

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



Первые в крае участники
Федеральной целевой программы "Жилище"



Мы рассчитываем на результат...

«Школа больных артериальной гипертонией. Научи учителя»

Совместно с краевым научным обществом кардиологов мы продолжаем наш проект «Школа больных артериальной гипертонией. Научи учителя». Что нам предстоит в ближайшее время? Это, прежде всего, несколько обучающих семинаров для медицинских работников ряда территорий края.

Кто может стать участником семинаров? Это врачи-терапевты, работающие как в поликлинических, так и в стационарных учреждениях, в участковых больницах, во врачебных амбулаториях, фельдшеры ФАПов, здравпунктов и, конечно, руководители ЛПУ.

Первый семинар пройдет 10 ноября на базе Рубцовской ЦРБ для специалистов г.Рубцовска, Волчихинского, Егорьевского, Локтевского, Михайловского, Рубцовского, Угловского районов.

23 ноября - в г.Алейске для специалистов Алейского, Калманского, Топчихинского, Усть-Пристанского, Усть-Калманского, Чарышского районов.

30 ноября представителей Курьинского, Новичихинского, Мамонтовского, Поспелихинского, Романовского, Усть-калманского, Шипуновского районов встречаем в Шипуновском районе.

И завершаем семинары в текущем году 7 декабря в г.Камне-на-Оби, где, помимо специалистов г.Камня-на-Оби и Каменского района, ожидается участие представителей Баевского, Крутихинского, Панкрушихинского, Тюменцевского, Шелаболихинского районов.

В прошедшем году такие семинары посетили почти 500 специалистов.

Что мы ожидаем от проведения таких семинаров? Конечно, в первую очередь, расширения числа единомышленников в вопросах профилактических образовательных программ среди населения и оказания им методической помощи в проведении такой работы.

Мы планируем уже в текущем году выпустить второй специальный выпуск нашего журнала «Школа больных артериальной гипертонией» с изменениями и дополнениями, и значительным тиражом.

Помимо семинаров, мы планируем на выездах обсудить проблемы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, являющихся одной из основных причин смертности, в том числе и трудоспособного населения, с руководителями муниципалитетов принимающих территорий. Встретиться с работниками тех сфер, которые, по нашему мнению, относятся к категории риска по развитию артериальной гипертонии: педагоги, социальные работники, служащие муниципалитетов, которые ознакомившись со способами профилактики этого грозного заболевания или его осложнений не только помогут себе, своим семьям, но и в силу специфики своей деятельности могут также стать активными участниками нашего профилактического проекта. Очень рассчитываем на поддержку местных СМИ, общественных организаций.

Мы, безусловно, понимаем, что один факт проведения таких семинаров не решит проблемы, но он может стать толчком, детонатором организации многоплановой профилактической работы в районе, городе, отдельном селе... Работая последовательно, можно достичь результата - обязательно, именно на это мы рассчитываем.



Учредитель -
 ООО "Издательство
 "ВН - Добрый день"
 г. Новоалтайск,
 ул.Обская, 3. Тел. (232) 2-11-19.

Адрес редакции:
 656037 г.Барнаул,
 ул.Чеглецова, 3а, оф.306
 Тел. редакции - (3852) 39-87-79
 E-mail: nebolen@mail.ru

Главный редактор -
Ирина Козлова

Ответственный редактор -
Мария Юртайкина
 Компьютерный дизайн
 и верстка -
Ольга Жабина
Дмитрий Зырянов
 Отдел рекламы -
Татьяна Веснина,
Лариса Юрченко

Подписано в печать 31.10.2006г.
 Печать офсетная. Тираж -
 6500 экз. Цена свободная.

Свидетельство о регистрации СМИ
 № ПИ-12-1644 от 04.02.2003г., выдан-
 ное Сибирским окружным межрегио-
 нальным территориальным управлени-
 ем Министерства РФ по делам печати,
 телерадиовещания и средств массовых
 коммуникаций.

Все товары и услуги подлежат обя-
 зательной сертификации.

Материалы, помеченные знаком ■,
 размещаются на правах рекламы, точка
 зрения авторов может не совпадать с
 мнением редакции.

Отпечатано в типографии
 ООО «Алфавит»:
 г.Барнаул, ул.Короленко, 75.
 Тел. (3852) 65-91-18

Подписной индекс
- 73618

Содержание

Первый Форум матерей Сибири	2
Обращение Первого Форума матерей Сибирского федерального округа	2-3
Л.И. Финк. Значение УЗИ в диагностике повреждений и воспалительных изменений в плечевом суставе	4-5
Курящий взрослый – пример для подростка?	6
ДОМАШНЯЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ. Т.Б. Кожанова, И.М. Антонова. Используем электромагнитные аппараты	7-9
Говорящие зубы	10
Полезные «вампиры»	11
Бесплезные, неправдивые, непонятные факты	12
Мир и медицина	13
Мы следим за работой вашего сердца	14
Читаем всей семьей	15-16
Осторожно: энтеровирусная инфекция	17
Дайте место отцу!	18
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Н.В. Сизых. Мы не уроним достоинства своего и не унизим профессию свою... ..	19
Л.А. Плигина. Цели и задачи АРОО ПАСМР в реализации национального проекта «Здоровье»	20
Профессиональная ассоциация средних медицинских работников Алтайского края – участник международных и республиканских совещаний, 2006 год	20-21
И.В. Козлова. Социальная позиция специалистов со средним медицинским образованием и демографическая ситуация	21
Торжественное подведение итогов профессионального конкурса на лучшую медицинскую сестру Алтайского края «Моя профессия – моя гордость»	22-23
Резолюция научно-практической сестринской конференции «Роль сестринского персонала в повышении качества и доступности медицинской помощи населению Алтайского края»	24-25
М.М. Камнева. Роль сестринского персонала в работе «Школы для пациентов с артериальной гипертонией»	25
Е.А. Ворошилова. Роль сестринского персонала в повышении качества оказания сестринской медицинской помощи в лабораторно-поликлинической службе	26
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО МАТЕРИНСТВА. Н.И. Фадеева, О.В. Ремнева, С.Д. Яворская. Привычная потеря беременности: инструмент естественного отбора или акушерская патология?	27-28
Письмо в посылке	29
Мир и медицина	30
Я поведу тебя в музей	31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	32-33
Очищающая диета «Коричневый рис»	34
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ. Мужчины и женщины худеют по-разному	35-36
Мир и медицина	37
А.А. Шпилов. Наследственные метаболические энцефалопатии	38-39
Превратим все в удовольствие	40
Мир и медицина	41
КОРОНАРНЫЙ КЛУБ. Л.А. Старкова, Е.Д. Косоухова, Н.С. Пешкова, А.А. Суворова Учимся управлять стрессом	42-43
Имя подвига – материнство	44

Первый Форум матерей Сибири

В конце сентября, 26-го, в г. Красноярске состоялся Первый Форум матерей, в котором приняли участие матери - представительницы регионов, входящих в Сибирский федеральный округ.

Вопросы, которые обсуждали матери, касались особенностей региональной семейной политики - именно эта тема была освещена в докладах государственных органов Томской, Иркутской областей, Таймырского (Долгано-Ненецкого) автономного округа, Республики Алтай.

Женщины-матери, лидеры женских НКО Сибири всегда были в авангарде решения вопросов укрепления института семьи, демографической и гендерной политики и их выступления на Форуме были особенно яркими - О.В. Шогрен, многодетная мать, Президент Новосибирского областного фонда «Мама», Д.А. Мосунова-Кондрашова, председатель Красноярского фонда «Тройняшки».

Делегацию Алтайского края представляли - Вера Дмитриевна Волошина, Председатель краевой общественной организации детей-инвалидов «Незабудка»; Елена Анатольевна Китаева, мать 15 детей, в том числе 9 несовершеннолетних; Светлана Григорьевна Павлюкова, Председатель Совета семей воинов, погибших в Афганистане, Чечне и других локальных конфликтах; Раиса Семеновна Федорова, Председатель краевого отделения Всероссийского детского фонда; Ирина Викторовна Феер, врач-педиатр, г.Барнаул, мать 4 детей; Инесса Владимировна Фисенко, мать 8 детей (двое детей - под опекой), работник Центра социальной помощи семье и детям из Тальменки; Галина Ивановна Харлова, мать троих приемных детей из г.Рубцовска, и Надежда Степановна Ремнева, Председатель Общественной женской палаты при главе администрации края, которая выступила на Форуме от имени матерей Алтая.



Делегация Алтайского края на Первый Форум матерей СФО

Обращение Первого Форума матерей Сибирского федерального округа

Мы, участники Первого Форума матерей Сибирского федерального округа, заявляем о своей поддержке курса Президента Российской Федерации В.В. Путина, направленного на первоочередное решение задачи по выводу страны из демографического кризиса, повышению роли семьи, материнства и детства и выражаем уверенность в том, что все задуманное будет обязательно реализовано.

Семья в России переживает глубокий кризис: снижение рождаемости, не обеспечивающей даже простого воспроизводства населения, рост разводов и, как следствие, числа неполных семей, увеличение масштабов социального сиротства, изменение нравственного климата в семьях и размывание представлений о ценности семьи и семейной жизни в общественном сознании. Ежегодно из-за высокой смертности и низкой рождаемости **россиян становится почти на 1 миллион человек меньше.**

Особенно неблагоприятные тенденции демографического развития отмечаются в Сибири. Уже более 10 последних лет идет процесс естественной убыли постоянного населения. Особую тревогу вызывает положение сибирской семьи в сельской местности.

С учетом современных геополитических, экономических, культурных интересов России процесс «демографического сжатия» населения Сибири несет серьезную угрозу национальной безопасности.

Мы убеждены, что материнство должно стать высокочтимым в обществе, мы должны поднять его престиж, окружив заботой женщину-мать. Для этого необходимо объединить усилия государства, политических партий, общественных организаций и движений, религиозных конфессий, бизнес-сообщества, средств массовой информации и всех россиян в целом.

Большие надежды на улучшение демографической ситуации, укрепление институтов семьи, материнства и детства мы связываем с реализацией приоритетных национальных проектов, инициированных Президентом Российской Федерации В.В. Путиным: «Современное здравоохранение», «Качественное образование», «Доступное жилье», «Эффективное сельское хозяйство», и созданием Общественной палаты Российской Федерации.

Сегодня к нам приходит осознание огромной социальной ценности института семьи и материнства, **мы понимаем, что огромный материнский труд по воспитанию нового поколения страны нуждается в комплексной, многосторонней государ-**



ственной и общественной поддержке. Мы, участники Форума матерей Сибири, выражая серьезную обеспокоенность за состояние институтов семьи, материнства и детства в нашей стране, поддерживая инициативы Президента Российской Федерации В.В. Путина в социальной сфере, обращаемся со следующими предложениями:

К Президенту Российской Федерации В.В. Путину:

- ♦ восстановить награждение заслуженных женщин-матерей орденом «Материнская слава» и почетным званием «Мать-героиня».

К Федеральному собранию Российской Федерации:

- ♦ в возможно более короткие сроки сформировать полноценную правовую базу в отношении семьи и материнства, определив их статус и формы поддержки;

- ♦ обеспечить адресность в поддержке семей и многодетных матерей, равные права и равные возможности мужчин и женщин в семье, обществе, государстве;

- ♦ усилить ответственность родителей или их законных представителей за воспитание детей;

- ♦ законодательно закрепить нормы ответственности родителей, отказывающихся от содержания и воспитания детей.

К Правительству Российской Федерации:

- ♦ при разработке и реализации нормативно-правовых актов, программ социально-экономического развития предусматривать меры по поддержке семьи и стимулированию материнства, обеспечению социально-экономических условий, способствующих созданию и укреплению семьи, в том числе сельской, с учетом ее специфики;

- ♦ ежегодно формировать государственный заказ на производство социальной рекламы, информационных программ и материалов по вопросам развития и укрепления семьи, материнства и детства, нравственного воспитания, демографии, здорового образа жизни;

- ♦ развивать систему подготовки и повышения квалификации социальных работников, специалистов в области проблем семьи, семейной политики, материнства и детства;

- ♦ рассмотреть возможность создания федерального органа исполнительной власти по вопросам семьи, материнства и детства;

- ♦ разработать и принять федеральную целевую программу «Материнство России»;

- ♦ в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» увеличить объемы финансовых средств, выделяемых на питание беременных женщин, вставших на учет в женскую консультацию, и детей первых трех лет жизни;

- ♦ существенно увеличить страховые обязательства государства за жизнь военнослужащих и приравненных к ним категорий граждан, в том числе и за погибших в случае самоубийства;

- ♦ поручить Министерству обороны

Российской Федерации организовать проведение обучающих семинаров для командования воинских частей по вопросам взаимодействия с родительской общественностью, а также с организациями, занимающимися вопросами укрепления семьи, материнства и детства;

- ♦ внести в Государственную Думу Российской Федерации предложение о внесении в Федеральный закон «О статусе военнослужащего» норм, учитывающих особенности прохождения военной службы женщин-военнослужащих, имеющих детей.

К полномочному представителю Президента Российской Федерации в Сибирском федеральном округе

А.В. Квашнину:

- ♦ инициировать создание в СМИ Сибирского федерального округа информационно-просветительских программ, направленных на пропаганду семейных ценностей через создание благоприятного образа успешных сибирских семей с детьми;

- ♦ рассмотреть возможность создания Сибирского координационного совета организаций, занимающихся проблемами семьи, материнства и детства.

