

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№4 (112) АПРЕЛЬ 2012





Добровольцы!..

Мы много говорим о становлении гражданского общества в России, но на мой взгляд, сегодня больше на слуху, если так можно сказать, «политизированные» общественные организации и их лидеры. Некоторую публичность имеют и те, кто стал крупным меценатом, дарителем.

А вот не очень заметная, но такая важная общественная работа волонтеров, построенная в первую очередь не на финансовой основе, а больше на человеческом участии, - замечается и популяризируется пока реже.

У людей от природы заложена очень важная психологическая потребность: делать что-то хорошее, чаще для тех, кто в данный момент слабее, кому гораздо хуже, чем тебе...

Но эта природная потребность должна иметь дополнительные условия, чтобы развиваться. Я бы даже сказала, она должна воспитываться. Воспитываться в первую очередь в семье. Гораздо сложнее ожидать, что люди будут готовы сочувствовать и участвовать в судьбе других, если в собственной семье отношения между детьми и взрослыми: родителями, бабушками, дедушками построены на конфликте.

Однако помимо семьи, важную роль в развитии волонтерства, добровольчества должно сыграть само общество. Сегодня появляются обществен-

ные организации, которые сферой своего участия определили категории людей, нуждающихся в поддержке общества: лица с ограниченными возможностями, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, больные дети и другие. Фактически такие организации держатся на энтузиазме и степени доверия спонсорам менеджерам таких организаций.

В общественной работе, при том, что законодательство в этом плане «сдвинулось» в позитивном направлении, еще остается много вопросов.

Все еще актуален вопрос, как создать общественную организацию и как найти средства? Как вовлекать в волонтерство? Кто и какую ответственность несет за ошибки, допущенные волонтерами, тем более если они повлекли серьезные последствия? Или наоборот: кто несет ответственность перед волонтерами, если они получили какой-то ущерб во время осуществления добровольческой деятельности?

Мне кажется совершенно правильной ориентация в добровольческой работе на молодежь! В октябре 2010 года в Залесовском районе я попала на первый слет волонтеров школ района, а 15 мая т.г. готовится Первый фестиваль волонтеров края «Вместе мы - добровольцы Алтая».

Изменяется государственная политика в отношении общественных организаций. В частности, в нашем крае на поддержку НКО заложены серьезные бюджетные средства, им сформулирован социальный заказ, определены меры по содействию деятельности общественных организаций.

Это не считая грантовой поддержки в сфере образования, молодежной политики, культуры на краевом и федеральном уровнях.

Но все это будет менее эффективным, если популяризация такого участия в благотворительных социальных проектах не станет непрямым элементом ежедневной пропаганды и социальной рекламы.

Если для каждого из нас участие в благотворительных программах, добровольчестве не станет полноценной частью жизни каждого человека.

И мы по праву сможем сказать: вместе мы - добровольцы Алтая!

Содержание



6

Смертельное непонимание



18

Девочка, девушка, женщина...



19

Реальные пацаны



22

Дела и достижения Ассоциации



42

Ставим диагноз по радужке

На фото: Л.М. МИЛ-ЛЕР, главная медицинская сестра КГБУЗ «Городская клиническая больница №11, г.Барнаул»

М.В. Юртайкина. Чудеса творит их славный труд...	2-5
Смертельное непонимание	6-8
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора» Н.М. Прокопьева. Неделя на защиту	9-10
Мир и медицина	11
Лечат animals	12-13
Я часто разговариваю с собой вслух	14
И.Ж. Лещенко. Новое в кардиологии - амбулаторная коронарография	15-16
О.В. Булганина. Девочка, девушка, женщина...	17-18
Реальные пацаны	19
Жизнь без табака и алкоголя	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. «Медицинские сестры - мощная элитная каста»	21
Л.А. Плигина. Дела и достижения Ассоциации	22-23
Поздравляем!	24-26
Резолюция	26
Мир и медицина	27
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА Т.В. Богун. Негативный опыт беременности. Отказываться ли от консультации психолога?	28-29
А.Н. Останина. Профилактика новообразований слизистой оболочки полости рта	30-31
Я поведу тебя в музей	31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	32-33
Интересные факты о человеке	34
НИ ДНЯ БЕЗ ДИЕТЫ Ужин: вредно или нет?	35
О.А. Кардаш. Во весь голос. Об охране детского голоса	36-37
Пробудить в ребенке желание учиться	38-40
Доктор расскажет об остеохондрозе	41
Ставим диагноз по радужке	42-43
Демидовский бал - 2012	44



Чудеса творит ИХ славный труд...

Основательница сестринского дела англичанка Флоренс Найтингейл писала: *«Медицинская сестра должна иметь квалификацию тройного ряда: научную - для понимания болезни, сердечную - для понимания больного, техническую - для ухода за больными»*. Сегодня профессия медсестры стабильно входит в тройку самых уважаемых профессий, а сестринское дело стало самостоятельной наукой и самостоятельной профессией.

И накануне Международного дня медицинских сестер, отмечаемого 12 мая, мы встретились с главной медицинской сестрой КГБУЗ «Городская клиническая больница №11, г.Барнаул» Любовью Михайловной МИЛЛЕР.

