*

Юристу сложно понять работу врача, в частности: почему при равных лечебных и диагностических возможностях врач выбирает разные методики, в одних случаях - идет на риск, а в других осторожничает? Безусловно, юристу проще защищать пациента против «медицинской мафии», которая «специально говорит непонятными терминами».

Однако вызывает недоумение агрессия со стороны пациентов в нашем регионе, где соматическая заболеваемость в 1,8 раза (2490,8% и 1607,2%), а репродуктивная - в 2,2 раза (11437,9 и 5538,2 на 100 тысяч женского населения 18-49 лет соответственно) выше средней по России.

**Каким образом врач может помочь дать полноценное потомство в этих демографических условиях, и тем более гарантировать идеальный исход для матери и потомства?!**

Профессиональная незащищенность врачей диктует необходимость диалога с юристами на страницах нашего журнала. В этой двоякой ситуации представляется значимой помощь психолога, причем не только пострадавшему врачу, но в первую очередь - психологическое сопровождение и консультирование женщин, находящихся в ситуациях с негативным медицинским исходом. До принятия ими решения о судебном или административном иске...



На данный момент уже известны возможные психологические причины репродуктивных нарушений, которые у каждой конкретной женщины, складываясь в индивидуальную мозаику, дают подобный диагноз. **В этом году мы также будем говорить об их психологических ПОСЛЕДСТВИЯХ:**

1) психологические последствия для самих женщин (изменение состояния женщины);

2) психологические последствия, которые затронут внешнее окружение женщины: отношение к ребенку, супружеские взаимоотношения и т.д.

Многие акушеры-гинекологи сейчас работают совместно с перинатальными психологами, так как подобное сотрудничество и одновременное ведение женщин и врачом, и психологом, дает хорошие результаты. Разработаны специальные программы психодиагностики и психологической помощи беременным, женщинам, страдающим бесплодием и невынашиванием, а также для пар «мать-дитя» с нервно-психическими расстройствами.

**Психотерапия на этапе планирования зачатия ребенка.** Еще до зачатия, только при планировании деторождения семья часто нуждается в консультации психотерапевта. Желание иметь ребенка может возникать в связи с различными мотивами. Они могут быть конструктивными, укрепляющими семью, способствующими созданию благоприятных условий для вынашивания беременности, родоразрешения, ухода за новорожденным, а могут быть деструктивными и препятствовать этому.

Каковы были обстоятельства? Как подготавливалось это событие, планировалось ли оно, а если планировалось, то как: хладнокровно и педантично или темпераментно, с разговорами и обсуждениями или при молчаливом страстном согласии?

**Психотерапия на этапе беременности** играет особую роль, так как медикамен-



◀ тозная терапия может неблагоприятно сказаться на развитии плода. В литературе можно встретить описания применения отдельных психотерапевтических методик с целью устранения нервно-психических отклонений, возникающих у беременных женщин. Большое внимание уделяется взаимоотношениям, складывающимся в семье, ожидающей ребенка. Сеансы с психологом улучшают коммуникации супругов, готовят их к разрешению будущих проблем, способствуют эмоциональному принятию новорожденного.

**Психотерапия семьи, имеющей новорожденного ребенка.** После родов начинается процесс адаптации ребенка к новым условиям. В постнатальном периоде младенец может попасть в хроническую психотравмирующую ситуацию. В результате возможны нарушения процесса адаптации, отклонения и задержки психомоторного развития. Практически уже закончились дискуссии по поводу того, как поступать с новорожденным сразу же после появления на свет. Доказано, что уровень его базальной тревоги будет снижаться, если он будет приложен к ее груди и далее будет неразлучен с матерью.

Чем гармоничнее отношения между отцом и матерью, тем лучше будет адаптироваться ребенок к новым для него условиям, тем лучше он будет развиваться. Чем больше проблем у родителей, тем вероятнее, что их конфликты будут проецироваться на ребенка и формировать у него нервно-психические, соматические расстройства.



Становится очевидным, что в XXI веке необходим выход на новый методический уровень, использующий достижения смежных дисциплин.

**В наступившем году в рамках формата журнала «Здоровье алтайской семьи» мы в новом ракурсе будем обсуждать пути решения проблемы рождения здорового ребенка и разрыва порочного круга «больные родители - больное потомство», а также вопросы правовой защиты врачей. На очереди - диалоги с психологами и юристами. ☺**

## Россия: аборт только через 48 часов

**В законопроект «Об основах охраны здоровья граждан РФ» в рамках подготовки его ко второму чтению внесены поправки, направленные на профилактику абортов.**

Основным нововведением станет то, что если женщина обращается за прерыванием своей первой беременности, аборт будет проведен не ранее, чем через 48 часов с момента обращения. В течение этого времени женщина будет обязана пообщаться с психологом и социальным работником. Как отмечается, эти должности уже предусмотрены в штатном расписании многих женских консультаций.

Специалисты проинформируют женщину о существующих социальных программах поддержки материнства и детства на федеральном и региональном уровнях, а также проведут психологическое консультирование. Кроме того, ей расскажут о возможных осложнениях и нежелательных последствиях прерывания беременности.

Подобная тактика уже увеличила число отказов от аборта ряде регионов. Например, в Красноярском крае, где желающим прервать беременность перед подписанием информированного согласия рассказывают «о том, что такое материнский капитал, какие есть губернаторские программы поддержки материнства, их консультирует психолог, им делают ультразвук и показывают будущего малыша». В итоге за год было сохранено 6000 беременностей.