К органам государственной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления Сибирского федерального округа:

- ♦ предусматривать в комплексных программах социально-экономического развития регионов и муниципальных образований в числе основных задач укрепление и развитие институтов семьи, материнства и детства, планируя создание для этого необходимых социально-экономических условий;

- ♦ разработать целевые комплексные региональные и муниципальные программы «Семья», «Материнство» и содействовать регулярному освещению в СМИ положительного опыта решения семейных проблем;

- ♦ содействовать созданию в городах и сельских поселениях комфортной жизненной среды для молодых семей (современное жилье, зоны культурного развития, социальная инфраструктура, возможности для непрерывного и дополнительного образования и т.д.);

- ♦ развивать социально-экономические и морально-психологические меры поддержки многодетных семей и женщин-матерей;

- ♦ активно привлекать представителей из числа женщин-матерей, женских общественных объединений к контролю за ходом реализации национальных проектов, комплексных программ социально-экономического развития регионов и муниципальных образований в части поддержки семьи, материнства и детства;

- ♦ всемерно поддерживать реализацию программ образовательных учреждений различного уровня, общественных объединений, ориентированных на популяризацию тради-

ционных духовно-нравственных, семейных ценностей, здорового образа жизни;

- ♦ внедрить в общеобразовательных учреждениях программы социально-педагогического образования родителей («Родительский всеобуч»);

- ♦ расширить сеть и активизировать деятельность учреждений, работающих с семьей, инициировать создание школ матерей во всех регионах Сибири;

- ♦ ежегодно формировать государственный заказ на подготовку специалистов в высших учебных заведениях по специальностям «социальный педагог» и «социальный работник» для организации работы с семьей и женщинами-матерями;

- ♦ ввести в практику ежегодное проведение региональных форумов матерей, приуроченных к Всероссийскому дню матери.

К Общественной палате Российской Федерации:

- ♦ выступить инициаторами ряда общероссийских общественных акций, направленных на популяризацию традиционных семейных ценностей, материнства и детства;

- ♦ организовать общественную экспертизу продукции СМИ и новых информационных технологий с точки зрения воздействия на социальное здоровье и благополучие семьи, статус и роль материнства.

К общественным объединениям, религиозным организациям:

- ♦ активнее вести целенаправленную работу по популяризации традиционных духовно-нравственных ценностей, укреплению института семьи, высокого предназначения женщины-матери;

- ♦ регулярно проводить целевые акции и мероприятия, посвященные проблемам развития семьи, материнства и детства;

- ♦ содействовать обобщению и широкому распространению опыта эффективной работы общественных объединений в сфере демографии и семейной политики.

К представителям бизнес-сообществ регионов Сибири:

- ♦ активнее принимать участие в благотворительных акциях, развивать меценатство, оказывать поддержку организациям и учреждениям, занимающимся проблемами семьи, материнства и детства;

- ♦ взять под особый патронаж многодетные семьи в своем регионе и способствовать в получении достойного воспитания, образования и трудового устройства детям из таких семей.

Мы призываем органы власти Российской Федерации, сибирских регионов, лидеров политических партий, общественных организаций и движений, религиозных конфессий, средства массовой информации помочь обрести женщине-матери высочайший социальный, общественный и экономический статус, оказывать всемерную помощь и поддержку многодетным семьям, активно препятствовать возрастанию агрессии и насилия, наркомании и алкоголизму, разрушению семейного уклада.



ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР Алтайского края

Значение УЗИ в диагностике повреждений и воспалительных изменений в плечевом суставе

Лилия Ивановна Финк,
врач ультразвуковой диагностики,
ГУЗ «Диагностический центр Алтайского края», г. Барнаул

В связи с анатомическими особенностями и положением плечевой сустав чаще других суставов подвергается различным травмам: ушибам, вывихам, переломам и разрывам сухожилий мышц.

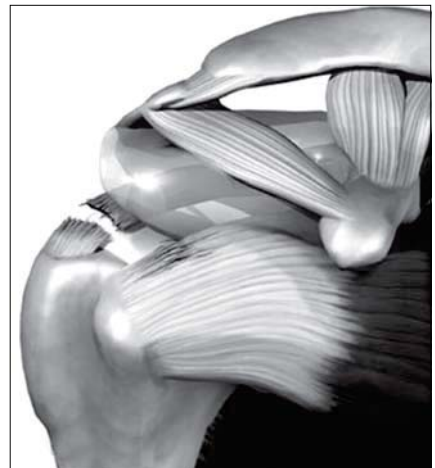
Одно из самых распространенных повреждений плечевого сустава - **вывих плеча** - составляет **50-60%** среди вывихов крупных суставов. Часто при вывихе плеча происходит повреждение капсулы сустава, гиалинового хряща, суставной поверхности головки плечевой кости, хрящевой губы, а также сухожилий составляющих ротаторную манжету. При этом около **40%** всех травм плеча в любых возрастных группах составляют **разрывы вращательной манжеты**.

Клиническим проявлением повреждений сухожилий ротаторной манжеты обычно является **боль над передним, боковым и верхним отделами плечевого сустава, в области корако-акромиальной дуги, а также в пере-**

днем и среднем отделах дельтовидной мышцы. Болевой синдром усиливается при выполнении активных движений, когда рука поднимается до или выше уровня плечевого сустава (симптом «болезненной дуги»). Боль часто иррадирует дистально к месту прикрепления дельтовидной мышцы на плечевой кости и иногда вниз к локтевому суставу.

Стойкий подвывих или вывих ключично-акромиального сустава является следствием острого повреждения при падении с упором на плечевой сустав или с упором на локоть.

В результате частых ушибов плечевого сустава, присоединения инфекции, нарушения обмена веществ в сухожилиях ротаторной



манжеты плеча, **могут возникать патологические изменения, проявляющиеся в форме острого и хронического воспаления,** сопровождающиеся выпотом в суставные сумки.

Хронические воспалительные изменения сухожилий ротаторных манжет вызывают **плечелопаточный периартрит,** который характеризуется болью и ограничением движений в плечевом суставе.

Плечевой сустав обладает обширным мышечным аппаратом. Сухожилия тесно прилегают к суставной капсуле, местами плотно срастаясь с ней. Из-за этой тесной близости разнообразных структур, многие повреждения и заболевания

имеют сходную симптоматику, что затрудняет дифференциальную диагностику.

В настоящее время существует большое количество современных методов диагностики повреждений плечевого сустава (**рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография,**

диагностическая артроскопия), которые позволяют визуализировать те или иные его структуры. Но предпочтение отдается тем методам исследования, которые, кроме высокой информативности, обладают такими качествами, как неинвазивность, безвредность, а также характеризуются простотой выполнения и трактовки результатов, воспроизводимостью и низкой стоимостью исследования. Большинство из перечисленных выше тре-



бований в наибольшей степени отвечает **ультрасонография с высоким разрешением в режиме реального времени.**

Одним из наиболее существенных факторов, влияющих на эффективность лечения этих повреждений и прогноз их эволюции, является полная и своевременная диагностика, особенно на ранних стадиях патологического процесса.

Таким образом, ультразвуковое исследование плечевого сустава обладает большой диагностической ценностью в оценке повреждений сухожильно-мышечного и костно-хрящевого компонентов плечевого сустава, постановке точного диагноза и определения тактики лечения, является методом первичного скрининга и многократного использования при динамическом наблюдении.

Простота и надежность ультразвуковых методик обеспечивает ему несомненный приоритет перед другими инструментальными методами.

Данное исследование Вы можете пройти на базе КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края».

Осторожно: гололед!

Наступила зима - это радость первого снега и удовольствие от лыжных прогулок и катания на коньках. А для других холода оборачиваются переломами, болезнями...

Запомните несколько полезных рекомендаций:

○ Если наледь невозможно обойти, то передвигайтесь по опасному участку, имитируя движение при ходьбе на лыжах, - небольшими скользящими шажками. Двигаться нужно на полусогнутых ногах для большей устойчивости. Старайтесь ступать на всю подошву и делать короткие шаги.

○ В гололед лучше не брать с собой тяжелые вещи, а также хрупкие (особенно стеклянные!) - можете пораниться осколками.

○ При падении не следует выставлять перед собой руки в качестве опоры на землю - запястья легко ломаются. Стоит заранее потренироваться «в падениях» дома. Падать лучше всего на бок, стараясь при этом не сильно напрягать мускулы.

○ Во время падения прижмите руки к груди, постарайтесь «завалиться» на бок с перекатом на спину. В этом смысле образец для подражания - кошки. Ни в коем случае нельзя при падении садиться - можно очень серьезно травмировать крестец.

Пожилые люди страдают от гололеда гораздо больше молодых. Поэтому врачи советуют тренировать вестибулярный аппарат, чтобы научиться балансировать. Также необходимо принимать специальные препараты для укрепления кости с содержанием йода и кальция.

**Телефоны регистратуры
КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:
(3852)26-16-63; 26-16-66.
Адрес: г. Барнаул, пр. Комсомольский, 75а**

Домашняя физиотерапия



Занятие третье



Татьяна Борисовна Кожанова, врач-физиотерапевт высшей категории, главный физиотерапевт г. Барнаула, заведующая физиотерапевтическим отделением МУЗ «Городская поликлиника №11»



Инна Михайловна Антонова, врач-физиотерапевт первой категории, заведующая физиотерапевтическим отделением МУЗ «Городская поликлиника №1»

В этой статье познакомимся с группой электромагнитных аппаратов. Эти приборы генерируют магнитное поле только после подключения к электрической сети. Аппараты снабжены индукторами-электромагнитами или индукторами-соленоидами, служащими для преобразования электрического поля в магнитное.

Используем электромагнитные аппараты

1) **Аппарат для низкочастотной магнитотерапии портативный МАГ-30 и МАГ-30-3.** Этот аппарат генерирует на своей рабочей поверхности неоднородное переменное магнитное поле частотой 50 Гц и заданной магнитной индукции. Рабочая поверхность аппарата гладкая, противоположная надписи «Маг».

Особенность аппарата заключается в том, что его параметры: габариты (115x80x47 мм), масса (не более 0,6 кг), электропитание от сети (220 В, 50 Гц), а также отсутствие регулировок, аппарат может использоваться не только в медицинских учреждениях, но и в домашних условиях по рекомендации врача. То есть **им можно пользоваться без специального обучения**, достаточно только знать изложенные в паспорте показания и противопоказания к применению.

С 2001 года в комплекте поставки аппарата МАГ-30-3 есть индикатор магнитного поля. При отсутствии в комплекте поставки индикатора магнитного поля в наличии переменного магнитного поля можно убедиться по вибрации небольшого стального предмета, поднесенного к рабочей поверхности включенного в сеть аппарата.

Аппарат имеет минимум противопоказаний (только общие для всех физиопроцедур). Лечение аппаратом не ока-

зывает непосредственно сильного эффекта на нейро-эндокринную систему организма. Это позволяет применять аппарат при длительных курсах лечения хронических заболеваний. **Лечение аппаратом МАГ-30-3 положительно отражается на психоэмоциональном состоянии пациентов**, что играет немаловажную роль в выздоровлении пациента.

Аппарат МАГ-30-3 обладает положительным воздействием на организм и достаточным обезболивающим действием в случаях применения аппарата для лечения последствий острых травм и при применении аппарата в случаях обострения хронических заболеваний. Продолжительность аппаратного воздействия начинается с **10 минут** в первые три процедуры и далее в течение 3-х дней увеличиваются до **20 минут** в день на одну область. Суммарное время воздействия за 1 день не должно превышать 40 минут. Оптимальная продолжительность курса лечения хронических заболеваний должна быть **не менее 15 дней** без перерыва, затем перерыв до 10 дней, после чего курс лечения повторяется. Периодичность курсов лечения не имеет решающего значения и должна подбираться индивидуально (не менее 1,5 месяцев).

Отдельные больные в первые 5-10 дней отмечают кратковремен-

ное усиление болей, в этом случае лечение не прерывают, а уменьшают продолжительность воздействия. Следует отметить экологическую чистоту применения аппарата МАГ-30-3, он не оставляет вредных веществ ни в организме, ни в окружающем мире. Аппарат не сопровождается своей работой звуком, при работе почти не греется и не вызывает ощущения тепла. Могут быть легкое покалывание, «мурашки», легкое потепление.

Показания к применению:

Заболевания опорно-двигательного аппарата:

- деформирующий остеоартроз;
- остеохондроз позвоночника;
- артрит, плечелопаточный периартрит;
- артроромеололабильность;
- эпикондилит;
- остеомиелит;
- миофасцит мышц спины;
- бурсит.

Повреждения опорно-двигательного аппарата и их последствия:

- перелом костей;
- внутренние травмы суставов;
- посттравматическая контрактура суставов;
- ушиб мягких тканей, гематома, повреждение связок и мышц, посттравматический отек.

Заболевания половой сферы:

- воспалительные заболевания матки и придатков в подострую фазу заболевания;
- хронический простатит, уретропростатит, везикулит,

калликулит в подострую фазу заболевания;

- гипофункция яичников, недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла;
- альгодисменорея;
- предменструальный и климактерический синдром;
- спаечный процесс в брюшной полости и малом тазу;
- осложнения после оперативного родоразрешения (кесарево сечение, нарушение целостности промежности), послеоперационные рубцы-швы, рубцы;
- патологический лактостаз, субинволюция матки в послеродовой период.