- *Любовь Михайловна, известно, что медицинская сестра для любого пациента - это его надежда на скорое выздоровление, ведь порой она проводит с больным больше времени, чем врач, именно медицинская сестра поддерживает пациента, не только выполняя медицинские процедуры, но и находя нужные слова. Как вы стали представительницей одной из самых гуманных профессий?*

- Я родилась в Алтайском крае, в с.Панкрушиха. Со слов моей покойной бабушки, я всегда, с детства, говорила, что буду врачом, и играла «во врачевание». С седьмого класса меня привлекали на курсы сан дружинниц, где нас, молодых школьниц, учили оказывать первую медицинскую помощь.

В классе мы носили белые повязки с красным крестом и следили за личной гигиеной каждого. И мне все это очень нравилось. После окончания школы не удалось поступить в медицинский институт, поэтому я год проработала, а затем уехала в г.Алма-Ату, где и закончила Республиканское медицинское училище. Но во мне всегда было желание окончить именно медицинский институт. И после окончания медицинского училища работала в Институте педиатрии. Работа с детьми (а у них были самые разные заболевания: и недоношенные, и с бронхиальной астмой, и с поражениями нервной системы) мне безумно нравилась, и работала я много. Позже подала документы в медицинский институт, на подготовительные курсы, но так получилось, что моей мечте не удалось сбыться. Я вышла замуж (за свою первую любовь!), и мы переехали в Барнаул. Муж учился в институте, а двоим учиться не было возможности...

В 1974 году устроилась на работу в гинекологическое отделение роддома Алтайского моторного завода медицинской сестрой процедурного кабинета. В октябре 1977 года образовался стационар, где меня уговорили занять **должность старшей медицинской сестры** только что открывшегося **урологического отделения**. Заведующим отделением был **А.М. СУКОВАТИЦИН**, с которым мы проработали 18 лет. Именно Алексей Миронович меня научил грамотно руководить коллективом. Конечно, работать в отделении приходилось на всех участках, так как



всегда была нехватка медицинских сестер. **Но работу свою всегда любила и люблю!** Люблю работать с людьми: медицинскими сестрами, с пациентами - детьми или со взрослыми (тогда было много онкологических больных), видя их благодарные глаза, когда хоть немного удастся облегчить страдания. Помню, однажды пришлось готовиться к операции. Оперировали инвалида Великой Отечественной войны с заболеванием мочевого пузыря, он был без обеих ног, наркоз был перидуральный, и он во время операции все повторял слова из песни *«Мы с тобой, сестра, еще станцуем!»*. Такое не забывается никогда...

Еще хочу сказать, что люди в нашем коллективе всегда были чуткие, заботливые. Когда погиб муж, то коллектив меня постоянно поддерживал, не давал «раскисать». Когда пришло время сыну Андрею определиться с выбором профессии, профессор **А.И. НЕЙМАРК** побеседовал по-дружески, по-отечески с ним - и сын выбрал профессию врача. Сегодня он замечатель-



Модернизация здравоохранения

ный специалист, любящий свою профессию стоматолога.

В 1995 году главный врач больницы **В.А. БАТАЛОВА**, после ухода на заслуженный отдых **В.Ф. ГОРЯЙНОВОЙ**, предложила мне должность **главной медицинской сестры**. Я никогда не мечтала быть руководителем, хотела быть именно операционной сестрой. И из урологии я уходила буквально со слезами, было очень тяжело: ведь там прожито вместе с коллективом 18 лет!

На новой должности меня очень поддержал весь коллектив старших медицинских сестер, из среды которых я вышла. Конечно, мне приходилось читать много специальной литературы, что-то предлагать руководителям, осуществляла контроль за своей работой и работой своих коллег. Всегда стараюсь не конфликтовать, но по работе требую «по полной», я очень требовательна (и к себе - в первую очередь!), но при этом со всеми нахожу общий язык.

- Городская больница №11 - одно из крупных ЛПУ Барнаула. Какова здесь ваша роль главной медицинской сестры как организатора сестринского процесса?

- Наша городская больница №11 - это многопрофильное лечебное учреждение. В ее состав входят: **стационар** на 300 коек (отделения гинекологии, урологии, травматологии, терапии, неврологии), **родильный дом** на 180 коек (акушерско-обсервационное отделение, отделение новорожденных, отделение патологии беременных), **детское инфекционное отделение** на 120 коек, **поликлиника** (обслуживает 51 тысячу человек Ленинского района Барнаула), **женская консультация** (которая охватывает женщин Ленинского района и часть Индустриального района), круглосуточный **травмпункт**, 13 **здравпунктов**, один **ФАП** (в с.Гоньба), три **дневных стационара** женской консультации (гинекологический профиль), поликлиники (терапевтический профиль) и в пос. Научный городок), которые очень востребованы у населения.

К сожалению, не всегда вовремя могу посетить все подразделения: во-первых, из-за их территориальной отдаленности, во-вторых, из-за очень большого объема несвойственной работы. Я, как и многие главные медицинские сестры, осуществляю работу по медицинской технике (например, проверка оборудования или организационное решение вопроса по его ремонту), занимаюсь приобретением и выдачей расходных материалов, шовного материала, инструментария, дезинфекционных средств и так далее. Раз в месяц провожу Совет с фельдшерами здравпунктов, два раза в месяц, согласно составленному плану, - Совет по сестринскому делу. На совещаниях старшие медицинские сестры докладывают о работе отделений, обсуждаем накопившиеся проблемы. У меня для всех всегда открыта дверь - и об этом все медицинские сестры знают.