Кроме того, на базе женских консультаций и центров планирования семьи планируется создать центры кризисной беременности. В них женщинам будут оказывать медицинскую и социально-психологическую помощь при незапланированной беременности, а также при постабортном синдроме. Ожидается, что с помощью этих центров удастся увеличить число родов на 5-10 тысяч ежегодно.

## Женское счастье - в браке

**Брак значительно счастливее, если женщина стройнее мужчины. Данный вывод был сделан психологами из США в ходе четырехлетнего анализа состояния 169 недавно поженившихся пар, в которых возраст супругов не превышал 35 лет. Каждый шесть месяцев супругам надо было заполнять два вопроса.**

Оказалось, ощущение счастья стабильно уменьшалось для пар разных размеров после того, как заканчивался медовый месяц. Но мужчины, имевшие индекс массы тела (ИМТ) выше, чем у жен, в меньшей степени испытывали счастье с самого начала, по сравнению с парами, имевшими примерно одинаковый ИМТ, или парами, где жена имела ИМТ ниже мужа. И данные показали сохранялись в течение исследуемого периода.

Вес мужа не играл ключевой роли с точки зрения счастья в начале исследования. Однако к концу четвертого года жены, имевшие ИМТ ниже, чем мужья, были значительно счастливее остальных. Подобная зависимость работала, даже когда в расчет брались сторонние факторы вроде депрессии и уровня дохода семьи.

Получается, физическая привлекательность партнера очень важна для молодых мужчин. Исследователи утверждают: женщина любого размера может быть счастлива в браке. Просто необходимо найти подходящего партнера. ☺



# Если диагноз - ДЦП...



## **Анастасия Викторовна СМЕРНОВА,**

учитель-дефектолог первой квалификационной категории, заведующая отделением раннего вмешательства ГБУСО «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Журавлики»

**Опоры для профилактики и коррекции патологических поз необходимо подбирать индивидуально для каждого ребенка, в зависимости от актуального физического развития малыша и от формы ДЦП.**

(Окончание. Начало - в №12(108), 2011г.)

## **Какие существуют опоры, предназначенные для профилактики и коррекции патологических поз, и как их правильно использовать?**

У малыша с ДЦП физиологически все мышцы заложены, как и у здорового ребенка, но в связи с поражениями центральной нервной системы головной мозг недостаточно точно координирует движения конечностей, сокращение и растяжение мышц и, как следствие, провоцирует выполнение неполного объема движений. Для того чтобы у ребенка с ДЦП сформировались навыки крупной моторики в вертикальном положении, необходимо помочь ему как можно правильнее освоить навыки горизонтального положения. Поддержать малыша в правильных положениях могут специальные опоры для профилактики и коррекции патологических поз.

Опоры для профилактики и коррекции патологических поз необходимо подбирать индивидуально для каждого ребенка, в зависимости от актуального физического развития малыша и от формы ДЦП.

При тяжелых формах ДЦП, если ребенок может привести руки к центральной линии глаз, для развития начального этапа самообследования, симметричного положения и навыков переворачиваться вправо и влево предлагается **опора для положения лежа на боку «Диванчик»**. Эта опора имеет спинку с регулируемым углом наклона, при этом сила тяжести



ти помогает скорректировать положение ребенка, в основном дети легко адаптируются к опоре.

При диплегической форме ДЦП, когда нарушения в ногах выражены в большей степени, чем в руках, для приобретения первичных навыков ползания требуется **пронационная опора «Лисичка»** в виде наклонной подушки, полужесткая, имеющая абдукционный блок, предупреждающий патологическое сведение нижних конечностей в процессе движения, и крепежные ремни, которыми при необходимости может фиксироваться ребенок.

В дальнейшем используется **опора для ползания «Волчок»**, которая помогает ребенку отработать правильный стереотип реципрокных (попеременных чередующихся движений в разных группах мышц и в разных частях тела, в нашем случае - при ползании, движения рук сочетаются с движениями ног) движений, обучить ребенка ползать на четвереньках, что является подготовительным этапом для самостоятельного ползания и стояния, стимулирует мышцы плечевого пояса.

Параллельно с использованием опор для ползания для смены положения эффективно применение **опор для сидения «Слоник»** с наклонной спинкой, абдуктором, крепежными ремнями, подголовником. Угол наклона спинки желательно устанавливать с постепенным выведением ребенка из горизонтального положения до наклона спинки в 45 градусов. Опора подходит детям от 6 месяцев до 2 лет.

От 2 лет и старше применяется **опора для сидения «Медвежонок»**. Эта опора, сидение с симметричной фиксацией, подходит для детей, способных удерживать голову и активизирующих только одну сторону тела. Нагрузка в опоре дается равномерно, угол наклона спинки регулируется, что способствует постепенному выведению корпуса ребенка в вертикальное положение.

Детям с высоким мышечным тонусом и установившимися разгибательными рефлексам будет эффективным использование **опоры «Антошка»** с абдукционно-флексорной укладкой с полной фиксацией поясничного отде-



ла, обеспечивая довольно устойчивое положение сидя, где гасится патологический разгибательный рефлекс. Это положение обеспечивает основу функционального движения и во многих случаях снижает тонус. Опора подбирается индивидуально для детей в возрасте от 1 года до 12 лет.