Заболевания сердечно-сосудистой и периферической нервной системы:

- диабетическая полинейропатия;
- диабетическая ангиопатия;
- тромбоз глубоких вен голени - острый и хронический;
- илеофemorальный тромбоз нижней конечности - острый и хронический;
- хронический тромбофлебит в стадии трофических расстройств;
- тромбоз подключичной вены;
- варикозная болезнь;
- облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей;
- гипертоническая болезнь;
- невралгия тройничного нерва.

Острый катаральный средний отит.

Дерматозы зудящие, со-



Аппарат АМип-01 «Солнышко»

стояния после кожных пластических операций.

Иридоциклит.

Ветеринария - аппарат можно успешно применять при лечении травм у домашних животных.

Противопоказания - общие для магнитотерапии.

2) В последние годы незаслуженно мало, по сравнению с «МАГом», уделяется внимание аппарату «Магнитер». Связано это, скорее всего, с коммерческими нюансами, так как лечебные характеристики у «Магнитера» отличаются от «МАГа» тем, что **он может вырабатывать два вида переменного магнитного поля - синусоидальное и импульсное.**

Наличие этих двух разновидностей МП позволяет расширить показания к его использованию. Одним из первых портативных магнитотерапевтических аппаратов был аппарат АМТ-01 «Магнитер», который и сейчас широко применяется в лечебно-профилактических учреждениях и в домашних условиях.

Магнитотерапевтический аппарат АМип-01 «Солнышко» имеет аналогичные аппарату «Магнитер» технические характеристики, обладает лучшим дизайном и удобством применения при боковой и верхней позиции аппарата благодаря его конструкции и фиксирующим ремням, придаваемым к аппарату. Аппарат АМип-01 «Солнышко» предназначен для воздействия в лечебных целях пульсирующим или переменным низкочастотным магнитным полем.

Для обеспечения поддержания аппарата при боковой и верхней позиции аппарата в комплекте его поставки прилагаются фиксирующие ремни длиной 0,5 и 1,5 м. Масса не более 0,9 кг. Режим работы - синусоидальный и пульсирующий с частотой 50Гц. В положении I переключатели величины магнитной индукции - (10)мТл. В положении II переключателя величины магнитной индукции - (30)мТл. Цикличность работы аппарата - 30 минут с последующим отключением от сети не менее чем на 20 минут. **Не рекомендуется:** подносить к аппарату намагничивающиеся предметы во время работы аппарата. **Рекомендуется:** снять часы при работе с аппаратом. После каждой процедуры необходимо отключить аппарат от сети на 20 минут для его охлаждения.

Показания для лечения аппаратами «Магнитер» и «Солнышко» такие же, как у «МАГа», добавляются - язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреатит.

Противопоказания общие для магнитотерапии, но лечение заболеваний головы и половых органов не проводится.

В аппаратах «МАГ», «Магнитер» сразу после включения возможно появление незначительной вибрации, которая прекращается через 1-2 минуты, к 15-25 минуте работы этих аппаратов возможен их постепенный нагрев. Возможно возникновение ощущения слабого тепла.

3) «АЛМАГ-01» аппарат для локального воздействия на органы человека «бегу-



Аппарат МАГ-30

щим» импульсным МП. Аппарат портативный. До «АЛМА-Га» в физиотерапевтических отделениях использовался лишь аппарат «АЛИМП-1». Но он был очень громоздкий и использовался лишь в лечебно-профилактических отделениях. Небольшие габариты и масса до 0,6 кг позволяют использовать «АЛМАГ-01» в домашних условиях.

Аппарат состоит из электронного блока (генератор импульсов тока) и блока непосредственного воздействия на организм. Блок воздействия состоит из 4-х связанных между собой катушек-индукторов. Несмотря на то, что аппарат «АЛМАГ-01» имеет две рабочие поверхности, конструкция индуктора рассчитана так, что на расстоянии 15 см от него магнитная индукция сопоставима с обычным фоном земли (0,05мТл) и «омагничивание» окружающих не происходит.

Действие аппарата проявляется высокой биологической активностью за счет наибольшего числа биотропных параметров генерируемого бегущего импульсного магнитного поля. На воздействие аппарата у пациента не возникает привыкание. Частота повторения электромагнитных импульсов, попадая в диапазон биологических ритмов различных систем и органов человека, способствует нормализации их функций. Глубина проникновения электромагнитного поля в тело пациента в терапевтических дозах 6-8 см, что позволяет непосредственно воздействовать как на поверхност-

ные патологические очаги, так и на внутренние органы.

Аппарат может успешно применяться при длительном лечении хронических заболеваний.

Курсовое лечение аппаратом, состоящее из **18-ти процедур**, рекомендуется проводить с перерывом в 2 дня после 5-й и 10-12-й процедур в зависимости от реакции организма.

Продолжительность лечения в первые три процедуры составляет **10 минут**, затем с каждым днем увеличивается на две минуты и к 8-й процедуре достигает максимальной продолжительности **20 минут**.

При возникновении обострения на 3-4-й день лечения время процедуры можно уменьшить на 1/4.

Процедуры проводят 1 раз в день.

Показания к применению, как и у аппарата МАГ, и добавляются еще некоторые: вяло-заживающие гнойные раны, флегмоны, ожоги, заболевания желудочно-кишечного тракта (панкреатит в подострой и хронической стадиях, дискинезия желчевыводящих путей, хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), хронические неспецифические заболевания легких (хронический бронхит, бронхиальная астма).

Противопоказания - общие для магнитотерапии.

4) **«Магофон»**. Аппарат оказывает магнитное (низкочастотное импульсное) и виброакустическое действие на организм, что значительно по-



Аппарат «АЛМАГ-01»

вышает его эффективность при лечении различных заболеваний. Магнитовибротерапию с использованием аппарата «Магофон» можно сочетать с термотерапией (теплотечением), а также проводить комплексное лечение с лекарственными препаратами. Причем под действием переменного магнитного поля накладываемые на эту зону воздействия аппарата лекарственные средства (мази, настойки) становятся химически более активными, а виброакустическое воздействие, в свою очередь, несколько ускоряет проникновение лекарственных веществ в ткани. То есть, **с помощью аппарата Магофон можно усилить действие лекарственных препаратов.**

Применение МП одновременно с виброакустическим в значительной степени повышает эффективность аппарата. О действии на организм магнитного поля мы уже писали. Виброакустические колебания вызывают механические возбуждения рецепторов кожи и мышц, периодическое растяжение и сжатие тканей. **Аппарат МАГО-ФОН-01 обладает выраженным воздействием на организм.**

В связи с появлением обострения хронических заболеваний на 3-й день курсового лечения, что свидетельствует о положительной динамике лечения, время воздействия следует сократить на 1/3. Первые 3 процедуры проводятся с минимальной продолжительностью – **4-8 минут**, в зависимости от площади, на которую проводится воздействие аппа-

ратом, с дальнейшим увеличением **до 15-20 минут**, с некоторым уменьшением времени воздействия в конце курса лечения на 1/3 от максимальной продолжительности. Во время курса лечения после 7-й процедуры делается перерыв на 2 дня для формирования у организма ответной реакции на магнитоакустическое воздействие. **Курсовое лечение состоит из 14 процедур.**

Показания к применению схожи с АЛМАГОм, но есть и серьезные отличия:

1. Не используется для лечения болезней желудочно-кишечного тракта, дерматозов.

2. Добавляется использование в стоматологии (пародонтит, гингивит, хронический сиалоаденит, артрит височно-нижнечелюстного сустава). Наличие металлических коронок в полости рта не является противопоказанием.

Так как в аппарате Магофон используется виброакустическое воздействие, то **к общим противопоказаниям для МТ добавляется склонность к тромбообразованию или наличию тромбов.**

Семейство портативных физиотерапевтических аппаратов постоянно пополняется. Необходимо помнить о том, что целесообразность и допустимость применения лечебных физических факторов может определить только лечащий врач. Обязательно проконсультируйтесь с ним перед приобретением и использованием любого физиотерапевтического прибора.



Аппарат «Магнитер»

Читаем всей семьей

«Давая детям книги, мы даем им крылья»
И. Лепман, основательница Международного совета
по детской книге

Н.И. Маликова,
заведующая методическим отделом Центральной
городской библиотеки, г.Новоалтайск

Сегодня приоритеты классической культуры и духовные ценности ее величество мода заменила на «экстрим», «тусовку», «адреналин» - массовую агрессивную субкультуру. В кругах молодежи формируется особая манера поведения, своя модная идеология. Современное молодое поколение мишуру шоу-маскарада «быть обязанным и прикольным» принимает за истину бытия.

лодых людей начинают развигиваться совсем по другим законам. Юное поколение расплачивается порой за свои увлечения здоровьем, а порой и жизнью. Пока дети представляют собой «чистую глину», и родители, и люди, работающие в области просвещения и культуры, стараются выпестовать из них прекрасных, умных, добрых и образованных людей.

Библиотека берет на себя эту задачу как центр хранения традиций на поприще просвещения и образования. Именно здесь неформально удовлетворяются потребности детей и юношества в общении, в сохранении субкультуры детства, в приобщении к культуре и чтению.

Интернет необходим, но его возможностями наше общество еще, наверное, не научилось разумно пользоваться.

Книга, как источник знаний, существует не

одно столетие и по праву занимает особое место в цивилизованном мире. Чтение классики и просто хорошей книги служит своеобразной прививкой, которая вырабатывает иммунитет от сомнительных веяний, влияний, идей и соблазнов так называемого «американизма». Как

здесь не вспомнить классика, сказавшего о том, что всему, что в нем есть хорошего, он обязан книгам.

Семья, в которой принято читать, всегда является для ребенка первой ступенью высокой лестницы просвещения. Она составляет единое духовное пространство, в котором взрослые передают свой опыт восприятия книги детям, они первые открывают для него прекрасный, удивительный мир, созданный писателем, поэтом и художником-иллюстратором. Потребность в книге, в чтении закладывается в раннем детстве также в семье.

Библиотеки в городе Новоалтайске систематически

работают по развитию семейного чтения. Одной из последних инициатив в этом направлении муниципального учреждения культуры города Новоалтайска «Центральная городская библиотека» стала летняя акция «Читаем всей семьей». Акция прошла в библиотеках, расположенных в различных районах города: библиотека-филиал №1 (район НЗЖБИ), библиоте-ка-филиал №3 (микро-



А. Аргазинова, лучший читатель

Когда нравственное и интеллектуальное формирование юной личности отдано на откуп моде, настоящая культура вытесняется и искажается, а негативные тенденции подчиняют себе и пространство, и разум. Такая мода не безопасна. Неокрепшая психика и сознание мо-



О.Л. Чайка, зав. ЦГБ Новоалтайская вручает награду Л.В. Мошкиной, зав. сектором библиотеки №7

район Новостройки), библиотека-филиал №4 (Белоярский район) и Центральная городская библиотека.

На момент начала акции (1 июня 2006 года) был выделен специальный фонд из 100 книг и 100 журналов в каждой библиотеке.



А. Богданова, лучший читатель.

Формируя фонд, сотрудники библиотек старались расширить границы семейного чтения. Вниманию читателей были предложены не только художественная литература и периодические издания, но и книги по различным отраслям знаний. Значительную часть отобранных книг составила литература по географии, биологии, психологии, искусству. Весь «рекомендуемый» фонд был помечен специальными сиглами. Такие же сиглы ставились на формуляре читателей, которые принимали участие в летней акции.

Основная цель проводимой акции заключалась в активизации чтения детей и подростков через старших наставников, членов их семей: родителей, бабушек, дедушек, братьев и сестер.

Оказалось, что ребенок, несмотря на обилие видеокассет с мультфильмами, просит, все-таки, почитать вслух. Ему хочется, чтобы родители были рядом. Это рождает в нем чувство уверенности, защищенности, даже, если ребенку гораздо больше пяти лет и он прекрасно читает самостоятельно. Дело в том, что в этот момент вы принадлежите друг другу, и общение в этом случае – чтение. Это радость от любимой книги, от фразы, от стиля, от возможности поделиться удовольствием от прочитанного, подарить другому свою любовь к книге. Чтение вслух – это возможность творчества и выбора. Мы выбираем не только книгу, но и манеру чтения, его темп и тембр голоса, степень драматизации, театральности, кульминационные моменты для остановки.

Вместе с автором книги мы творим ее содержание для тех, кто слушает нас, и это действие неповторимо, как театральная постановка; оно волнует и захватывает и родителя, и ребенка.

В этом случае ребенок – не пассивный потребитель, как в случае с телевидением, так как есть возможность поговорить, поспорить, обсудить, поплакать или посмеяться вместе. А ведь ребенок, не обремененный знаниями и стереотипами взрослых, может понять знакомое нам произведение так по-детски глубоко и серьезно, что и нас заставит увидеть его иначе.

Приглашение к участию в акции «Читаем всей семьей» выглядело так:

«Уважаемые взрослые! – Несложная арифметика для вас!

Берем две книги на абонементе для себя плюс одну книгу – своему ребенку и получаем 50%-ю скидку на книгу платного абонемена.

Самую читающую семью ждет приз!».

Возможность льготного чтения на платном абонементе стала привлекательной составляющей летней акции.

Наиболее успешно летняя акция была реализована в библиотеке-филиале №3 благодаря творческому подходу сотрудников библиотеки: **Е.А. Куили, О.Н. Кониной, Е.Н. Кузьминой, Г.В. Даньшиной.**

1 сентября 2006 года в стенах ЦГБ состоялась церемония награждения активных участников акции. В номинации «Самая читающая семья» были отмечены семьи: Глушковых, Нехорошевых, Чураковых, Хоматхановых, Ватолиных и Печниковых.