Главная медицинская сестра, как я вижу, должна быть везде и сразу. Своим трудом, отношением к коллегам, работе она - без лишних слов - должна являться примером. Безусловно, изначально роль главной медицинской сестры очень велика в работе всего сестринского персонала. **Она должна быть координатором.** Думаю, что руководитель ни в коем случае не должен показывать свое превосходство над коллегами, но при этом твердо и настойчиво добиваться намеченной цели. Я стараюсь не принимать каких-то глобальных решений в одиночку и опрометчиво - всегда обсуждаю с руководством больницы и коллегами. Считаю, что должны быть доверительные отношения в коллективе, но это не должно давать кому-то определенных поблажек и послаблений. Ведь вся наша общая работа направлена на одну цель - восстановление здоровья наших пациентов.

- Любовь Михайловна, а как складывается ваш, так скажем, «обычный» рабочий день?

- Нормативного рабочего времени с 8.00 до 16.30 часов катастрофически не хватает, так как у ру-

Городская больница №11 - это многопрофильное лечебное учреждение. В ее состав входят: стационар на 300 коек, родильный дом на 180 коек, детское инфекционное отделение на 120 коек, поликлиника (обслуживает 51 тысячу человек Ленинского района Барнаула), женская консультация, (которая охватывает женщин Ленинского района и часть Индустриального района) круглосуточный травмпункт, 13 здравпунктов, один ФАП (в с.Гоньба), три дневных стационара (женской консультации, поликлиники и в пос. Научный Городок), которые очень востребованы у населения.



▲ ководителя сестринского персонала очень много обязанностей. Поэтому мой рабочий день начинается еще до 7 часов утра. За этот час до начала работы я успеваю сделать то, что по каким-либо причинам не успела сделать вчера. В это время ко мне могут подойти коллеги, которые работают в ночную смену. В это время старшие медицинские сестры любят прийти со своими вопросами, сообщая нам ход решения. Но далее рабочий день расписан буквально по минутам, не считая непредвиденных внештатных ситуаций, приема посетителей. Конечно, **моя работа регламентирована планами**. Так, я, например, придерживаюсь годового плана по проведению конференций, повышения квалификации медперсонала; обход отделений предусматривает месячный план, а работа различных комиссий определена недельными графиками. Рабочий день у меня заканчивается обычно только около 18 часов.

- Каково в ЛПУ реальное соотношение «врач - медицинская сестра»? Как достичь идеальной для успешной работы цифры?

- В настоящее время у нас в больнице трудятся **511 человек сестринского персонала**, что составляет **58,9%** от штатного расписания. Сами видите - это очень низкий процент укомплектованности. Соотношение «врач - медицинская сестра» на протяжении многих лет составляет **1*2 или 1*2,3**. При этом каждая медицинская сестра несет колоссальную нагрузку. Ведь, чего скрывать, - работая на одну ставку, очень трудно прожить. В тех отделениях, где реализуются федеральные программы (например, первичное отделение с нарушением мозгового кровообращения), проводится модернизация (это коснулось, к примеру, узких специалистов поликлиники), оказываются платные услуги (напри-

мер, высокотехнологичные операции, а в роддоме действуют родовые сертификаты), - коллектив стабильный, чего не скажешь про отделения, где медперсонал трудится лишь на ставку, без дополнительных выплат... В какой-то степени выручают студенты АГМУ, которые после третьего курса могут подрабатывать в качестве среднего медперсонала. Но и здесь есть свои правовые нюансы.

Поэтому я считаю, что **соотношение «врач - медицинская сестра» для успешной работы и оказания квалифицированной помощи пациентам должно быть не менее 1*4**. А чтобы достичь такого соотношения, **необходимо пересмотреть штатное расписание**, которое действует, если не ошибаюсь, с 1954 года. Сейчас очень большая нагрузка ложится на медицинскую сестру, так как появились новые стандарты, современная аппаратура, которую необходимо осваивать, иметь допуск для работы на ней, и многое другое. Вот и получается, что **медицинские сестры буквально «выгорают» на своей работе, у них отмечается высокий процент заболеваемости**. Причем, заболевания самые разные: это и онкология, и аллергические заболевания, и болезни вирусной этиологии, у многих - артериальная гипертензия.

Отдельно скажу про **курение**. Да, у нас действует приказ о запрете курения внутри больницы, для этого отведена лишь территория так называемых «лоджий». И ведь там курят все: и больные, и беременные, и сами медицинские работники! Причем, пациенты в какой-то степени даже агрессивно относятся к нареканиям по поводу их вредной привычки.

- По вашему мнению, на каком уровне в глазах общества сегодня находится авторитет медсестры? Какими профессиональными качествами должна об-

ладать медицинская сестра новой формации?