Для детей с рекурвацией коленного сустава (избыточным разгибанием) в возрасте от 4 лет разработана **опора для сидения «Иришка»** с изменяемым углом наклона подножки и приподнятой передней частью сидения с абдуктором, что обеспечивает абдукционно-флексорную укладку и устранение перекреста ног, а также пассивную растяжку.

Используя в реабилитации опоры для сидения, мы помогаем ребенку удерживать формирующуюся правильную позу и закреплять уже полученные двигательные навыки. То есть, фиксируя таз и корпус ребенка, мы освобождаем плечевой пояс и руки, позволяя развивать тонкие движения кисти, билатеральные (двусторонние) навыки, мелкую моторику и, как следствие, развиваем познавательную деятельность малыша, его речевую активность.

Ребенку с ДЦП, как и любому другому малышу, необходимо разнообразие движений. Потому необходима постепенная подготовка мышц и выведение из горизонтального положения в вертикальное положение стоя. Для этого понадобится **вертикализатор «Невалюшка»** с изменяемым углом наклона от горизонтального до вертикального положения из положения лежа на спине. Эта опора также подходит детям с гиперкинезами. При этом необходимо обеспечить свободное манипулирование предметами, для этого фиксируйте одну руку ребенка во время занятий.

Если ребенок способен даже минимально удерживать голову в положении лежа на животе с низкой опорой под грудью можно постепенно вертикализировать ребенка при помощи **наклонной пронационной опоры «Мишутка»**, где угол наклона регулируется от 50° до вертикального положения из положения лежа на животе.

Когда ребенок сможет хорошо удерживать голову и мышцы плечевого пояса достаточно окрепнут, эффек-



тивным будет использование **опоры для стояния «Березка»**. Опора имеет столешницу, на которую ребенок может опираться локтями при обследовании предметов и манипулировании. Когда руки малыша достаточно окрепнут, столешницу предполагается убирать и давать ребенку возможность собственно координировать движения, поддерживать равновесие, что очень важно для дальнейшего самостоятельного стояния, если опора мобильная, полезно будет покатавать малыша в опоре.

После чего ребенка перемещаем в **опору для ходьбы «Петушок»**, но еще не мобильный. Положение в опоре аналогично положению в опоре «Березка», поэтому дети без труда адаптируются к этой опоре. Первые шаги в опоре следует выполнять совместно с ребенком, помогая перемещению ног руками сидя и сзади ребенка. Период обучения ходьбе займет много времени и потребует терпения и упорства. После достижения положительных результатов можно пробовать ставить малыша на металлические ходунки, различные трости.

Важно помнить, что **параллельно с развитием двигательных навыков необходимо развивать познание и речь ребенка**. Если малыш лежит, сидит, стоит или идет с опорой, его должны окружать развивающие игры и игрушки на доступном расстоянии, чтобы не допустить состояние «сенсорного голода», которое может привести к задержкам развития высших психических функций или усугубить состояние ребенка. ☺

**Кабинет позиционной терапии с опорами для профилактики и коррекции патологических поз работает в краевом реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями. Специалисты учреждения обеспечивают реабилитационные мероприятия и проводят консультации по вопросам развития детей раннего возраста с ДЦП с использованием позиционных тренажеров.**

**Более подробную информацию Вы можете получить по телефону (3852)31-87-16 и на интернет-сайте для заботливых родителей и заинтересованных специалистов [www.rastem-wmeste.ru](http://www.rastem-wmeste.ru)**



# Табакокурение - это проблема?

**Г.П. МАЛАХОВА,**  
отличник народного  
образования, старший  
воспитатель детского сада  
«Огонек», с.Павловск

**По мнению специалистов, приобщение к курению детей разного возраста является следствием недостаточного воспитания и влиянием окружающих их взрослых людей. Сотрудничество семьи и детского сада должно играть решающую роль в искоренении этой проблемы.**

Детские сады - это закрытая для курения организация, которая способна привить любовь к здоровому образу жизни, в отличие от семьи. Следует отметить, что ребенок в 5-6 лет имеет первое представление о курении, алкоголе, наркотиках. Дети видят, как родители курят, выпивают, наблюдают такие же сцены на экранах телевизоров. Взрослым сделать правильный выбор очень сложно, а ребенку - еще сложнее. Поэтому **задача педагогов - привлечь к сотрудничеству семьи воспитанников для борьбы с табакокурением детей**, чтобы задолго до того, как возникнет опасность первого опыта, сформировать устойчивое негативное отношение к употреблению одурманивающих веществ.

Мы, родители и педагоги детских садов, часто сталкиваемся с проблемой курения в такой форме: некоторые дети, подражая взрослым, имитируют процесс курения. Другие дети, которые и не думали в этот момент о курении, подражая товарищам, тоже начинают проявлять интерес к поиску окурков на земле. Именно в эти моменты очень важна наша роль, как педагогов: в это время необходимо рассказать детям не только о том, что поднимать с земли и брать в рот ничего нельзя, но и о вреде такой привычки как курение. Наблюдения показали, что некоторые дети дома, даже при наличии рядом взрослого, берут в рот спички и «как папа (или мама)» изображают курение. **Все окрики или вырывание изо рта окурков, спичек или вещей, имитирующих сигарету, ни к чему не приведут, кроме как к выработке стойкого желания сделать все наоборот.**

Будет ли профилактика табакокурения детей успешной - во многом зависит от семьи, от ее сотрудничества с педагогами детского сада. **Что же нужно знать, в чем следует разобраться, чтобы ребенок не курил?** Мы считаем, прежде всего:

- ◆ формировать у детей представление о культуре здоровья, как важном условии здорового образа жизни;

- ◆ расширять знания о вредном воздействии табачного дыма на организм человека;

- ◆ обучать детей способам сопротивления негативному давлению со сторо-



ны окружаю-  
щих;

- ◆ пополнять уровень знаний в вопросах предупреждения у

детей вредных привычек;

- ◆ формировать у детей и взрослых навыки адекватного взаимодействия в проблемных ситуациях.