Победители награждались дипломами и памятными подарками. Они автоматически



С. Проценко, солистка ансамбля «Белоросы»

становились участниками блиц-турнира, у них была возможность еще выиграть приз и внести доброжелательность, непринужденность в ауру праздника.

На праздник были приглашены городские СМИ – корреспонденты газет «Вечерний Новоалтайск», «Наш Новоалтайск». Отражение на страницах газет этого мероприятия послужит формированию положительного имиджа читающей семьи в социальном пространстве. **Ведь, действительно, читающие родители – это читающие дети! Читающие дети – читающая нация.**



Награды в номинации «Напиши письмо»

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ОТ 28.09.2006г. №15

Об усилении эпиднадзора за энтеровирусной инфекцией в крае
Я, Главный государственный санитарный врач по Алтайскому краю И.П. Салдан, проанализировав эпидемическую обстановку по заболеваемости энтеровирусной инфекцией, установил следующее.

В течение нескольких лет в России регистрируется вспышечная заболеваемость энтеровирусной инфекцией и серозными менингитами (Новосибирская, Иркутская области, Краснодарский край и др.). В летний период текущего года в Хабаровском крае было зарегистрировано более тысячи случаев заболевания серозными менингитами, вызванными энтеровирусами (ECHO).

Единичные случаи заболевания энтеровирусной инфекцией, в том числе серозными менингитами, зарегистрированы в Бийском, Целинном, Ключевском, Петропавловском районах, Барнауле, Новоалтайске. Сезонный подъем заболеваемости энтеровирусной инфекцией, в том числе серозными менингитами, регистрируется с июля текущего года в г.Бийске.

Осторожно: энтеровирусная инфекция

Серозный менингит – это воспаление оболочек спинного и головного мозга, обычно сопровождающееся отеком мозговых тканей. Разновидностей вирусов много, они могут вызывать множество других болезней – от обычных ОРВИ и кишечных расстройств до пневмонии и миокардита, то есть воспаления сердечной мышцы.

Признаки начинающегося менингита – сильная головная боль, неприятные ощущения в глазных яблоках, скованность и затрудненность движений шеи, нервозность. Из-за отека мозга повышается внутричерепное давление, что и вызывает эти ощущения.

Энтеровирусы устойчивы к холоду, в воде способны сохраняться от нескольких дней до 70 суток, причем как при комнатной температуре, так и при пониженной. В водоемы попадают обычно из сточных вод или от купающихся вирусносителей. Быстро погибают при кипячении воды, хлорировании и озонировании.

Заражение людей происходит чаще всего летом и осенью, во вре-

мя купания в открытых водоемах, при употреблении питьевой воды из случайных источников, **а также при контакте с больным** – через загрязненные предметы, игрушки, руки и даже воздушно-капельным путем. Больной человек может заразить и приготовляемую пищу.

Наиболее чувствительны к вирусам дети, особенно маленькие. У них заболевание обычно начинается, как типичная «простуда», точнее, острая респираторная инфекция: повышается температура, возникают лихорадка, насморк. Ребенок вялый, капризный, не хочет есть, жалуется на головную боль. Многие мамы пытаются лечить домашними средствами, не обращаясь к врачам. Это, к сожалению, может ухудшить состояние вплоть до потери сознания. Поэтому не стоит испытывать судьбу – лучше вызвать врача на дом сразу.

Лучшая профилактика энтеровирусных заболеваний – соблюдение правил гигиены. При своевременной диагностике и лечении менингит энтеровирусной природы проходит бесследно.

На заметку



Прощать обиды полезно для здоровья

Если верить последним исследованиям американских ученых, вовремя сказанное «прости» не только укрепляет пошатнувшуюся дружбу, но и улучшает здоровье: 87% участников исследования после прощения обидчика испытывали меньше симптомов стресса: головных болей, бессонницы и напряжения в спине, а 70% - почувствовали душевное облегчение. Таким образом, подтвердилось, что наши мысли напрямую связаны с самочувствием.

Обижаясь, вы отравляете себя. Независимо от того, как давно вас обидели, мозг хранит память о неприятном моменте и при каждом воспоминании о нем санкционирует выброс в кровь гормонов стресса - появляются тревога и страх. Вместо того чтобы возбуждаться при неприятном воспоминании, сделайте упражнение дыхательной гимнастики: десять глубоких вдохов и выдохов. Затем мысленно или на бумаге перефразируйте сценарий так, чтобы вы оказались в выигрышном положении, а соперник признал поражение. И наконец, если есть минутка, попробуйте расслабиться, как вы любите, - послушайте музыку, примите ванну, сделайте самомассаж.

Если вам сказали что-то обидное, не спешите надувать губы. Воспринимайте информацию рассудком, не заостряя внимание на эмоциональной стороне дела. Часто обида возникает вследствие обманутых ожиданий: человек сказал или сделал совсем не то, на что вы рассчитывали. Определите, в чем корень вашего недовольства. Возможно, вы ожидали от него больше, чем то, на что он способен? Или он просто делал так, как было удобно ему? Здоровый эгоизм - вполне понятное чувство, и глупо на него обижаться.

Расскажите об обиде близким друзьям - во-первых, вы почувствуете себя защищенным. Во-вторых, часто со стороны картина кажется более ясной, и ваши близкие помогут вам проанализировать ваши чувства и даже из самой неприятной ситуации вынести ценные уроки.

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Мы не уроним достоинства своего и не унизим профессию свою...

**Наталья Владимировна Сизых,
медицинская сестра первой категории
ортопедо-травматологического отделения,
МУЗ «Городская больница №11», г.Барнаул**

11 октября 2006 года состоялась краевая научно-практическая конференция на тему «Роль сестринского персонала в повышении, качества и доступности медицинской помощи населению Алтайского края», которую подготовила и провела наша профессиональная Ассоциация медицинских сестер. Я хочу рассказать Вам о ней. Именно рассказать, а не отчитаться, потому что конференция проходила в очень деловой, но дружеской атмосфере.

Первым с докладом «Основные принципы управления сестринским процессом» выступил заместитель начальника управления по здравоохранению Алтайского края Виктор Васильевич Яковлев. Была видна явная заинтересованность Управления в нашей работе и понимание проблем. Виктор Васильевич отметил, что финансирование в рамках приоритетного Национального проекта «Здоровье» существенно укрепляет материально-техническую базу ЛПУ края. В частности, готовится к запуску новая очередь кардиодиспансера, что обеспечит более качественный уровень оказания помощи и к улучшению условий труда среднего медицинского персонала.

Затем выступила Ирина Валентиновна Козлова. Сообщение главного редактора журнала «Здоровье алтайской семьи» - «Социальная позиция специалистов со средним медицинским образованием и демографическая ситуация в Алтайском крае» было очень интересным. Мне показалась очень важной мысль в ее выступлении о важности семьи, заботе о здоровье ее членов, а также о нашем собственном здоровье. В наших силах начать с себя, со своей семьи. И не нужно думать, что придется делать что-то глобальное. Для начала можно просто вести здоровый образ жизни (бросить курить, заняться спортом, правильно питаться и т.д.). А у нас даже бывает такое, что в подвале роддома

курят молодые мамы с медсестрами, вместо того, чтобы на собственном примере аргументировано объяснить и показать, как вредно курение для самой матери и ее ребенка.

Чтобы уверенно работать на новом оборудовании, применять более новые, совершенные методы работы необходимо повышать свой уровень знаний. Проблеме качества образования был посвящен доклад заместителя директора ББМК Галины Матвеевны Малиновской «Роль выпускников повышенного уровня медицинских образовательных учреждений и возможностей их рационального использования в структуре здравоохранения».

Что можем мы сами, чтобы преуспеть в профессии? – именно эта мысль стала основной в выступлении президента профессиональной Ассоциации средних медицинских работников Ларисы Алексеевны Плигиной на тему «Цели и задачи Алтайской профессиональной ассоциации средних медицинских работников в реализации национального проекта «Здоровье».

Нина Николаевна Крапивина, старшая медсестра нейрохирургического отделения ГУЗ «Краевой клинической больницы», доложила результаты внедрения сестринского процесса в рамках экспериментальной площадки.

Доклад о роли сестринского персонала в повышении качества оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях главной медсестрой поликлиники №9 г.Барнаула Екатериной Анатольевной Ворошиловой также был интересен и актуален.

Главная медсестра Заринской горбольницы Марина Михайловна Камнева рассказала об участии сестринского персонала в работе школы для пациентов с артериальной гипертензией.



Т.А. Белозерских, Н.В. Сизых, Е.В. Воробьева, С.Э. Гейс

В рамках открытого микрофона развернулась дискуссия по проблемам средних медицинских работников. Среди особо актуальных был поднят вопрос об аттестации средних медработников. Особенно заинтересованно было обсуждение Резолюции нашей конференции, которая в итоге была принята единогласно.

В конце конференции был приятный сюрприз: награждение по итогам краевого профессионального конкурса «Моя профессия - моя гордость».

Участие в таком краевом форуме было для меня важным, познавательным. Эмоции от увиденного, услышанного, можно сказать, переполнили меня. Буквально на следующий день я на собрании нашего коллектива подробно доложила коллегам о конференции. Чувствую подъем, желание совершенствоваться в профессии и хочу завершить свой рассказ цитатой из Клятвы медицинских сестер России: «Мы медицинские сестры - добровольно избравшие сестринскую профессию, представляем ту часть общества, которая предусматривает гуманистическое служение человеку независимо от его гражданства, национальности, вероисповедания, политических взглядов, возраста, пола и прочих признаков, а также обстоятельств, по причине которых человек становится нуждающимся в нашей профессиональной помощи и участии... Мы не уроним достоинства своего и не унизим профессию свою».

Цели и задачи АРОО ПАСМР в реализации национального проекта «Здоровье»

(ИЗ ВЫСТУПЛЕНИЯ НА КОНФЕРЕНЦИИ)

**Лариса Алексеевна
Плигина,
Президент АРОО ПАСМР**

Начало 2006 года знаменательно тем, что стартовал Национальный проект «Здоровье», хотя подготовка этого старта уже активно велась в последние месяцы 2005 года. Несмотря на то, что новая Концепция развития здравоохранения была принята еще в 1997 году, реальные перемены начались только сейчас, причем темп этих перемен идет по нарастающей.

В России трудится около 1,5 млн. специалистов со средним медицинским образованием. В Алтайском крае 24,420 человек. Они составляют третью часть от общего количества сотрудников любого ЛПУ и играют важную роль в лечебном процессе, в немалой степени определяя конечный результат – здоровье пациента.

В связи с реализацией Национального проекта «Здоровье» в настоящее время остро стоят вопросы повышения эффективности системы здравоохранения и подготовки квалифицированных кадров, так как важнейшей составной частью ресурсов системы здравоохранения являются кадры. К сожалению, существующую систему подготовки специалистов невозможно назвать непрерывной.

Какие формы обучения проводятся? Это особый разговор и не всегда приятный. В проекте не заложено финансирования обучения сестринского персонала, в отличие от врачебного, в регистр не вошли многие специалисты, которые работают в сфере ПМСП: фельдшера школ, помощники врачей общей практики, инструктора школ здоровья, медицинские сестры ДДУ, фельдшера доврачебных приемов, медицинские сестры фильтров, старшие и главные медицинские сестры поликлиник. Все это порождает напряжение в коллективах.

Сестринский персонал всегда и везде был доминирующей профессиональной группой, причем менее затратной в экономическом плане. Мы прекрасно понимаем, что необходим закон о сестринском деле, который формализует положение сестринской профессии, определит ответственность и права.

Другая важная проблема – это несоответствие образовательных стандартов требованиям практического здравоохранения. Необходимо коренным образом менять принципы и содержание профес-



сиональной подготовки, а для этого также требуется и дополнительная подготовка преподавательского персонала. В большей степени эти проблемы касаются качества постдипломного образования.

Специалист должен иметь право выбора образовательного учреждения для прохождения циклов специализации и усовершенствования, в этом вопросе недопустим монополизм, который установлен в нашем регионе на сегодня в сфере сестринского постдипломного образования.

Что еще очень важно? Это признание сестринской профессии на всех уровнях, проявления уважения к данной профессиональной группе, которое выражается в том, что медицинские сестры являются партнерами врачей, и медицинские сестры должны учить медицинских сестер, руководить сестринскими заведениями (дома сестринского ухода, хосписы) управлять сестринским образованием, проводить сестринскую аттестацию. В Российском здравоохранении уже накоплен хороший резерв специалистов с высшим сестринским образованием, способным взять эти функции на себя и в Алтайском крае через три года состоится первый выпуск медицинских сестер с ВСО.

Но будут ли они востребованы практическим здравоохранением? Пока отбора при приеме на ВСО у нас не проводится.

Наверное, никогда мы еще не жили в таком невероятно напряженном ритме.

(Продолжение на стр. 26)

Профессиональная медицинских Алтайского края – международных и совещаний,

июнь, г. Санкт-Петербург

Европейский Форум национальных сестринских и акушерских ассоциаций и Всемирной организации здравоохранения «Медсестры и акушерки в действиях против ВИЧ/СПИДа в Европейском регионе»



Сентябрь, г. Омск

Всероссийская конференция «Роль сестринского персонала в повышении качества и доступности медицинской помощи в амбулаторной, поликлинической службе»



Сентябрь, г. Москва

Российско-канадские семинары – «Политика и лоббирование сестринской профессии», «Этика в сестринском деле»



ассоциация средних работников участник республиканских 2006 год



Сентябрь, г. Чебоксары

Всероссийская конференция «Психиатрическая помощь в сестринском деле»

Сентябрь, г. Москва

Пироговский съезд «Национальный проект «Здоровье»



Октябрь, г. Санкт-Петербург

Международная конференция «Оказание помощи новорожденным»

Мы продолжаем оплачивать последипломное образование членов ПАСМР, возвращая на обучение 30% от годовых членских взносов. Таким образом оплачено:

Год	количество человек	сумма (рублей)
2004	523	83279
2005	526	132518
2006	502	135875

(за 9 мес.)