- Престиж профессии медицинской сестры, считаю, очень низкий. Я очень уважаю и люблю профессию врача. Многие из врачей отдают себя полностью работе, но, чего греха таить, приходят молодые специалисты, которые требуют к себе дополнительного повышенного внимания. И поэтому часто получается, что медицинская сестра становится «девочкой на побегушках». Не считаю это правильным. **Необходимо, чтобы уважение к медицинской сестре, ее работе «впитывали» с первых дней студента в вузе**. Например, начать преподавание для всех (!) студентов АГМУ специальности «Сестринское дело», именно для того, чтобы молодые врачи поняли, что медицинская сестра - это самостоятельная профессия.

Сейчас у нас трудится подготовленный, заинтересованный коллектив. В каждом отделении и подразделениях старшими медицинскими сестрами проводятся различные тематические и зачетные занятия, тестирования. Для учебы в каждом отделении созданы папки в помощь специалисту, библиотечки; специализированную литературу приобретает Ассоциация средних медицинских работников. Радует тот факт, что медицинский персонал больницы сам заинтересован в своих знаниях, в их повышении. И мы имеем возможности готовить его к прохождению аттестаций.

У нас 166 специалистов имеют высшую квалификационную категорию, 122 - первую категорию и 45 медсестер имеют вторую категорию, без категории - это специалисты с малым стажем работы. Тридцать специалистов имеют повышенный уровень образования, шесть человек окончили факультет высшего сестринского образования АГМУ, шесть человек сейчас получают высшее



Модернизация здравоохранения

сестринское образование (ВСО). Четыре медицинских сестры имеют звание «Отличник здравоохранения», две награждены Почетными грамотами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, многие имеют Почетные грамоты городского и краевого значения.

- Каким образом медицинская сестра может совершенствовать свои профессиональные знания?

- Нашим медицинским сестрам сейчас приходится учиться всю жизнь. **У молодых есть желание получить высшее сестринское образование.** Я вижу главных медицинских сестер с ВСО - они целеустремленные, грамотные руководители новой формации, нового подхода к работе. И, считаю, **необходимо вводить новые должности для таких специалистов** (например, «медицинская сестра - координатор»). В нашем ЛПУ ежегодно около ста специалистов повышают свою квалификацию в Барнаульском базовом медицинском колледже. В этом году была выделена квота для средних медицинских работников по оплате за обучение, которой, к сожалению, не хватило на всех запланированных, поэтому в нашем учреждении на протяжении трех лет обучение оплачивает главный врач.

Кроме циклов повышения квалификации, мы постоянно **учим своих коллег** и другому немаловажному аспекту в нашей работе: **быть добрыми, отзывчивыми, внимательными не только к больным, но и к коллегам, быть терпимыми, соблюдать нормы поведения, этические нормы при общении.** Ведь доброе, чуткое отношение к пациентам вселяет надежду на скорое выздоровление, и это, безусловно, оказывает позитивное влияние на пациента. Эти принципы содержит **Этический кодекс медицинской сестры**, который является основополагающей частью в формировании



Отчетно-выборная конференция по итогам работы Ассоциации за последние четыре года. 19.04.2012г.

нии профессионализма в нашей профессии.

- Любовь Михайловна, интересно ваше мнение о вводимых новшествах, касающихся единого информационного пространства...

- Отношение к вводимому единому информационному пространству у меня неоднозначное. Электронная (удаленная) регистратура - это здорово и современно, мы уже почувствовали ее «плюсы» (в первую очередь, большая экономия времени). Но есть и «минусы» - не каждый пожилой человек, который с компьютером даже не на «Вы», может освоить этот метод записи. Что касается электронных карт, я думаю, за ними будущее в наш компьютеризированный век, хотя и тут есть свои «подводные камни» (больше с точки зрения безопасности хранения таких конфиденциальных данных).

- В Алтайской профессиональной Ассоциации средних медицинских работников вы занимаете должность вице-президента...

- В Ассоциации я с декабря 1999 года и мой членский билет под №2. Как вице-президент я постоянно на связи с Президентом Ассоциации **Ларисой Алексеевной ПЛИГИНОЙ**, при необходимости выполняю ее поручения по доверенности, замещаю на различных мероприятиях, принимая участие в совеща-

ниях, конференциях. К большому сожалению, в правлении работаю не на полную мощь, не так, как хотелось бы, потому что основная работа отнимает все время, а на общественную остаются лишь «крохи».

19 апреля этого года прошла отчетно-выборная конференция по итогам работы Ассоциации за последние четыре года. На мой взгляд, люди стали более серьезно относиться к Ассоциации, верить в нее. Все собравшиеся были до конца конференции, чего не наблюдалось ранее. Конечно, многое зависит от Президента Ассоциации. Лариса Алексеевна - настоящий лидер, у нее большой потенциал, она вселяет надежду и веру. После конференции я общалась со своими коллегами: конференция понравилась, но им хотелось бы почаще бывать на таких мероприятиях.