В практике работы нашего детского сада широко используются как традиционные, так и инновационные формы работы с родителями. Чтобы изучить условия жизни воспитанников, посещаем их семьи, проводим анкетирование «Наше отношение к курению». Оформляем «Уголки здоровья»: например, «Один день курильщика» показывает состояние здоровья курильщика, его зависимость от никотина. Заслуженным вниманием в нашем ДОО пользуется газета «Огонек», выпуски которой содержат информационный материал для родителей и педагогов, расширяет представления о масштабах проблемы табакокурения, дает практические советы по выходу из ситуации; делится опытом некурящих семей. В детском саду работает и клуб «Огонек». Одна из тем его заседаний - «Твое здоровье - в твоих руках. Влияние семьи на формирование у ребенка здорового образа жизни» в программе: «Табакокурение - это проблема?» (встреча с психологом и врачом). Проводятся спортивные праздники, походы с детьми, конкурсы совместного творчества «Моя семья».

Основное правило, которому мы следуем: **«Если мы хотим, чтобы ребенок не курил, тогда и сами не должны делать этого»**. Родители несут ответственность за детей, в частности, она предполагает осознанное отношение к своему поведению. Причем задумываться над тем, как мы себя ведем, следует еще до момента появления ребенка на свет. В идеале, ребенок с самого раннего возраста должен видеть, что его близкие не курят, а точнее, не должен наблюдать курение близких ни в каких ситуациях. С детства ребенок берет за образец поведение значимых взрослых (родителей, родственников, педагогов) и с возрастом начинает вести себя по усвоенной модели. Если ребенок видит вас курящим и слышит, что курить нельзя, он скорее последует вашему примеру, чем прислушается к словам.

*Если курящие родители задумаются и признают проблему серьезной, а табакокурение вредным - это уже результат, а если сделают что-то для того, чтобы уберечь своих детей от пристрастия, - можно считать это маленькой победой.* ☺



# «Доступность медицинской помощи не должна быть утрачена»

15-17 ноября 2011 года в Москве проходил XV Российский онкологический конгресс. В его работе я приняла участие, выступив с докладом «Роль среднего медицинского персонала в работе врачебно-диспетчерской службы КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер» поликлиника НАДЕЖДА».

Основополагающими задачами, стоящими перед онкологической службой в настоящее время, являются **снижение смертности от онкологических заболеваний и повышение удельного веса ранних стадий выявляемых опухолей**. Решение этих задач напрямую зависит от доступности специализированной медицинской помощи населению.

Председатель Правительства РФ В.В. Путин на сегодняшний день уделяет проблеме очередей в поликлиниках большое внимание. Губернатор Алтайского края А.Б. Карлин также считает, что доступность медицинской помощи, особенно для жителей сельской местности, не должна быть утрачена.

Согласно действующим приказам, *пациенты в поликлинику онкодиспансера направляются после предварительного обследования в первичном онкологическом кабинете.*

Наша **поликлиника «Надежда» - специализированное лечебное учреждение, рассчитанное на 450 посещений в смену** (так, в 2010 году было осуществлено 160 тысяч посещений). **В поликлинике ведется прием по 10 специальностям**, кроме того работают врач-психолог; врач противоболевого кабинета; отделения профилактики и индивидуального прогнозирования злокачественных новообразований; развернут дневной стационар на 30 коек.

Выяснено, что **40 процентов пациентов предпочитают записываться «день в день» при личном обращении в регистратуру**. Для оптимизации оказания онкологической помощи «поток» пациентов разделены на два: для больных из города Барнаула и городов и районов Алтайского края. При этом 30 процентов пациен-

тов записываются по телефону.

Однако, учитывая то, что территория Алтайского края составляет 168 тысяч квадратных километров, не все пациенты и не всегда имеют возможность попасть на прием к врачу-специалисту «день в день»...

В 2008 году была принята Концепция развития, приоритетом которой явилось повышение доступности квалифицированной медицинской помощи для всех жителей края, вне зависимости от места проживания. Для реализации этой Концепции в крае была создана **единая врачебно-диспетчерская служба, позволяющая значительно сократить и сделать проще путь пациента к специалистам.**

Регистратура удаленного доступа, как часто называют ВДС (врачебно-диспетчерская служба), коренным образом меняет цепочку взаимодействия: «пациент - первичное медицинское звено - краевой онкологический диспансер». Теперь все медицинские учреждения края имеют возможность записать пациента на прием через сеть Интернет. Вся информация передается в закрытом режиме по корпоративной сети передачи данных и доступна только специалистам, также она защищена от постороннего вмешательства.