Для реформирования библиотек в сестринских коллективах выдается методическая литература и специализированные журналы за счет средств Ассоциации:

2004 год – 11853 рублей;
2005 год – 51160 рублей;
2006 (за 9 мес.) – 46650 рублей.

Социальная позиция специалистов со средним медицинским образованием и демографическая ситуация

(ИЗ ВЫСТУПЛЕНИЯ НА КОНФЕРЕНЦИИ)

Ирина Валентиновна Козлова,
главный редактор журнала «Здоровье алтайской семьи», член Общественной палаты Алтайского края



Демографическая и социальная ситуация в крае в целом, к сожалению, не выбивается из тех неблагоприятных тенденций, которые складываются в России в целом. Ситуация сегодня характеризуется как критическая, и все это, по прогнозам аналитиков, влечет за собой серьезные социальные и экономические последствия для страны.

Провозглашение и реализация национальных проектов, инициативы Президента в демографической и семейной политике вызывают дискуссии. Много речей об их полноте, эффективности, но, на мой взгляд, сделано самое главное: не только специалисты, но и политики, общество получили достаточно достоверную информацию о состоянии заболеваемости, смертности, уровне рождаемости, о состоянии репродуктивного здоровья и т.д.

Но что эта информированность дает? Принесет ли она конкретные результаты?

Задуматься об этом в таком контексте меня заставило знакомство с целым рядом докладов, резолюций серьезных международных институтов, таких как ВОЗ, ООН.

Как пример: октябрь, 2005г., доклад экспертов ООН «Оценка человеческого потенциала Земли». По индексу развития человеческого потенциал (ИРЧП) России занимает 57-е место в мире (по сравнению с 1990 годом опустилась на 15 позиций).

Но самая главная проблема России не бедность, ТВС, СПИД, не низкая продолжительность жизни, а отсутствие структуры гражданского общества, реально влияющих на политику, - констатируют авторы доклада.

Вот почему я считаю не просто уместным, а крайне **необходимым обсуждение такой важной темы как демографическая политика и социальная позиция медицинских работников на конференции такого представительного негосударственного сектора – профессиональной Ассоциации средних медицинских работников Алтайского края.**

Меры, которые нужно предпринять, вроде бы понятны:

1) повысить рождаемость, но не просто рождаемость, а здоровых и желанных детей (в жизни желанные – не всегда здоровые, а здоровые – не всегда желанные);

2) резкое снижение смертности, особенно предотвратимой;

3) организовать вклад «в страну» официальных мигрантов.

Но корень проблемы в том, что в России все еще не престижно быть здоровым. **Мы больше декларируем, чем реально осознаем, что без здоровья все другие ценности – любовь, карьера, деньги, утрачивают привлекательность, если вообще не теряют смысл.**

Думаю, особых причин для резкого повышения рождаемости в стране все же еще не появилось. Гораздо большую роль в динамике демографических процессов, по мнению специалистов, играют нематериальные активы, такие как ценность семьи, ее уважение и престиж, связываемые в обществе с этим институтом, степень участия обоих родителей в воспитании детей, количество разводов, средняя продолжительность брака, число матерей-одиночек, и, конечно же, репродуктивное здоровье. «Социальные патологии» не позволяют реализовать детородный потенциал даже тех, кто хотел бы иметь здоровое потомство, так как размах насилия в семье, масштабы насильственных смертей, отношение к собственному, в том числе и репродуктивному здоровью – все это снижает полноценность генофонда.

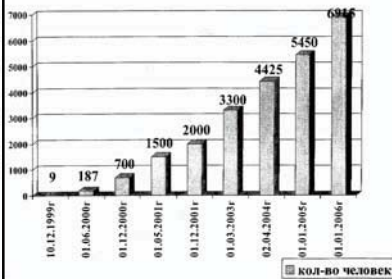
Самую серьезную озабоченность вызывает здоровье детей. На фоне значительного сокращения численности детского населения (на 15,7% за последние 5 лет) среди детей ежегодно на 5% растет уровень заболеваемости.

(Продолжение на стр. 24)

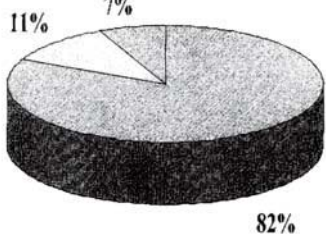
Торжественное подведение итогов медицинскую сестру Алтайского края

Профессиональная ассоциация средних медицинских работников Цифры, факты

Динамика роста численности членов АРОО ПАСМР

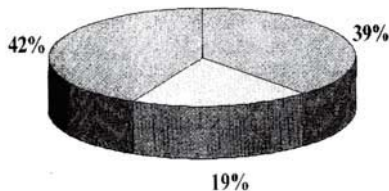


Динамика роста численности членов АРОО ПАСМР Структура численности Ассоциации на 2002 год



□ ЛПУ Барнаула □ Краевые ЛПУ □ ЦРБ

Структура численности Ассоциации на 2006 год



□ ЛПУ Барнаула
□ Краевые ЛПУ
■ ЛПУ городов и районов края



профессионального конкурса на лучшую «Моя профессия - моя гордость»

ПРИКАЗ

№40 от 05.10.2006г.

Об итогах проведения профессионального конкурса на лучшую медицинскую сестру Алтайского края «Моя профессия – моя гордость»

В соответствии с приказом №22 от 23.05.06г. и протокола комиссии о подведении итогов профессионального конкурса на лучшую медицинскую сестру Алтайского края «Моя профессия – моя гордость»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1.1. Семенчук Ольгу Михайловну, медицинскую сестру МУЗ «Городская больница №4» г.Барнаула, победительницу конкурса, набравшую наибольшее количество баллов – 116 и занявшую 1 место, наградить:

◆ лентой победителя «Лучшая медицинская сестра-2006»;

◆ дипломом I степени с вручением ценного подарка - телевизора.

1.2. Медведеву Светлану Николаевну, медицинскую сестру ГУЗ «Краевая клиническая больница», набравшую 104 балла, занявшую 2-е место, и наградить:

◆ дипломом II степени с вручением ценного подарка - мобильный телефон.

1.3. Царегородцеву Викторину Владимировну, медицинскую сестру МУЗ «Городская больница №1», г.Барнаул, набравшую 103,5 баллов и занявшую 3 место, наградить:

◆ дипломом III степени с вручением ценного подарка - кухонный комбайн «BOSCH».

2. Финалистам конкурса вручить ценные подарки и цветы:

◆ Барановой Светлане Александровне, медицинской сестре НУЗ ОКБ на ст. Барнаул (Ж.Д.),

◆ Шипилиной Валентине Валерьевне, медицинской сестре МУЗ «Городская больница №3», г.Барнаул,

◆ Поливиной Наталье Сергеевне, медицинской сестре МУЗ «Каменская ЦРБ»,

◆ Маниной Татьяне Николаевне, медицинской сестре МСЧ-128, г.Яровое;

3. За содействие и поддержку в развитии сестринской профессии вручить благодарность:

◆ Гулле Николаю Петровичу, главному врачу МУЗ «Городская больница №4», г.Барнаул,

◆ Берестову Сергею Андреевичу, и.о. главного врача ГУЗ «Краевая клиническая больница»,

◆ Пелеганчуку Владимиру Алексеевичу, главному врачу МУЗ «Городская больница №1», г.Барнаул.

4. За высокую профессиональную подготовку участниц конкурса, занявших призовые места, вручить благодарность и сувенир:

◆ Ветхоловской Елизавете Андреевне, главной медицинской сестре МУЗ «Городская больница №4», г.Барнаул,

◆ Добролюбовой Тамаре Федоровне, главной медицинской сестре ГУЗ «Краевая клиническая больница»,

◆ Скворцовой Валентине Витальевне, главной медицинской сестре МУЗ «Городская больница №1», г.Барнаул.

Президент

Л.А. Плигина

ПРИКАЗ

№41 от 05.10.2006г.

Об итогах проведения

конкурса на лучший фотоальбом

В соответствии с приказом №22 от 23.05.06г. и протокола комиссии о подведении итогов конкурса на лучший фотоальбом в области сестринского дела

среди учреждений здравоохранения Алтайского края

ПРИКАЗЫВАЮ:

Наградить:

За 1 место - сестринский коллектив МУЗ «Городская больница №5», г.Барнаул:

- дипломом 1 степени,

- ксероксом,

- цветами.

За 2 место - сестринский коллектив МУЗ «Косихинская ЦРБ»:

- микроволновой печью,

- дипломом 2 степени,

- цветами.

Третье место поделили два сестринских коллектива:

- сестринский коллектив МУЗ «Краевой госпиталь для ветеранов войн»,

- сестринский коллектив МУЗ «Городская больница №8», г.Барнаул:

- дипломами 3 степени,

- радиотелефонами,

- цветами.

Участникам конкурса вручить ценные подарки:

1. МУЗ «Заринская ЦРБ»,

2. ГУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»,

3. МУЗ «Стоматологическая поликлиника №3»,

4. ФГУЗ «Медсанчасть ГУВД Алтайского края»,

5. МУЗ «Городская больница №11», г.Барнаул,

6. МУЗ «Городская поликлиника №11», г.Барнаул,

7. МУЗ «Городская поликлиника №1», г.Барнаул,

8. МУЗ «Городская поликлиника №9», г.Барнаул,

9. МУЗ «Каменская ЦРБ».

Президент

Л.А. Плигина



Социальная позиция специалистов со средним медицинским образованием и демографическая ситуация

Дети в возрасте до 5 лет в наибольшей степени определяют демографические потери страны (15,5% против 6% на 1000 родившихся соответствующего года рождения, что в 2,5 раза выше, чем в развитых странах). В 1,5 – 2 раза выше уровня смертности и других стран и из детей старше 5 лет, а ведущие причины смертей – травмы, отравления, самоубийства!

Такая ситуация со здоровьем детей прогнозирует деформированные социальные последствия: ограничения в будущем реализовать им репродуктивную функцию, а также ограничение возможности получения профессионального образования и свободного трудоустройства, высокую частоту социальной и психологической дезадаптации, негодности к военной службе, т.е. снижение демографического и трудового потенциала нации.

Я убеждена, что медицина может быть эффективной только **на основе высочайшего уровня общественной и социальной ответственности и солидарности**, особенно, когда декларируемые государством гарантии бесплатной медицинской помощи не выполнены (что вызывает естественную негативную оценку у населения). Доступность ее, уже по факту, может быть обеспечена только за счет совместного присутствия и государственной, и муниципальной

и частной медицины. Именно поэтому вопросы **общественного контроля в этой сфере становятся все более важными.**

Я не говорю об уродливых формах критиканства и самопопуляризации, используемых отдельными (с позволения сказать) «лидерами» НКО.

Необходима организация таких форм общественного контроля как:

- общественный мониторинг здоровья;
- общественная поддержка государственных медицинских программ;
- общественный контроль негосударственной медицины;
- общественная сертификация значительной части продукции, предназначенной для лечебных и профилактических целей.

Профессиональная сестринская Ассоциация – важный элемент такой общественной системы контроля.

Понимание, осознание серьезности реального положения в демографии, ее прогнозах всех изъянов и просчетов в социально-демографической политике, конечно, не повод для паники, пессимизма, уныния.

Еще раз повторяю - объективная информация общества о состоянии его здоровья - это очень важный шаг.

Мы с вами прекрасно понимаем, что решение внутриотраслевых проблем, даже увеличение финансирования отрасли в

(Окончание. Начало на стр. 21)

два раза не решат проблему демографии без участия в реализации национальных проектов, национальных программ – нации, т.е. всего населения.

Почему мы говорим в связи с этими задачами об особой вашей миссии? Вы наиболее информированная и авторитетная для населения группа специалистов. Распознать, обучить, даже заставить обратить внимание на свое здоровье, войти в каждую семью, заинтересовать каждого человека – вот что важно достичь. Я бы считала целесообразным работу таких «школ здоровья» возложить на ответственных специалистов со средним специальным образованием, что существенно сократило бы сроки подготовки таких специалистов, выделило бы их особо среди медицинских работников других специальностей, в том числе и по условиям оплаты. Сместить акцент в этой работе на работу с семьей так же необходимо.

Но, начать нужно с самих себя. Вы – медицинские работники должны стать действительно достойным примером для подражания.

Мнение в решении всех этих проблем специалистов может и должно быть услышано властью, обществом, и то, что Ассоциация – инструмент такого конструктивного диалога, я уверена.

Резолюция научно-практической «Роль сестринского персонала в повышении качества и

Участники научно-практической конференции по результатам докладов и состоявшейся дискуссии о роли и месте специалистов со средним медицинским образованием в системе мер по улучшению качества оказания медицинской помощи населению Алтайского края считают необходимым отметить, что в условиях формирования здравоохранения важная роль в обеспечении доступности и качества предоставляемых населению услуг, усилении профилактической направленности сестринской помощи принадлежит медицинским работникам со средним медицинским образованием.