Накануне Международного дня медицинской сестры всем своим коллегам и всему сестринскому персоналу края желаю крепкого здоровья, благополучия в семье, надежных, верных друзей, понимающих руководителей, исполнительных, ответственных коллег. Всех молодых специалистов призываю объединяться в Ассоциацию, всем вместе поднимать престиж профессии медицинской сестры. ☺

Мария Юртайкина





Новое в кардиологии - амбулаторная коронарография

**В 2008 году в Диагностическом центре
Алтайского края был введен в эксплуатацию
64-срезовый рентгеновский компьютерный томограф
«Aquilion-64» производства фирмы Тошиба (Япония).**

С запуском нового КТ-сканера значительно увеличились потенциальные возможности в визуализации и диагностике заболеваний сердца и коронарных артерий.

Появилась возможность достоверно исключить или установить степень поражения коронарных сосудов при атеросклеротическом поражении, проконтролировать проходимость шунтов и стентов после проведенного оперативного лечения ишемической болезни сердца, исключить патологию перикарда и створок клапанов, определить врожденные транспозиции магистральных сосудов, патологические межсосудистые сообщения, определить глобальную и локальную сократимость миокарда, определить объемы, размеры и анатомию камер сердца, провести контроль эффективности атерогенной терапии.

Совместно с краевым кардиологическим диспансером разработана и применяется комплексная технология амбулаторного обследования пациентов с подозрением на ишемическую болезнь сердца.

Как любое рентгенологическое исследование, мультиспиральная компьютерная томография сердца и его сосудов имеет строгие показания, которые определяет лечащий врач (кардиолог).

Исследование проводится амбулаторно, одномоментно и совершенно безболезненно для пациента.

Исследование начинается с определения кальция в коронарных сосудах (кальций-скоринг), что позволяет определить количественное содержание кальция и подсчет объемного индекса кальция в коронарных артериях.

Показаниями к проведению кальций-скоринга являются:

- боли в груди, подозрительные на ишемическую болезнь (ИБС);
- боли неясного генеза у мужчин в возрасте 45-65 лет и женщин 55-75 лет без явных сердечно-сосудистых заболеваний;
- сахарный диабет, для подбора препаратов, изменяющих липидный обмен при ИБС.

Противопоказаниями к проведению исследования являются:

- беременность;
- подтвержденная ИБС без планирования наблюдения за прогрессированием кальциноза и эффективности липидотерапии;
- наличие тяжелой кальцификации коронарных артерий, что ограничивает проведение МСКТ-коронарографии.

Необходимо отметить, что отрицательный тест на наличие кальция в коронарных сосудах не исключает:

- наличие некальцинированных бляшек;
- вероятности небольшого сужения сосудов;
- риска развития ИБС.

Положительный тест на наличие кальция в коронарных сосудах подтверждает наличие бляшек.

По результатам проведения кальций-скоринга окончательное решение о дальнейшем проведении МСКТ-коронарографии принимает врач-рентгенолог.

КТ-коронарография проводится в амбулаторных условиях.

После получения информированного согласия пациента на проведение методики проводится контрастная ангиография с внутривенным болюсным введением неионного йодсодержаще-

**Ирина Жоржовна
ЛЕЩЕНКО,**

врач-рентгенолог,
высшая квалификационная
категория, КГБУЗ
«Диагностический центр
Алтайского края»

**Показаниями к
проведению кальций-
скоринга являются:**

- боли в груди, подозрительные на ишемическую болезнь (ИБС);
- боли неясного генеза у мужчин в возрасте 45-65 лет и женщин 55-75 лет без явных сердечно-сосудистых заболеваний;
- сахарный диабет, для подбора препаратов, изменяющих липидный обмен при ИБС.



◀ **го контрастного вещества.** Поэтому одним из противопоказаний к проведению методики является аллергия на препараты йода.

При заболевании щитовидной железы необходима коррекция дозы принимаемых препаратов эндокринологом за 3 дня до исследования.

У некоторых пациентов на введение контраста появлялись жалобы на появление горечи во рту, чувства жара в теле, тошноту. Эти ощущения исчезают в процессе исследования или сразу после него. После процедуры пациенты находятся под наблюдением медперсонала отделения в течение 30 минут.

Регулярный сердечный ритм и нормальные показатели частоты сердечных сокращений являются одним из обязательных условий получения высококачественных изображений коронарных артерий.

Максимальное качество изображений достигалось у пациентов с ЧСС не более 60-70 уд./мин. Если сердечный ритм слишком высокий, то необходима предварительная медикаментозная подготовка.

Показаниями к проведению МСКТ-коронарографии являются:

- предполагаемый или сомнительный диагноз ИБС при отсутствии явных показаний к коронарографии;
- предоперационная оценка состояния коронарных артерий у пациентов, которым планируются различные виды оперативных вмешательств на сердце;
- множественные факторы риска ИБС;
- блокада левой ножки пучка Гиса;
- сомнительные данные стресс-теста или тест не доведен до конца;
- боль в грудной клетке неясного генеза;
- синдром острой боли в грудной клетке при сомнениях в диагнозе инфаркта миокарда;
- высокий риск выполнения коронарографии;
- уточнение данных коронарографии;
- оценка функционирования шунтов (по клиническим показаниям).

Абсолютными противопоказаниями являются:

- недостаточность кровообращения IIa ст. (выраженный кальциноз коронарных артерий более 400 ед., кардиомиопатия, поражение клапанов сердца и др.);
- расслаивающая аневризма аорты;
- нарушения сердечного ритма (мерцание и трепетание предсердий, частая желудочковая экстрасистолия и др.);
- тиреотоксикоз;
- беременность;
- тяжелые нарушения функций печени;
- нарушения выделительной функции почек (уровень креатинина сыворотки - более 110,0 мкм/л, уровень мочевины - более 8,5 мм/л).