**По Интернет-расписанию после выбора врача-специалиста пациент может выбрать удобные для него день и время посещения.** Запись осуществляют обученные средние медицинские работники, которые сразу же печатают талон. Таким образом, пациенту уже не нужно лишний раз тратить и свое время, и денежные средства на проезд, проживание, да и просто стоять в очереди.



**Жанна Юрьевна БУТРИНА,**

главная медицинская сестра

КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер» поликлиника «НАДЕЖДА»

**Председатель Правительства РФ В.В. Путин на сегодняшний день уделяет проблеме очередей в поликлиниках большое внимание. Губернатор Алтайского края А.Б. Карлин также считает, что доступность медицинской помощи, особенно для жителей сельской местности, не должна быть утрачена.**





◀ Так, например, за 8 месяцев 2009 года количество пациентов, записавшихся на прием через ВДС, было чуть больше двух тысяч человек. В 2010 году их число увеличилось в 12 раз. А за 9 месяцев 2011 года их число составило: через отделенную регистратуру записались на прием 33713 человек, а по телефону - 20090. Конечно же, есть пациенты, которые записались, но не приехали на прием (таких 476 человек). Это связано с тем, что Интернет-расписание выставляется на месяц вперед, а за этот период жизненные обстоятельства могут измениться.

**Преимущества использования современных Интернет-технологий очевидны:** это и сокращение очередей в регистратуре; и экономия затрат пациента; и предоставление права выбора дня и часа приема самому пациенту, что повышает доступность специализированной помощи.

Однако на фоне очевидных преимуществ существуют и небольшие проблемы: боязнь нового, необходимость обучения работе на компьютере среднего медицинского персонала и желание работать «по старинке».

**Таким образом, создание врачебно-диспетчерской службы можно считать успешным, так как она значительно оптимизирует работу медицинских регистраторов, позволяет выполнять работу быстрее, повышает качество обслуживания пациентов, увеличивает доступность онкологической помощи населению Алтайского края.** ☺

## Внедрение накопительной системы обучения - не мечта, а реальность



**В рамках повышения квалификации медицинских сестер становится понятным, что назрела необходимость разработки, стандартизации и разрешения использовать накопительную систему обучения при получении очередной аттестации.**

Формы проведения мероприятий накопительной системы могут быть разными: информационно-образовательные семинары, мастер-классы, тренинги, научно-практические конференции, подтвержденные сертификатами участника; конкурсы профессионального мастерства, подтвержденные сертификатами участника, стажировка и другое. Предполагается, что накопительная система повышения квалификации позволит медицинским сестрам реализовать себя в непрерывном образовании, конструируя собственный образовательный маршрут, самостоятельно выбирая содержание, сроки, режим обучения, с учетом своих профессиональных потребностей и проблем.

Важно, чтобы накопительная система осталась добровольной и альтернативной формой повышения квалификации, которая не противоречит сложившейся системе. Тогда мы сможем уйти от ситуаций, когда при направлении медицинских сестер на повышение квалификации главные врачи не особо заинтересованы в качестве и содержании этого образования: главное, чтобы у специалистов был сертификат, который позволит получить лицензию на медицинскую деятельность.

В случае накопительной системы обучения медицинские сестры смогут сами выбирать учебное заведение, в котором дается качественное образование, а не только «корочки», то есть специалиста будут направлять обучаться не в ближайшее учебное заведение, потому что это удобнее и вновь подошло время учиться, а он

сам будет иметь право выбирать место обучения, имея личную заинтересованность. При этом внедрение накопительной системы образования позволит экономить значительные финансовые средства. В то же время нельзя дать право выбора места обучения только работнику, забрав это право у главного врача, механизм финансирования за счет работника и работодателя еще требует разработки, но при развитии дистанционных технологий повышения квалификации специалистов позволит обучаться медицинским сестрам без отрыва от работы, что является несомненным преимуществом.

Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России» работает над ее внедрением, и в ряде субъектов Российской Федерации система уже введена в действие. Результатом стала разработка «Положения о накопительной системе повышения квалификации со средним медицинским образованием». С которым, несомненно, должны ознакомиться все средние медицинские работники.

Переход к многовариантной системе повышения квалификации и реализации лично ориентированного образования - все это позволит сбалансировать профессиональную подготовку специалистов с современными требованиями практического здравоохранения и медицинского образования. ☺

**Н.А. КАСИМОВСКАЯ,**  
главный редактор  
журнала «Медсестра»,  
№11 / 2011



# Психологическая поддержка пациентов с хронической почечной недостаточностью

(Продолжение. Начало - в №11(107))

**Всегда будут люди, которые, соприкоснувшись с болезнью, становятся «профессиональными больными».** Это своеобразный путь преодоления недуга, эти пациенты не способны понять, что сами являются частью лечения. В некоторых случаях оказывается, что самые светлые дни в их жизни - это те дни, когда они приходят в больницу. Попытки изменить такое поведение изначально обречены на провал и могут даже вызвать дистресс у пациента. **Лучше попробовать осторожно подбодрить пациента** в надежде, что постепенно, общими усилиями установятся доверительные отношения, необходимые для попытки изменить ситуацию. Если пациент намерен принять более активное участие как в лечении, так и в выполнении плана помощи в целом, то некоторые традиционные подходы персонала следуют изменить.

**Во-первых,** важно установить взаимоотношения сотрудничества между пациентом, медицинскими работниками и родственниками. Убедить его следовать предписанной диете в качестве лечения.