Вместе с тем работу осложняет отсутствие единой концепции развития сестринского дела в России, практических стандартов и критериев оценки деятельности специалистов сестринской профессии, не в полном объеме используется потенциал медицинских сестер и акушерок в пропаганде и формировании профилактических подходов к охране здоровья населения. Руководители ряда лечебно-профилактических и образовательных учреждений не проявляют должного вни-

мания к вопросам улучшения организации работы средних медицинских работников (в том числе в фельдшерско-акушерских пунктах и участковых больницах), создания необходимых условий для повышения их профессионального статуса, не оказывают поддержки в развитии Алтайской Профессиональной ассоциации средних медицинских работников.

Краевая сестринская научно-практическая конференция постановляет:

1. Признать необходимым дальнейшее совершенствование сестринского дела, развитие его кадрового потенциала и организационной структуры управления.

2. Обратиться в Управление Алтайского края по здравоохранению с предложениями:

- ◆ разработать совместно с Алтайской Профессиональной ассоциацией средних медицинских работников программу развития сестринского дела в Алтайском крае на 2007-2011 годы и план по реализации основных мероприятий программы;
- ◆ разработать и внести необходимые коррективы в последипломную подготов-

ку средних медицинских работников в соответствии с задачами по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье»;

- ◆ рассмотреть возможность создания независимой краевой аттестационной комиссии по средним медицинским работникам;

- ◆ продолжить работу по совершенствованию качества профессионального образования средних медицинских работников, обратив внимание на дальнейшее развитие системы многоуровневой подготовки и последипломного образования средних медицинских работников;

- ◆ планомерно проводить работу с руководителями лечебных учреждений по укомплектованию должностей главных медицинских сестер, главных акушерок, главных фельдшеров, старших медицинских сестер и старших лаборантов лицами, имеющими высшее сестринское образование и повышенное уровневое образование;

- ◆ ввести в штатное расписание Управления Алтайского края по здравоохранению комитетов по здравоохранению г.Бар-

Роль сестринского персонала в работе «Школы для пациентов с артериальной гипертонией»

(ИЗ ВЫСТУПЛЕНИЯ НА КОНФЕРЕНЦИИ)

Марина Михайловна Камнева,
главная медицинская сестра МУЗ «Заринская
центральная городская больница»

Школа для больных гипертонической болезнью в МУЗ «Заринская центральная городская больница» работает со 2 сентября 2002 года. Руководителем школы назначена Николаенко Л.В., заместитель главного врача по поликлинике, кардиолог. С 2005 года в Школе ГБ активно работает медицинская сестра по санитарному просвещению поликлиники Никишина Наталья Ивановна. Основной целью Школы является достижение сознательного и активного участия лиц с артериальной гипертонией, лиц с высоким риском заболевания и членов их семей в мероприятиях по первичной и вторичной профилактике АГ и, как следствие, снижение выхода на инвалидность, смертности, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни больных с АГ.

Занятия Школы проходят в кабинете, оснащенный наглядными

материалами для занятий (плакаты, информационные листки, брошюры), телевизором и видеомонитором, таблицами, памятками для больных, тонометром и фонендоскопом.

Занятия в Школе проводятся циклами, цикл состоит из 8 занятий. Школа работает 4 раза в неделю, т.е. цикл длится 8 дней.

В г.Заринске в 2005 году зарегистрировано 8726 больных артериальной гипертонией, состоит на диспансерном учете - 7279. Прочтено на 28 циклах за время работы Школы - 569 человек.

В этом году в ноябре планируется обучение участковых медицинских сестер методике работы в Школе АГ, что позволит увеличить количество проученных в Школе.

В первые годы работы Школы на каждом цикле обучались 8-10 человек. Пациенты не проявляли интереса к работе Школы. По мере

накопления опыта работы Школы количество обучающихся пациентов на одном цикле стало достигать 28 человек. Поскольку занятия в Школе построены по типу дискуссии, такое большое количество слушателей затрудняет работу как врача, так и медицинской сестры. Появилась необходимость предварительной записи в Школу. Таким образом, Школа для больных ГБ стала необходимой. Очень важна роль Школы в отказе многих пациентов от самолечения: в последние годы появились сотни руководств по самолечению, специальных газетных рубрик, программ радио и телевидения, статей в журналах. От обилия подобной информации у населения появляется масса вопросов по сохранению своего здоровья. Ответы на эти вопросы и можно получить в Школе АГ.

Во время занятий в Школе пациенты получают не только теоретические знания, но и практические навыки по измерению АД, ЧСС, методам самопомощи при гипертонических кризах, определению индекса массы тела, выбору оптимальных диет. Большим подспорьем для работы Школы слу-



жит сборник передач из цикла «Здоровье» о гипертонии, которые вела врач Ю.В. Белянчикова, имеется набор видеокассет. После их демонстрации ведется общее обсуждение. Неоценимую помощь для пациентов Школы оказывает краевой медико-социальный журнал «Здоровье алтайской семьи», особенно специальный выпуск журнала «Школа больных артериальной гипертонией».

сестринской конференции

доступности медицинской помощи населению Алтайского края»

наула, Бийска, Рубцовска должности главных специалистов по сестринскому делу на постоянной основе с назначением на эти должности медицинских сестер с высшим сестринским образованием.

3. Рекомендовать руководителям учреждений здравоохранения:

- ♦ уделять внимание развитию сестринской профессии, поднятию престижа и профессионального статуса, развивать институт главных медицинских сестер и главных акушерок, освободив их от не свойственных функций (оборот лекарственных средств, организация обслуживания медицинской техники);

- ♦ оказывать содействие и поддержку Профессиональной ассоциации средних медицинских работников;

- ♦ обеспечить создание условий для эффективного и безопасного труда средних медицинских работников, привести в соответствие со стандартами оснащение рабочих мест средствами малой механизации;

- ♦ создать условия для внедрения современных сестринских технологий;

- ♦ изучить вопрос о возможности создания сестринских школ здоровья по ос-

новным заболеваниям - «артериальная гипертония», «сахарный диабет», «ответственное материнство»;

- ♦ проводить систематически, как одну из форм повышения профессионального уровня, конкурсы на лучшего по профессии.

4. Поручить Алтайской Профессиональной ассоциации средних медицинских работников:

- ♦ считать целесообразным формирование в ЛПУ являющихся членами Ассоциации представителей Ассоциации, как неформальных лидеров, рассматривая введение таких представительств, как усиление сестринской профессии через триаду лидеров: главная медсестра, представитель Ассоциации, профсоюзный комитет;

- ♦ проводить целенаправленную работу по расширению членства Профессиональной ассоциации, в том числе в государственных муниципальных ЛПУ, в негосударственном секторе здравоохранения, в учебных заведениях (медицинский колледж, училища, ВСО АГМУ), в других учреждениях (социальная защита, школы, ДДУ);

- ♦ рассмотреть вопрос об организации структур, оказывающих платные сестринские услуги в соответствии с действующим законодательством;

- ♦ поддержать решение Правления Ассоциации в части обращения в Общественную палату Алтайского края по проведению краевых общественных слушаний по теме «Артериальная гипертония: социальные последствия, профилактика»;

- ♦ организовать мероприятия в рамках общественных слушаний в территориях, имеющих членство Ассоциации;

- ♦ принять участие в обсуждении стратегии развития здравоохранения Алтайского края на период с 2007 по 2010 годы;

- ♦ обеспечить взаимодействие Профессиональной ассоциации с другими некоммерческими организациями, работающими в интересах здоровья, охраны материнства и детства (советы женщин);

- ♦ Ассоциации организовать поэтапно, проведение во всех ЛПУ с членством Ассоциации «школ артериальной гипертонии» с сестринским персоналом категории «группа риска».

Принято 11 октября 2006 года

**Цели и задачи АРОО ПАСМР
в реализации национального
проекта «Здоровье»**

(Окончание. Начало на стр. 20)

Главные, старшие медицинские сестры и сами медицинские сестры по-разному воспринимают происходящие процессы. Страх, разочарование, уныние – вот наиболее частые ощущения, которые испытывают многие из нас, столкнувшись с нововведениями. Чаще всего страх перед новым, неизвестным возникает из-за отсутствия достаточных знаний. Без перемен не было бы прогресса. Реорганизация в сестринской профессии часто рассматривается как угроза устоявшимся десятилетиями лет стереотипам, а не как возможность улучшения качества сестринской помощи.

Мотивация персонала, вне всякого сомнения, является важным фактором успеха. Ключевым моментом в изменении повышения в период перемен являются знания, которые открывают новые возможности. В тех ЛПУ, где сестринский персонал постоянно качественно учится, процесс внедрения новых технологий происходит одновременно с быстрым ростом знаний. И внесение изменений в практическую работу сестринского персонала, в этом случае, считается нормой. Поэтому все большее значение приобретает получение качественного образования, как базового, так и постдипломного.

Немного - о положении лидеров сестринских коллективов в ЛПУ нашего региона. На сегодня большинство главных медицинских сестер до 75% рабочего времени тратят на выполнение работы, которая не относится к их непосредственной деятельности:

- ◆ Обеспечение ЛПУ медикаментами, их учет, хранение и выдача в отделении (функция фармацевта),

- ◆ Приобретение и ремонт медицинского оборудования, инструментария и расходного материала, проверка измерительной техники. Официально этот объем работы - из функций заместителя главного врача, но его делегируют главной сестре.

Почему так повелось? Я думаю, по одной причине – проще спросить с того, кто всегда выполняет.

Что мы получаем, нерационально используя главную медицинскую сестру:

- ◆ отсутствие качественного обучения персонала, как сестринского, так и младшего;

- ◆ отсутствие контроля качества сестринских услуг;

- ◆ отсутствие мотивации к внедрению новых сестринских технологий: сестринский процесс, стандартизация.

Мы много говорим и пишем о возрождении милосердия. Но равнодушие, черствость, грубость по-прежнему присутствуют в медицине. Этический кодекс медицинской сестры России принят в 1998 году. Но всегда ли мы следуем его положениям?

**Роль сестринского персонала
в повышении качества оказания
сестринской медицинской помощи
в лабораторно-поликлинической службе**

(ИЗ ВЫСТУПЛЕНИЯ НА КОНФЕРЕНЦИИ)

**Екатерина Анатольевна Ворошилова,
главная медицинская сестра,
МУЗ «Городская поликлиника №9», г.Барнаул**

... Проводимые в нашей стране реформы в области здравоохранения и образования не могли не сказаться на системе повышения квалификации специалистов со средним медицинским образованием и оказании медицинских услуг населению...

Я работаю главной медсестрой МУЗ «Городская поликлиника №9», расположенного в Индустриальном районе г.Барнаула. Поликлиника обслуживает взрослое население численностью 69477 человек по участковому принципу. В поликлинике работают 132 врача и 158 средних медицинских специалистов...

...Нами разработаны конкретные балльные методики оценки качества сестринской профилактики, в частности, экспертные карты наблюдения и оценки работы процедурной медицинской сестры, перевязочной медицинской сестры, старшей медицинской сестры.

Основываясь на квалификационной характеристике и функциональных обязанностях медицинских сестер, мы выделили компоненты медицинской эффективности медицинских сестер поликлиники. К ним относятся:

- ◆ выполнение врачебных лечебно-диагностических назначений;
- ◆ соблюдение санитарно-эпидемиологического режима;
- ◆ соблюдение личной безопасности;
- ◆ соблюдение фармпорядка;
- ◆ правильное и своевременное заполнение медицинской документации;
- ◆ соблюдение этико-деонтологических норм.

...В поликлинике - два смежных процедурных кабинета. Работают пять медицинских сестер. Высшую квалификационную категорию имеют 2 медицинские сестры, I - 2 специалиста, II – одна медицинская сестра. Работают в две смены. Рабочий день - с 8.00 до 18.00. В процедурном кабинете проводится забор крови на различные виды исследований, в/м, в/в, п/к инъекции.

**Нагрузка процедурного кабинета
за 2004-2005гг.**

	2004 год	2005 год
Забор крови	17987	18776
Внутривенные инъекции	99877	102117
Внутримышечные инъекции	120585	140891
Подкожные инъекции	517	618
Всего инъекций сделано:	238966	262402

На каждую медицинскую сестру приходится разное количество инъекций. Это зависит от техники выполнения процедур. Таким образом, на одну медицинскую сестру процедурного кабинета в среднем нагрузка за 2004г. составила 47793 инъекции, за 2005г. - 54804 инъекции.

Было проведено анкетирование в целях улучшения медицинского обследования пациентов процедурного кабинета.

1. Устраивает ли Вас время проведения процедур?
2. Устраивает ли Вас психологическая обстановка в процедурном кабинете?
3. Комфортно ли Вы себя чувствуете во время лечения в процедурном кабинете?
4. Устраивает ли Вас квалификация процедурной медсестры?
5. Соответствует ли внешний вид медицинской сестры Вашим представлениям о медицинской сестре?
6. Что Вам больше всего понравилось в работе процедурного кабинета?
7. Что Вам не понравилось?

97% пациентов отметили удовлетворенность организацией работы кабинета, временем проведения процедур, комфортным лечением...

...Контроль на рабочем месте чаще всего возлагается на старшую медицинскую сестру, в задачи главной медицинской сестры входит обеспечение контроля качества в работе старших медицинских сестер, а также обеспечение периодического контроля за качеством в отделениях совместно с Советом медицинских сестер...