Существуют и относительные противопоказания к проведению МСКТ-коронарографии. Это:

- тахикардия (достоверные результаты получают с ЧСС до 70 уд./мин.);
- неспособность пациента задерживать дыхание на 30 секунд;



- неадекватное поведение пациента;
- повышенная ломкость периферических сосудов, их недоступность;
- или малый калибр (используются иглы диаметром от 1,3мм).

Таким образом, **МСКТ-коронарография - это стационарзамещающая технология, которая позволяет провести обследование в амбулаторных условиях, без анестезии**, введя пациенту только контрастное вещество в объеме до 100мл, при этом получить изображение всех коронарных артерий, увидеть признаки атеросклеротических бляшек, оценить, насколько они мешают нормальному кровотоку в сосудах сердца.

В этой ситуации МСКТ может выступать не только как методика коронарографии, но также и в роли скринингового метода, позволяя отбирать пациентов для проведения селективной ангиографии.

На основании этих исследований врач может сделать заключение: нуждается пациент в срочном хирургическом вмешательстве или можно обойтись медикаментозным лечением.

Обследование пациентов в условиях Диагностического центра Алтайского края проводится в плановом порядке по предварительной записи, при наличии направления от кардиолога, в котором будет указан предварительный диагноз, цель исследования и возможные оперативные вмешательства на сосудах сердца в полном объеме.

На руках пациент должен иметь результаты общего анализа крови, креатинина сыворотки (не более 110,0 мкм/л), мочевины крови (не более 8,5 мм/л), данные ЭХО-КГ, ЭКГ. ☺

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГБУЗ «Диагностический центр
Алтайского края»:

(3852) 36-47-16 - справочная,

26-17-60, 26-17-76 - регистратура.

Адрес: г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а



Девочка, девушка, женщина...

В современном мире приоритетными направлениями медицины являются укрепление здоровья детей и подростков, улучшение репродуктивного здоровья населения. Важной государственной задачей является сохранение репродуктивного здоровья девочек, рождение здорового поколения в условиях имеющейся неблагоприятной демографической ситуации.

Снижение числа подростков, вступающих в репродуктивный период, прогрессивное ухудшение общесоматического и гинекологического здоровья этих детей и подростков пагубно отражаются на их дальнейшем репродуктивном здоровье. Снижение исходного уровня здоровья женщин приводит к осложненному течению беременности и родов, рождению больных детей. Высокая заболеваемость в детском и подростковом возрасте приводит к нарушению менструальной, а в дальнейшем и репродуктивной, функции и замыкает порочный круг низкой и некачественной репродукции.

По данным Росстата за период с 2004 по 2010гг., в Алтайском крае численность женского населения в возрасте от 0 до 17 лет снизилась на 15,6%, а в 15-17 лет снизилась на 44,6 процента. Анализ данных, представленных по форме 12 за этот же период, выявил, что **показатель общей заболеваемости девочек в возрасте 15-17 лет вырос на 16,1 процента.** Среди соматической патологии у девочек-подростков первые места традиционно занимают болезни органов дыхания, пищеварения, мочеполовой системы. Рост общей заболеваемости не мог не сказаться на состоянии репродуктивной системы девочек. **В структуре гинекологических заболеваний у девочек первые места ежегодно занимают воспалительные заболевания женских половых органов, нарушения менструальной функции.** Частота воспалительных заболеваний в 2011 году **выросла на 15%** (по сравнению с 2010 годом), а нарушений менструальной функции среди 15-17-летних девочек - **на 17%** (по сравнению с 2010 годом).

Необходимость охраны репродуктивного здоровья подростков обуслов-

лена не только высоким распространением среди них гинекологических заболеваний и инфекций, передающихся половым путем (ИППП), но и низким уровнем их сексуальной и репродуктивной культуры, низким уровнем знаний в этой области, отсутствием навыков самосохранительного поведения. **Показатель аборт у девочек-подростков 15-17 лет имеет тенденцию к снижению (2007г. - 13,8, 2011г. - 9,2 на 1000 девочек соответствующего возраста).** **В возрасте 10-14 лет такой стабильности не наблюдается (показатель 2007г. - 0,04, 2011г. - 0,06; самый низкий показатель в 2010г. - 0,02 на 1000 девочек соответствующего возраста).**

В 2011 году в Алтайском крае проведена диспансеризация 14-летних подростков. Осмотрены акушерами-гинекологами 10840 девочек, число выявленных гинекологических заболеваний - 1665 (15,4%), из них впервые - 1239 (74,4%). В структуре выявленных заболеваний первое место заняли **нарушения менструальной функции (53,4%).** Процент других заболеваний распределился следующим образом: **болезни молочной железы (15,6%), нарушения полового развития (15,1%), невоспалительные заболевания женских половых органов (10%), воспалительные заболевания (3,5%), врожденные пороки развития женских половых органов (2,5%).**

Основные виды деятельности врача, специализирующегося на оказании гинекологической помощи детям и подросткам (приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ №808-н от 02.10.2009г.):

- **профилактические осмотры** в целях предупреждения и ранней диагностики нарушений становления репродуктивной функции девочек при рож-

Олеся Валентиновна БУЛГАНИНА,
главный акушер-гинеколог
детского и подросткового
возраста Алтайского края

В структуре гинекологических заболеваний у девочек первые места ежегодно занимают воспалительные заболевания женских половых органов, нарушения менструальной функции. Частота воспалительных заболеваний в 2011 году выросла на 15% (по сравнению с 2010 годом), а нарушения менструальной функции среди 15-17-летних девочек - на 17% (по сравнению с 2010 годом).