**Во-вторых,** очень важно выделить так называемое самоопределение, характеризующее внутреннюю перемену пациента. Помочь ему перестроить свое поведение в соответствии с новой ситуацией. Он, скорее всего, будет выполнять предписания, посещать диализные сеансы, положительно реагировать на лечебный процесс и испытывать подобное настроение длительное время. Поддержка самоопределения означает, что следует оказывать уважение пациенту, проявлять понимание психосоциальных, биологических составных заболевания. Это требует умения слушать пациента, иметь навыки общения.

**В-третьих,** помочь пациенту с ХПН понять заболевание, учитывая психические, физиологические особенности личности, конкретные жизненные условия.

Свободе выбора в данном случае следует противопоставлять серьезность заболевания и возможные осложнения в случае несоблюдения режима лечения. При первом визите пациенты получают не более половины всей необходимой информации. Следующий прием должен постепенно расширять и адаптировать к привычному для жизни стилю пациента и диетическим привычкам. Последующие встречи медперсонала с пациентом способствуют его принятию назначенного режима. **Доброжелательное отношение врачей, медицинских сестер к пациенту играет не меньшее значение.** Важно также, чтобы пациент постоянно встречался с одними и теми же медицинскими работниками, это поможет индивидуализировать лечение и устранить чувство одиночества.

**Медицинский же работник должен оценить уровень понимания пациентом получаемых рекомендаций, восприятие им своего состояния, привычки питания, стиль жизни и наличие поддержки со стороны семьи и друзей.** Для создания мотивации требуется мультидисциплинарный подход, то есть участие в нем не только пациента, врача, медицинской сестры, но и социальных работников, работников местного органа здравоохранения, семьи и друзей.

**Пациент должен видеть четкое улучшение своего состояния от соблюдения диеты.** Диета должна быть адаптирована к ежедневной его деятельности и включать регулярные приемы пищи. Употребление некоторых продуктов с высоким содержанием калия, натрия и фосфора должно быть согласовано. Любая информация должна носить практический характер и сопровождаться печатными материалами.

Биохимическое исследование крови объективно отражает характер соблюдаемой диеты. И пациента следует держать в курсе этих исследований, отмечая, стали ли они лучше, сохраняются ли стабильными или ухудшились. Важной стороной в выполне-



**Татьяна Николаевна ЯРУШИНА,**

медицинская сестра  
отделения хронического  
диализа, первая  
квалификационная  
категория, специалист  
повышенного уровня  
образования, член  
ПАСМР с 2000 года, ГУЗ  
«Краевая клиническая  
больница»

**Известно, что, когда пациент спрашивает о своем заболевании, он хочет знать правду. Медицинский работник должен решить, что именно следует знать пациенту, или точнее, что именно он хочет знать.**



## Советы медицинской сестры

▲ нии диетического режима является обращение внимания пациента с ХПН на положительные сдвиги в результате такого сбалансированного лечения.

Традиционной обязанностью врача является информирование пациента о его болезни и предстоящем лечении. Известно, что, когда пациент спрашивает о своем заболевании, он хочет знать правду. **Медицинский работник, однако, должен решить, что именно следует знать пациенту, или, точнее, что именно он хочет знать.** Что следует сказать, - зависит от психологических, социальных и других факторов, касающихся данного случая. Практика показывает, что у пациентов, лишенных информации о диагнозе, результатах обследования, уровень стресса выше, чем у тех, которые эту информацию имеют.

Обычно первоначальную информацию пациент получает в ходе визитов к врачу, время которых ограничено, и впоследствии пациент начинает испытывать беспокойство. Он придает другое значение утверждениям медиков и склонен запоминать то, что он считает важным. Иными словами, **пациент услышит и запомнит то, что он хочет услышать.**

По отношению к пациентам, нуждающимся в психологической поддержке, следует быть внимательным наблюдателем и терпеливым слушателем. В случае необходимости следует привлечь психолога.

Оказывая психологическую поддержку пациенту, необходимо принимать во внимание уровень его личностной зрелости и разговаривать с ним на том языке, который ему будет понятен.

**Необходимо объяснить пациенту, какую лечебную помощь ему оказывают, какие позитивные результаты это должно принести.** Это поможет снизить у пациента чувство тревоги.

При сообщении ожидаемого позитивного результата важно, насколько персонал сам верит в то, что говорит. Установлено, что во многом благодаря общности взглядов, лежащих в основе целительского мифа, становится возможным успешное сотрудничество врача, медицинской сестры, пациента и членов его семьи.

**Полезно не принимать все решения за пациента, не считаясь с ним,**




**а его самого ставить в ситуацию выбора, делать его деятельным участником лечебного процесса.**

Даже одно искреннее желание помочь пациенту может оказаться плодотворным для обеих сторон. Известный психолог Маслоу писал: «Лучший способ научиться помогать - это самому стать лучше. Но стать лучше можно, только помогая другим. Поэтому я должен делать то и другое одновременно». Медицинский персонал для пациента - не «прокурор» или «судья», а скорее «адвокат», который всегда работает вместе с ним и в его интересах.

Пациенты с ХПН, коррегируемой заместительной терапией, - это та группа людей, чья жизнь зависит от механического аппарата. Только они реально понимают имеющиеся у них страхи, беспокойства, надежды и разочарования. А мы, медперсонал, помогаем продлить им жизнь. Они же должны заставить ее работать на себя.