**Контактный телефон
Алтайской региональной
Ассоциации средних медицинских работников:
(8-3852) 35-70-47**

Кафедра акушерства
и гинекологии АГМУ:



**Наталья Ильична
ФАДЕЕВА,**
заведующая кафедрой,
врач высшей категории,
доктор медицинских наук,
профессор, заслуженный
врач РФ



**Ольга Васильевна
РЕМНЕВА,**
кандидат медицинских
наук, доцент кафедры,
врач-акушер-гинеколог
высшей категории



**Светлана Дмитриевна
ЯВОРСКАЯ,**
врач-акушер-гинеколог
первой категории, канди-
дат медицинских наук,
ассистент кафедры

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО МАТЕРИНСТВА

Привычный выкидыш – самопроизвольное прерывание беременности два и более раз подряд. Его частота в популяции достаточно низкая – 2% от числа беременностей, однако в структуре невынашивания уже составляет 5-20%. Причем, прерывания беременности в сроки от зачатия до 27 недель называют самопроизвольным абортом, 28-37 недель – преждевременными родами.

Привычная потеря беременности: инструмент естественного отбора или акушерская патология?

В настоящее время в мировой литературе принят термин «привычная потеря беременности», а не «привычный выкидыш». Это обусловлено тем, что в ранние сроки чаще всего сначала происходит гибель эмбриона/плода, а затем уже могут быть явления угрозы прерывания беременности или выкидыш.

Многие исследователи считают, что самопроизвольные выкидыши в ранние сроки беременности являются инструментом естественного отбора, поскольку при исследовании абортусов до **60-80%** имеют место хромосомные аномалии. Однако «ошибка природы» характерна по большому счету для спорадических выкидышей. Если же ситуация повторяется, то у супружеской пары всегда есть патология репродуктивной системы, поэтому необходимо об-

следование ее состояния вне беременности.

Каковы ведущие причины привычной потери беременности?

- генетические;
- эндокринные;
- иммунологические;
- инфекционные;
- тромбофилические;
- патология матки (пороки развития, инфантилизм, опухоли и т.д.).

Эта классификация неполная, поскольку до сих пор трудно свести в единую систему многообразие причин, ведущих к прерыванию беременности. **Часто выкидыш является следствием не одной, а нескольких причин,** которые действуют одновременно или последовательно.

Кроме медицинских факторов, выделяют и социальные: ►

- ◐ вредные привычки;
- ◐ неустроенность семейной жизни;
- ◐ хронический стресс;
- ◐ производственные вредности;
- ◐ тяжелый физический труд и др.

Когда необходимо начать обследование?

Целесообразно начать обследование всех супружеских пар после двух выкидышей, а по желанию и с учетом возраста (старше 35 лет) и после первой потери беременности.

С чего начать?

Обследование следует начинать с целенаправленного сбора анамнеза (наследственность, социальные условия жизни семьи, перенесенные заболевания, менструальная, детородная функции). Далее проводится общий осмотр, обращается внимание на рост, массу тела, телосложение, выраженность вторичных половых признаков, степень ожирения, оволосения. Также проводят обследование по

органам и системам для выявления соматических заболеваний (сердечно-сосудистые, почек, печени и др.). Первый этап обследования заканчивается гинекологическим осмотром.

На втором этапе уточняется механизм привычной потери беременности и более редко встречаемые нарушения. Специальные методы обследования включают гормональные, ультразвуковые, бактериологические, иммунологические, гемостазиологические.

По данным ряда исследователей, стоимость обследования вне беременности очень высока, а риск потери следующей беременности - **30%**.

Так стоит ли обследовать, если остается **70%** шансов доносить беременность, а выкидыш - есть вариант естественного отбора?

Стоит! Большинство женщин с привычной потерей беременности находятся в состоянии хронического стресса, поэтому необходимо создание им

психо-лечебно-охранительного режима и уверенности в благоприятном исходе. Надо, чтобы супруги были не испытываемыми пациентами, а участниками сложного процесса познания причин их репродуктивных неудач. Без подготовки к беременности, несмотря на попытки успешного ее сохранения, тщательного наблюдения, благоприятный исход наблюдается только в 62-67% случаев. Прегабаритная подготовка же увеличивает успех до 93-95%, причем в большинстве наблюдений рождается не только жизнеспособный, но и здоровый ребенок.

Где проводить обследование?

Где проводить обследование?

Лучше - у специалистов, занимающихся проблемами невынашивания. В Барнауле все крупные женские консультации имеют специализированные приемы. Кроме того, есть городская женская консультация «Семья и брак». В сложных случаях консультирование можно провести у профессоров и доцентов кафедр акушерства и гинекологии АГМУ в консультативно-диагностическом центре медицинского университета. Для жительниц сельской местности на базе Краевого перинатального центра



имеется клиника планирования семьи, где вам также окажут высококвалифицированную помощь.

В чем заключается системный подход к пациентам с привычной потерей беременности?

Принимая во внимание сложный генез привычной потери беременности, для получения успеха необходимо:

- ◐ обследование для выявления причин невынашивания вне беременности;
- ◐ оценка состояния репродуктивной сферы;
- ◐ адекватная терапия с учетом полученных результатов до беременности;
- ◐ оценка эффективности лечения;
- ◐ контроль за течением беременности с первых дней;
- ◐ коррекция возникающих по мере прогрессирования беременности нарушений;
- ◐ рациональное родоразрешение;
- ◐ оценка течения периода новорожденности с учетом патологии матери.



Алтайская краевая клиническая детская больница – партнер журнала



Наследственные метаболические энцефалопатии

Александр Александрович Шипилов,
врач-генетик высшей категории,
Межрегиональная генетическая консультация,
Краевая детская поликлиника, г.Барнаул

К наследственным болезням обмена веществ относится большая группа заболеваний, включающих нарушения обмена аминокислот, углеводов, липидов, витаминов, соединительной ткани и др. В основе большинства этих заболеваний лежит генетически детерминированная ферментативная недостаточность. Несмотря на разный генез этих заболеваний, для них чрезвычайно характерно наличие общих симптомов, выражающихся в задержке физического развития, умственной отсталости и неврологических нарушениях.

Существует около 400 форм врожденных нарушений метаболизма. Многие из них могут быть выявлены с помощью простых и ставших рутинными методов. Другие менее доступны для диагностики в повседневной педиатрической практике, так как требуют специальных условий (специализированных лабораторий и высококвалифицированных специалистов).

По особенностям течения патологического процесса и по срокам манифестации первых клинических признаков эти заболевания можно подразделить на несколько групп:

- наследственные метаболические энцефалопатии с манифестацией в период новорожденности;
- наследственные метаболические энцефалопатии с манифестацией на 4-6-м месяцах жизни;
- наследственные метаболические энцефалопатии с манифестацией на 1-4 году жизни;
- наследственные метаболические энцефалопатии с манифестацией у детей старших возрастов.

Наследственные метаболические энцефалопатии с манифестацией в период новорожденности – в первые месяцы жизни

В эту группу входят наследственные заболевания обмена аминокислот: алкаптонурия, аргининемия, гиперлизинемия, гистидинемия, гомоцистинурия, лейциноз, метилмалоновая ацидемия, тирозинемия, фенилкетонурия, недостаточность сульфитоксидазы и др.

Наследственные болезни аминокислот относятся к генетически детерминированным ферментопатиям, носят моногенный характер и имеют аутосомно-рецессивный тип наследования.

Вся сложность своевременной диагностики этой группы заболеваний состоит в том, что **большая часть из них не имеет специфических черт.** Они сопровождаются тяжелыми поражениями различных органов и систем у детей. **Особенно часто вовлекается в патологи-**



ческий процесс нервная система (86%). Среди психоневрологических расстройств у больных выделяют **умственную отсталость** (70%), **изменение тонуса мышц** (68%), **задержку статикомоторного развития** (66%), **судорожный синдром** (42%), **повышенную возбудимость** (29%), **угнетение ЦНС** (18%).

Наряду с психоневрологической симптоматикой часто наблюдаются **отставание в физическом развитии** (33%), **гепатомегалия** (19%), **респираторные расстройства** (16%), **патология глаз** (10%), **ацидоз** (12%). Несколько реже встречаются изменения со стороны сердечно-сосудистой и костной систем, почек, кожи, геморрагический синдром. Возникающие поражения нервной системы и других органов часто считают последствиями внутричерепных родовых травм, менингитов и энцефалитов и т.п. Окончательный диагноз становится возможным только после проведения специальных исследований обмена аминокислот и определения ферментов.



Наследственные метаболические энцефалопатии с манифестацией на 4-6-м месяцах жизни

К этой группе отнесены 20 наследственных заболеваний обмена липидов, углеводов, витаминов и др.: **болезни Тея-Сакса, Сандхоффа, Гоше, Нимана-Пика, Фарбера, Целльвегера, Альперса, Александра, Лея, Менкеса, Помпе, Гирке, лейкодистрофия Пиллицеуса-Мерцбахера, синдром Лоу, врожденный лактацидоз и др.**

Своевременная диагностика этих заболеваний осложняется тем, что первые симптомы, обнаруживаемые вскоре после рождения, носят **часто неспецифический характер: анорексия, срыгивания, рвоты и др.** Нарушения психомоторного развития, потеря ранее приобретенных навыков становятся очевидными только к 4-6-му месяцу жизни. В последующем болезни быстро прогрессируют и заканчиваются смертью детей на 2-3-м году жизни.

В клинической картине этих заболеваний преобладают психоневрологические расстройства, задержка психомоторного развития, микроцефалия, судороги и др. Причем изменения со стороны нервной системы нередко сочетаются с патологией зрения и других органов.

Сопоставляя особенности клинической картины заболеваний этой группы, необходимо отметить, что их фенотипическое сходство обусловлено рядом общих признаков: **раннее начало заболевания (первые месяцы жизни), злокачественность течения патологического процесса (смерть наступает на 1-3 году жизни), тяжесть поражения многих органов и систем (ЦНС, зрения, слуха, печени, скелета и др.).**

Наследственные метаболические энцефалопатии



с манифестацией на 1-4 году жизни

Все заболевания этой группы, несмотря на их разный генез, объединяет пять общих признаков: **прогрессирующая параплегия; неустойчивая походка и некоординированные движения; судорожные состояния и миоклония (иногда атаксия); задержка или регресс психических функций; интермиттирующие неврологические расстройства (ступор, кома, измененное поведение, атаксия, судороги).** Для заболеваний этой группы свойственно также сочетание выраженных изменений ЦНС с висцеральными расстройствами, изменениями скелета, зрения и др.

К наиболее важным симптомам относятся:

- **неврологические расстройства** (полиневриты, пирамидные и бульбарные нарушения, демиелинизация);
- **глазные симптомы** (нарушение функции глазодвигательных нервов, поражение сетчатой оболочки глаза, конъюнктивит, снижение зрения вплоть до слепоты);
- **глухота;**
- **измененный размер головы** (микро- или макроцефалия).

Неврологические расстройства и интеллектуальный регресс хотя и обнаруживаются рано, тем не менее достигают своего максимума спустя 2-4 года и позже.

По особенностям манифестации выделяют:

- **заболевания, при которых доминируют двигательные расстройства** - парапарез, атаксия или атетоз (метахроматическая лейкодистрофия, мукосульфатидоз, нейроаксональная дегенерация, синдром Луи-Бар, поздний детский Gm1-ганглиозидоз, тип II, болезнь Гоше, тип III и др.);
- **заболевания, начинающиеся с миоклонуса и судорог** (нейрональный цероид липофуциноз, синдром Альперса);
- **заболевания, сопровождающиеся задержкой психомоторного развития и изменения многих органов и систем.**

Наследственные метаболические энцефалопатии с манифестацией в возрасте 4-15 лет

В эту группу включены редкие наследственные и семейные заболевания нервной системы с поздней манифестацией и медленным, но прогрессирующим течением. **Диагностика этих заболеваний обычно базируется на сугубо клинических симптомах.** Обнаруживаемые биохимические изменения часто носят неспецифический характер. Для большинства заболеваний характерно пре-



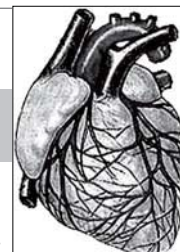
имущественное поражение экстрапирамидной системы или же координаторных и пирамидных систем мозга.

С целью облегчения дифференциально-диагностического процесса выделяют:

- **семейные болезни с паркинсонизмом** (болезнь Вильсона-Коновалова, Хорея Гентингтона, детская форма, синдром Ханта);
- **семейные болезни с дистонией и хореей** (болезнь Галлервордена-Шпатца, прогрессирующая торсионная дистония);
- **редкие семейные экстрапирамидные болезни** (доброкачественная семейная хореея, семейный непрогрессирующий хорееатетоз и др.);
- **прогрессирующие мозжечковые атаксии** (атаксия Фридрейха, синдром Руси – Леви, церебеллярный холестериноз, абеталипопротеинемия);
- **полимиоклонии** (доброкачественная семейная полимиоклония, болезни Шпильмейера – Фогта, Рефсума, Танжера, семейная прогрессирующая миоклоническая эпилепсия);
- **семейные метаболические энцефалопатии с клиническими проявлениями диффузных нарушений ЦНС** (адренолейкодистрофия, болезнь Лея, юношеская метахроматическая лейкодистрофия, глободноклеточная лейкодистрофия Крабе).

Ранний диагноз является главной задачей, он позволяет аргументировать прогноз при медико-генетическом консультировании и, естественно, начать своевременную патогенетически обоснованную терапию, которая включает диетическое питание с ограничением или дополнением определенных метаболитов, назначением лекарственных средств, способствующих восстановлению субстратов, воздействующих на пути метаболизма витаминов, энзимных субстанций и даже использование трансплантации органов (например, печени).