дении, а также в возрасте 9-12 месяцев, 3, 7, 10, 12, 14, 15, 16 и 17 лет включительно;

- **консультации и консультирование** юных пациенток и их законных представителей, обратившихся за специализированной помощью в кабинет гинекологии детей и подростков;

- **диспансеризация** больных и выздоравливающих детей;

- **санитарно-просветительская работа.**

Группами риска по нарушению полового созревания и становлению менструальной функции являются:

- девочки, родившиеся от матерей с патологией менструальной и репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание беременности, нарушения менструальной функции, осложненным течением беременности и родов, тяжелой экстрагенитальной патологией),

- недоношенные и «маловесные» девочки,

- девочки, родившиеся в гипоксии и/или имеющие перинатальное поражение центральной нервной системы,

- девочки, перенесшие в период новорожденности сепсис, гемолитическую болезнь, пневмонию,

- девочки, имеющие на первом году жизни «фоновые» заболевания: нарушения питания, рахит, диатез и др.,

- длительно и часто болеющие,

- девочки с ожирением или дефицитом массы тела,

- девочки с хронической экстрагенитальной патологией (инфекции мочевыделительной системы, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта, хронический тонзиллит, гайморит и др.),

- девочки, имеющие «социальные» факторы риска (профессиональные вредности или вредные привычки у родителей до и на момент рождения девочки, неудовлетворительные материально-бытовые условия, нерациональное питание и др.).

Дополнительными показаниями для обращения девочки к гинекологу детского и подросткового возраста являются:

- появление вторичных половых признаков в возрасте до 8 лет,

- отсутствие развития вторичных половых признаков в возрасте 12 лет,

- отсутствие менструаций в возрасте 15 лет,

- боли в животе,

- выделения из половых путей до 8 лет, патологические выделения или зуд наружных половых органов в любом возрасте,

- нерегулярные, болезненные, обильные или длительные (более 7 дней) менструации,

- боли, наличие выделений из молочных желез, а также образования в молочных железах.

Девочки, девушки, женщины! Берегите свое здоровье смолоду, любите и берегите себя! ☺



На заметку

Бесплатный аборт - не всем

Минздравсоцразвития РФ сократило перечень социальных показаний для бесплатного прерывания нежелательной беременности, теперь сделать аборт за счет государства смогут лишь изнасилованные.

В соответствии с ч.5 ст.56 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ» правительство РФ постановляет: установить, что социальным показанием для искусственного прерывания беременности является беременность, наступившая в результате совершения преступления, предусмотренного статьей 131 УК РФ.

Согласно пояснительной записке Минздравсоцразвития, опубликованной на официальном сайте ведомства, сообщается, что аборт по социальным показаниям выполняется в поздние сроки беременности (после 12 недель), что сопровождается значительным числом осложнений. В связи с этим, учитывая высокий риск материнской смертности, прерывание беременности в поздние сроки необходимо проводить только по медицинским показаниям, когда беременность представляет угрозу для жизни женщины и когда произошло изнасилование.

До сих пор в перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности входило не только изнасилование, но и наличие у женщины решения суда о лишении или об ограничении родительских прав, пребывание женщины в местах лишения свободы, наличие инвалидности I-II группы у мужа или смерть мужа во время беременности.

Вывести все операции по прерыванию беременности из списка услуг, оказываемых в рамках системы обязательного медицинского страхования, ранее предлагал руководству страны патриарх Московский и всея Руси Кирилл.



«Медицинские сестры - МОЩНАЯ ЭЛИТНАЯ КАСТА»

19 апреля 2012 года в конференц-зале КГБОУ СПО «Барнаульский базовый медицинский колледж» прошла краевая отчетно-выборная конференция по итогам работы Алтайской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» за 2008-2011 годы.

Конференция подготовлена Ассоциацией при организационной поддержке Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности. В ней приняли участие 214 делегатов - членов Ассоциации из учреждений здравоохранения городов и районов Алтайского края. На конференции присутствовали гости: **А.Ф. ЛАЗАРЕВ**, председатель комитета по здравоохранению и науке Краевого Законодательного собрания; **Т.М. КОРОСТЕЛЕВА**, начальник отдела по вопросам государственной службы и кадров Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности; **О. МАТЮХИНА**, заместитель руководителя аппарата Общественной палаты Алтайского края. В зале были главные врачи крупных учреждений здравоохранения г.Барнаула, ЦРБ, а также представители СМИ.