**Конечно, в одной статье невозможно охватить все нюансы обсуждаемой проблемы. Очень важен индивидуальный подход в процессе лечения, умение пациента жить со своей болезнью как можно более полноценно.** ☺

**Оказывая психологическую поддержку пациенту, необходимо принимать во внимание уровень его личностной зрелости и разговаривать с ним на том языке, который ему будет понятен.**

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



# Поговорим о сосках-пустышках



**Наталья Сергеевна  
СЫЧЕВА,**  
врач-стоматолог,  
КГБУЗ «Детская городская  
поликлиника №9»,  
г.Барнаул

**Многие родители  
сталкиваются с  
проблемой выбора:  
давать ребенку  
соску или нет?  
В такой ситуации  
многое зависит от  
самого ребенка,  
а именно от его  
врожденного  
сосательного  
рефлекса.**

Некоторые детки вообще не нуждаются в пустышке, им достаточно сосать мамину грудь или смесь из бутылочки и, удовлетворив голод, прекрасно себя чувствовать. А вот беспокойному ребенку, часто плачущему, соска может быть благом, помогая успокоить крикуна. Подобное беспокойство может быть признаком сильной выраженности сосательного рефлекса, когда, не получив соски, ребенок начинает сосать палец, что намного хуже по своим последствиям.

Соска-пустышка может принести много пользы, ее положительные качества заключаются в первую очередь в том, что **она успокаивает грудничков**. Когда ребенок раздражен и его трудно успокоить, соска-пустышка может произвести просто волшебное действие, так как с ней малыш удовлетворяет свой основной рефлекс - сосательный. Особенно актуально это для детей, находящихся на искусственном вскармливании, которые в отличие от своих сверстников, сосущих грудь по требованию, кормятся по часам.

**Когда же можно давать ребенку пустышку?** Лучше делать это тогда, когда он не голоден, но ему хочется сосать, он ищет ротиком, пытается сосать все, до чего может достать (пальцы, одежду, пододеяльник). Как только ребенок засыпает, пустышку у него изо рта лучше вынуть. Нежелательно, чтобы он привыкал спать с ней во рту, так как каждый раз, когда соска выпадает, он будет просыпаться и кричать, требуя ее обратно. К тому же дети, привыкшие засыпать с соской во рту, потом не могут без нее уснуть, как бы ни хотели спать. В таких случаях они отвыкают от пустышки значительно позже.

## **Вред от злоупотребления пустышкой**

В том, что ребенок сосет пустышку в самом раннем возрасте, вреда для здоровья, можно сказать, нет (кроме момента привыкания). А вот

**если активное использование пустышки продолжается в возрасте после полугода, и особенно в момент прорезывания зубов, - у ребенка могут произойти следующие негативные изменения:**

- ◆ формируется неправильный прикус;
- ◆ возможны нарушения речи в будущем;
- ◆ начинаются нарушения в дыхании;
- ◆ возможно замедление психического развития ребенка;
- ◆ может возникнуть аллергия на материал, из которого изготовлена пустышка.

Специальные ортодонтические соски не так вредны, как обычные, но все же старайтесь не превращать сосание пустышки во вредную привычку.

## **Из чего делают соски и пустышки?**

Для изготовления сосок и пустышек используют три материала: **резину, силикон и латекс**.

**Силикон** - это эластичный синтетический полимер без цвета и запаха, а **латекс** - природный материал, созданный на основе сока тропического дерева гевеи (каучуковое дерево). Так как **резина** имеет множество недостатков (она нередко вызывает у малыша диатез, быстрее изнашивается, к ней сильнее пристаёт грязь), резиновые соски постепенно уходят в прошлое.

## **Силикон или латекс?**

**Силиконовые соски** - более тугие, меньше подвержены деформации, они нравятся более активным малышам.

**Силикон** долговечнее латекса.

Соски из **латекса** мягкие, но не очень прочные, поэтому они больше подойдут ослабленным, вяло сосущим детям.

**Латекс** мягче силикона, поэтому силиконовые соски рекомендуется использовать лишь до того, как у ребенка появятся первые зубы.



При перегревании или переохлаждении **латексная соска** не годится для дальнейшего использования, так как легко трескается и деформируется.

В отличие от силикона, на **латекс** отмечены случаи аллергических реакций.

**Менять латексные соски нужно один раз в 2-3 недели, а силиконовые - один раз в 4-5 недель.**

## Как выбрать пустышку?

**Размер.** Все пустышки различаются по размеру и соответствуют разным возрастным категориям. Чаще всего они делятся на соски для детей от 0 до 3 месяцев, от 3 до 6 месяцев, от 6 до 12 месяцев и старше.

**Форма.** Бывают круглые, овальные и ортодонтические пустышки. Последние имеют утонченную изогнутую шейку и скошенный кончик, имитирующий форму материнского соска при кормлении. Однако несмотря на то, что такие пустышки сегодня очень популярны, еще не доказано, что они лучше традиционных моделей.

**Конструкция.** Практически все пустышки состоят из соска, щитка-основания и кольца. У некоторых моделей все части выполнены из цельного латекса или силикона. Это удобно с точки зрения безопасности, потому что ребенок не может ее разобрать на части и подавиться. Щиток-основание у соски обязательно должен быть достаточно широким (чтобы предотвратить случайное заглатывание), иметь вырез для носика и вентиляционные отверстия около основания соски (чтобы не образовались опрелости и раздражения, а ребенок мог спокойно дышать).