Коронарный клуб



Школа для пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Занятие 5

Краевой кардиологический диспансер:



Людмила Андреевна Старкова,

заведующая отделением реабилитации, кандидат медицинских наук



Елена Дмитриевна Косоухова,

врач-кардиолог высшей категории



Наталья Сергеевна Пешкова,
врач ЛФК



Анна Анатольевна Суворова,
врач-кардиолог

Учимся управлять стрессом

Часть первая

Инфаркт миокарда (ИМ) можно рассматривать как особую форму кризисного состояния человека, которое проявляется не только в соматической сфере, но и на психологическом и социальном уровнях.

Как известно, развитию острого инфаркта миокарда часто предшествуют выраженный психологический дискомфорт (реже - эмоциональный подъем) и дестабилизация социальных связей человека (например, конфликты в семье, на работе и пр.). А также в основе развития ИМ в большинстве случаев лежит неспособность человека адекватно контролировать сильные эмоциональные переживания: они либо подавляются, либо разражаются в неподходящей ситуации.

Как показывает медицинская статистика, заболеваемость и смертность от ИМ значительно выше среди мужчин.

Актуальность данной проблемы для мужского населения во многом определяется тем, что именно мужчины чаще всего испытывают ригидную приверженность устоявшемуся и не всегда здоровому образу жизни и склонны к подавлению эмоциональных реакций. Особенности стрессового реагирования мужчин являются одной из причин развития острого инфаркта миокарда. У мужчин трудоспособного возраста, впервые перенесших ИМ, зафиксированы некоторые психологические особенности, а именно: повышенный уровень тревожности и нейротизма, неуверенность в себе, в собственных силах, чувство безыс-

ходности. Ощущение своей несостоятельности порождает мощное развитие механизмов психологической защиты (часто - вытеснение). Также особенностями являются страх перед будущим, отсутствие (или негативизм) жизненной перспективы, страх перед смертью, повторным ИМ, боязнь движения и деятельности, обида на судьбу (ответственность за случившееся приписывается внешним факторам). Характерно неадекватное отношение к своему состоянию (от ипохондричности до анозогностических реакций). Неизбежным становится и изменение социального статуса пациента.

Основная задача реабилитационных мероприятий (одним из них является «Коронарная школа») - устранение ощущения переживания «острого горя» пациента.

Целью является восстановление личностного статуса больного, а также предотвращение психических изменений, возникших в результате болезни, и создание условий для восстановления психоэмоционального равновесия больного о сложившейся жизненной ситуации.

Для реализации этой цели в условиях стационара с мужчинами, перенесшими ИМ, проводится группо-

вая терапия с использованием релаксационных методов (дыхательные упражнения, аутогенная тренировка, нервно-мышечная релаксация) и арт-терапии.

Мужчина и стресс

Эмоциональная сфера деятельности человека является одной из тайн природы. Самые разные отрицательные воздействия среды оказывают влияние на организм в комплексе, но все же основная причина «болезней цивилизации» - это различные эмоциональные сдвиги, которые возникают в результате нервных перенапряжений, длительного действия стрессов. Они способны нарушить не только психическую сферу человека, но и работу его внутренних органов и систем.

Стресс - это слово прочно укоренилось в нашей жизни, в нашем сознании. Он стал естественной и неотъемлемой частью нашей жизни.

Стресс воздействует на человека в течение дня, начиная с утренней суматохи до самого вечера и даже во время сна. Мы порой даже не обращаем на него внимания, в то время как длительное воздействие отрицательных эмоций грозит опасностью возникновения таких психосоматических заболеваний, как инфаркт миокарда, язвенная болезнь, гипертония, бронхиальная астма, психические расстройства. Стресс - наш ежедневный «попутчик», поэтому (хотим мы этого или нет) с ним надо считаться.

Стресс - это созданный природой механизм для преодоления агрессии внешнего мира и адаптации к сложившимся условиям. Мы привыкли считать, что стресс - это отрицательное явление, но это не всегда так. Без стресса жизнь невозможна. Необходимо уметь правильно израсходовать стресс или напряжение путем расслабления с помощью аутогенной тренировки, нервно-мышечной релаксации и дыхательных упражнений (см. ниже).

Избегать стресса для мужчины так же бессмысленно, как избегать еды, занятий любовью или спортом, считает доктор Г.Селье, изучающий влияние стресса на организм. Разумеется, никто не сомневается в том, что постоянный

стресс вреден для здоровья. Однако трудные ситуации, из которых Вы выходите победителем, могут оказаться полезными. Стресс, с которым мы в состоянии справиться, стимулирует работу иммунной системы. Он заставляет организм вырабатывать адреналин и гормон стресса кортизон, из-за которых учащается дыхание и сердцебиение, увеличивается свертываемость крови, повышается уровень сахара и возникает мышечное напряжение. В небольших дозах эти гормоны оказывают положительный эффект, например, улучшают работу памяти. **Защитный эффект могут иметь только редкие стрессовые моменты.**

Гнев и обида обладают стойким эффектом. Гормоны, призванные защищать нас в стрессовых ситуациях, **превращаются в яд.**

Кортизол приводит к атрофии клеток мозга и потере памяти. Из-за него повышается давление и уровень сахара в крови, утолщаются стенки артерий и развиваются сердечные заболевания.

Когда же мы прощаем обидчика, циркуляция гормонов стресса приостанавливается. **Прощение является мощным противоядием против стресса.**

Как обрести душевный покой

- ◆ Сосредоточьтесь на фактах.
- ◆ Не оправдывайте виновного, но попытайтесь понять мотивы его поведения.

- ◆ Задумайтесь над тем, что Вы действительно чувствуете. Не принимайте все близко к сердцу. Не Вам одному довелось испытать боль.

- ◆ Сконцентрируйте внимание на человеческих качествах обидчика, а не только на задевшем Вас поступке.

- ◆ Простите ради себя самого. Простите в душе. Нет необходимости говорить об этом обидчику.

- ◆ Оставьте прошлое в прошлом.

Технология работы со стрессом

Допустим, должна произойти неприятная ситуация, и вы в ожидании. Это состояние и называется «предстартовая лихорадка».

Методы, направленные на снижение «предстартовой лихорадки»

1. Метод: представить событие, которое произойдет.

Нужно представить ситуацию, которая должна произойти: где произойдет волнующая вас ситуация, во что вы будете одеты, что вы говорите, во что одет собеседник, что он говорит. В реальности детали могут быть не такими, но это не важно. В результате у вас снизится уровень тревоги, неопределенность и, как следствие, уменьшатся эмоции, мешающие работать.

2. Метод: положительный настрой.

Вспомните ситуацию, в которой вы решили свою проблему и можете гордиться собой и своими действиями. Запишите все комплименты, которые вы можете себе сделать. Теперь подумайте: если вы уже были успешны в решении волнующего вас вопроса раньше, то есть все основания полагать, что в настоящий момент вы будете также успешны.

3. Метод: анализ прошлых ошибок.

Запишите все свои провалы и проанализируйте их причины: нехватка ресурсов (если да, то каких), недостаточное планирование и т.п. Постарайтесь учесть выявленные ошибки при планировании своих действий в будущем.

4. Метод «зеркала».

В момент волнения отметьте, в какой позе находится ваше тело. Придайте ему позу уверенности. Изменение позы вызовет изменения на физиологическом уровне (организм станет вырабатывать меньше адреналина); соответственно, ваши негативные эмоции исчезнут или существенно понизятся.

5. Метод: неудачный исход ситуации.

Представьте себе различные варианты исхода событий, вплоть до самого неблагоприятного. Продумайте, что вы будете делать, если произойдет наилучший для вас вариант развития событий. Таким образом, спланируйте свои действия при других исходах. В результате вы снизите уровень неопределенности, который и вызывает обычно лишние эмоции.

(окончание - в следующем номере)

Имя подвига — материнство

Первый Форум матерей Сибири состоялся 26 сентября в Красноярске. В его работе приняла участие делегация Алтайского края. Ирина Викторовна Феер — одна из участниц Форума, мама четверых детей, жительница Барнаула.

Ее ребятишкам повезло дважды: добрые руки мамы всегда готовы прийти им на помощь, к тому же мама по профессии — врач-педиатр, и даже уколы кажутся не такой уж большой бедой, если их назначает она.

Дети в семье Ирины Викторовны самого непоседливого возраста — от десяти до двух лет. Это настоящий детский коллектив, в котором каждый готов помочь младшему, и все вместе учатся помогать родителям.

«На Форуме главным среди обсуждаемых вопросов был, конечно, касающийся поддержки рождаемости в стране и помощи детям, оставшимся по разным причинам без родительского дома и заботы самых близких людей — мамы и папы — рассказывает Ирина Викторовна. — Увеличение детских пособий, учреждение материнского капитала, призванного помочь решить мамам такие непростые вопросы, как улучшение жилищных условий семьи, обучение детей в будущем, безусловно, несут позитивный характер. Создание детских домов семейного типа только приветствуется, причем предпочтительнее воспитание детей в тех семьях, где уже подрастают свои малыши. Говорили и о том, что наши мужчины должны иметь возможность работать и зарабатывать достаточные средства для своих семей.

Еще на Форуме проходило награждение матерей по нескольким номинациям. Жизнь каждой из присутствующих может быть приравнена к



подвигу, не претендующему на общественное признание или награды. И пожалуй, только такие встречи дают возможность поблагодарить матерей. Цель их подвига проста — счастье детей, подрастающих в семьях, имя подвига — материнство.»

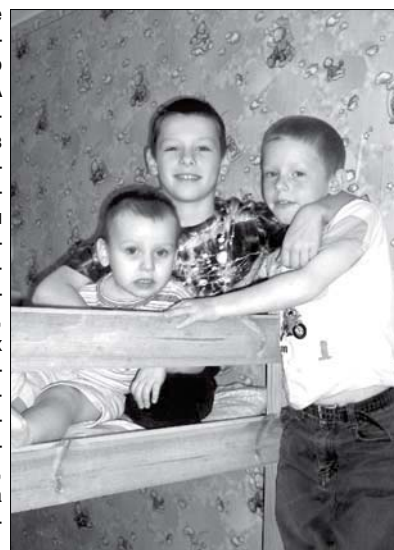
По справедливому замечанию Ирины Викторовны, последние решения Президента не решают всех проблем помощи многодетным семьям. Для семьи Феер самой непростой остается задача улучшения жилищных условий. При зарплате педиатра, пусть и увеличенной, нереально приобрести квартиру. А имеющаяся двухкомнатная для семьи из шести человек маловата. Однако ни льготная очередь, ни ссуды на приемлемых условиях не предусмотрены сегодня. К слову, семья родителей мужа, воспитавшая пятерых детей, до сих пор среди очередников на получение большей квартиры, причем их очередь отнюдь не первая, и «заморожена» она уже в течение нескольких лет.

Конечно, без проблем, больших и маленьких, не обходится каждая семья, пусть в ней подрастают пятнадцать детей или только один. Ирина Викторовна уверена, что все проблемы рано или поздно решаются. Так случается в их доме. А счастье увидеть вечером после работы распахнутые глаза ребятишек, выслушать их рассказы об узанном и увиденном за день — разве может с чем-то сравниться? Оно стоит преодоления любых трудностей...

Л. Юрченко



Приглашение поехать на Форум стало для Ирины Викторовны полной неожиданностью. Вопрос с работой решился сам собой, билеты на поезд оказались уже заказанными. Да и самая главная проблема — как дети останутся без мамы — перестала быть проблемой, едва о помощи попросили бабушку. Она всегда выручает: заботы невестки хорошо понимает потому, что в своей семье воспитала пятерых ребятишек, а может быть, все проще — доброту и человеческое участие никто не отменял.



Важней всего погода в доме!

12 молодых семей города Новоалтайска 24 октября получили свидетельства на получение субсидии для приобретения или строительства жилья в рамках Федеральной целевой программы «Жилище».

Новоалтайцы - первые в крае удостоились сертификатов, поэтому вручил их в торжественной обстановке губернатор Алтайского края Александр Богданович Карлин. По данной программе 10% стоимости жилья вносит государство, 10% - местный бюджет, от 15% до 20% - краевой бюджет, остальная сумма - из ипотечных средств, которые семья берет в банке. Для первых 12 семей из бюджета города Новоалтайска выделено около 900 тыс. рублей, краевым бюджетом для всех семей края затрачено 16 млн. рублей.

Не каждая территория Алтайского края смогла принять участие и выделить средства для своих молодых земляков. По словам главы города А.Н. Янина, в следующем году количество новоалтайских семей - участников Федеральной программы - будет увеличено. Внесены изменения и в условия проекта. Если ранее возраст супругов ограничивался 30-ю годами, то скоро эта планка поднимется до 35 лет.

12 молодых семей нашего города - первые ласточки. Многие из них уже определились, что будут приобретать в собственность - дом или квартиру. Среди первых счастливиц - работники охранного предприятия, детского сада, локомотивного депо, воспитательной колонии, дистанции связи, «Алтайкровли», «Алтайвагона», горбольницы, строительной организации.

Поздравляем горожан с этим знаменательным в их жизни событием! Пусть погода в ваших новых домах будет всегда солнечной!

Л.Менщикова



Профессиональная Ассоциация средних медицинских работников

при поддержке Управления по здравоохранению Администрации края 11 октября 2006 года провела научно-практическую конференцию “Роль

сестринского персонала
в повышении качества и
доступности медицинской
помощи населению
Алтайского края”



Материалы с конференции смотрите на стр. 19-26