Также стоит отметить пустышки, которые обладают дополни-

тельными функциями. Это - пустышки-термометры, пустышки-дозаторы для введения жидких лекарств и пустышки-ингаляторы.

**Аксессуары.** Для удобства использования пустышек в комплекте с ними или отдельно продаются аксессуары. Например, колпачок или коробочка для соски удобны во время путешествий. Для того чтобы пустышка не потерялась, ее можно подвесить на цепочку со специальной клипсой. Некоторые родители надевают на шею ребенку веревочку с пустышкой. Так делать ни в коем случае нельзя: это может привести к удушью.

## Уход за сосками

Новую соску-пустышку или соску следует прокипятить на протяжении 5 минут, а дальше ополаскивать кипятком.

Лучше всего иметь несколько сосок.

После кормления малыша бутылочку нужно раскрутить, вынуть молочную соску из вентиля бутылочки, хорошо промыть в теплом растворе соды (0,5 ч.л. на стакан воды) и сполоснуть горячей водой. Обязательно выворачивайте соски наизнанку!

Раз в день соски кипятят в кастрюльке с закрытой крышкой 3-5 минут.

Соски храните в сухом чистом виде, например, в стеклянной баночке или на блюдце, накрытом чистым стаканом.

Чтобы малыш не привык к одной (любимой) соске, рекомендуют приобрести несколько сосок-пустышек и молочных сосок, меняя их по очереди.

Перед тем как дать соску-пустышку ребенку, убедитесь, что на ней нет механических повреждений, если повреждения имеются, то такую соску-пустышку необходимо выбросить.

## Как и когда отучить ребенка от соски?

**Лучше это делать в возрасте 5-6 месяцев**, когда сосательный рефлекс начинает постепенно угасать. Некоторые дети даже «сигнализируют» об этом, выплевы-

вая мешающую им пустышку изо рта. Поэтому вместо того чтобы давать ребенку пустышку, перепеленайте его, покачайте на руках, спойте колыбельную, включите негромкую успокаивающую музыку, сделайте ему легкий массаж.

**Отучать ребенка от соски необходимо постепенно.** Когда ребенок спокоен, чем-нибудь занимается, пустышку у него можно потихоньку забрать. Если же малыш опять ее потребует, на время вернуть. Как только он о ней снова забудет, опять ее убрать.



**Не рекомендуется использовать радикальные средства**, например, распространенный совет смазывать пустышку горчицей: так можно нанести ожоги слизистой рта, не говоря уже о психической травме для ребенка.

**Не следует затягивать с отучением ребенка от соски-пустышки:** чем позднее вы начнете этот процесс, тем больше вероятность вызвать у ребенка сильный стресс.

Если ребенок не отвык от соски-пустышки к тому времени, когда у него прорезались зубы, он может кусать соску, и если она старая, отрывать зубами ее кусочки. Это опасно, так как возможно попадание их в дыхательные пути.

**Использование соски-пустышки после достижения возраста шести месяцев жизни нежелательно, а после года даже вредно**, так как это препятствует угасанию сосательного рефлекса и подавляет все другие виды деятельности, в том числе и двигательную активность. Сосание соски-пустышки после года отвлекает малыша и изолирует от многих впечатлений окружающего мира. Ребенок позже осваивает речь, а иногда и медленнее развивается интеллектуально. ☹



# ПОДПИСКА-2012

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

# ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

Журнал в вашем доме  
всего за **49 рублей** в месяц!



## Десять лет с вами!

### ИЗВЕЩЕНИЕ

**Внимание!!!** Обязательно заполнить (указав полный адрес) строку получателя корреспонденции.

Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний-Новоалтайск"  
 Филиал ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Новоалтайск  
 ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001  
 Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162  
 Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул  
 БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771  
 ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426  
 Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2012 г №2-12  
 Плательщик (Ф.И.О.): \_\_\_\_\_  
 Наименование фирмы, контактный телефон \_\_\_\_\_  
 Адрес получателя корреспонденции \_\_\_\_\_  
 Почтовый индекс, город (район, название поселка), \_\_\_\_\_  
 улица, дом, квартира (офис) \_\_\_\_\_  
 Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон \_\_\_\_\_

Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2012 год, № 2-12	548-00	548-00

Плательщик (подпись) \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
 Подписной индекс - 73618

Кассир

### КВИТАНЦИЯ

Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний-Новоалтайск"  
 Филиал ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Новоалтайск  
 ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001  
 Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162  
 Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул  
 БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771  
 ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426  
 Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2012 г №2-12  
 Плательщик (Ф.И.О.): \_\_\_\_\_  
 Наименование фирмы, контактный телефон \_\_\_\_\_  
 Адрес получателя корреспонденции \_\_\_\_\_  
 Почтовый индекс, город (район, название поселка), \_\_\_\_\_  
 улица, дом, квартира (офис) \_\_\_\_\_  
 Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон \_\_\_\_\_

Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2012 год, №2-12	548-00	548-00

Плательщик (подпись) \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
 Подписной индекс - 73618

Кассир

Журнал "Здоровье алтайской семьи" - лучший подарок вашим близким!

Подробности - в редакции журнала: г. Барнаул, ул. Пролетарская,  
 113, оф. 314, тел. 35-46-42, 63-84-90, e-mail: nebolen@mail.ru