В приветственном выступлении А.Ф. Лазарев обратился к присутствующим со словами признания значимости профессиональной и общественной деятельности специалистов сестринского дела, назвав их «*мощной элитной кастой*», пообещал впредь бывать на мероприятиях, проводимых Ассоциацией. Александр Федорович отметил, что медицина сегодня другая, более технологичная и профессиональная. И это впервые привело к увеличению продолжительности жизни населения Алтайского края до 70,5 лет. В зале вызвало оживление и аплодисменты сообщение о принятии решения по повышению заработной платы специалистам сестринской профессии, работающих в стационарах, которые не вошли в программу модернизации с июля 2012 года. В заключение А.Ф. Лазарев призвал делегатов конференции к активной гражданской позиции, к участию в общественном движении с целью развиваться и идти вперед.



В выступлении Т.М. Коростелевой было отмечено, что «медицинские сестры - это специалисты, на которых держится медицина»; говорилось о кадровом кризисе в здравоохранении и мерах по укреплению кадрового потенциала. **Решен вопрос по доплатам медицинским сестрам стационаров с июля текущего года.** С 2013г. профессиональные краевые конкурсы среди специалистов сестринского дела будут сопровождаться хорошим призовым фондом Администрации Алтайского края (до сих пор все конкурсы финансировались только Ассоциацией).

В выступлениях делегатов конференции **Т.В. Царевой**, главного специалиста по сестринскому делу Рубцовского медицинского отделения, председателя Совета Ассоциации по Рубцовской зоне, и **Н.И. Воротниковой**, главной медицинской сестры КГБУЗ «АККДБ», было сказано о ежегодном совершенствовании деятельности Ассоциации и проводимых ею мероприятий. Говорилось о необходимости роста членства в рядах Ассоциации и, вместе с тем, роста возможностей и независимости организации.

После отчетного выступления президента **Л.А. Плигиной** и председателя контрольно-ревизионной комиссии **А.В. Морозовой** об административно-хозяйственной и финансовой деятельности Ассоциации, состоялось обсуждение делегатов итогов работы Ассоциации у открытого микрофона: работа единогласно была признана удовлетворительной.

Тайным голосованием делегаты избрали новый состав Правления, контрольно-ревизионной комиссии. **77 процентов голосов делегаты отдали за президента Ассоциации Л.А. Плигину. На конференции приняты «Стратегия развития АРОО ПАСМР с 2012-2015гг.» и Резолюция конференции.**

Вторая часть конференции была торжественная, посвященная награждениям активных членов и сестринских коллективов по итогам работы Ассоциации. Состоялось награждение победителей и участников краевого профессионального конкурса «Лучший организатор сестринского дела-2011». Награждения сопровождалась музыкальными поздравлениями, что создавало атмосферу праздника и незабываемых впечатлений. В проведении конференции принял активное участие коллектив преподавателей и студентов КГБОУ СПО «Барнаульский базовый медицинский колледж».



Дела и достижения Ассоциации

«С момента предыдущей отчетно-выборной конференции прошло четыре года. В декабре 2011 года нам исполнилось 12 лет.

Отчетный период стал периодом сложного пути со множеством проблем и вопросов. Все наши усилия направлены на повышение профессионализма, рост общественного признания профессии медицинской сестры, улучшения качества сестринских услуг населению, а также формирование общественного мнения о востребованности профессии медицинской сестры не только в Алтайском крае, но и в России в целом.

Сегодня мы можем сказать, что благодаря нашим совместным усилиям удалось сохранить в своих рядах **около 9000 специалистов** и продолжать идти по пути преобразований, направленных на дальнейшее развитие сестринской профессии в системе здравоохранения Алтайского края.

Ассоциация взаимодействует с различными административными учреждениями, общественными организациями, что позволяет постепенно решать существующие вопросы. Есть представительство в Общественном Совете при Губернаторе Алтайского края, в краевой женской палате при Губернаторе края, краевом Общественном Совете при Главном управлении Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, краевой Общественной палате.

Взаимодействие на основе Соглашения о сотрудничестве с Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, медицинскими отделами, краевым комитетом профсоюза медицинских работников развивается и укрепляется с каждым годом, в прямой прогрессии с развитием Ассоциации.

Сегодня мы можем говорить о высоком профессионализме членов Ассоциации, которые принимали участие в проведении экспертной оценки и внесении ряда предложений в «Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих». Неоспорим по своей актуальности вопрос стандартизации сестринской практики. Члены Правления Ассоциации в отчетный период активно работали над проведением экспертизы профессиональных стандартов, предложенных РАМС, а также в разработке нормативной документации по совершенствованию номенклатуры специальностей медицинских работников со средним медицинским образованием.

Ассоциация продолжает содействовать внедрению в практику технологий Простых медицинских услуг (ПМУ), представляемых сестринским персоналом. К сожалению, к этому важному разделу работы остаются безучастны руководители здравоохранения, несмотря на то, что эти технологии являются основой качественной работы специалиста, защиты пациента, снижения нагрузки и адекватной оплаты за выполненную работу.

Основными направлениями деятельности Ассоциации было и остается улучшение качества ока-



зания сестринской помощи населению Алтайского края, повышение профессионального уровня медицинских сестер, обобщение опыта специалистов сестринского дела, пропаганда здорового образа жизни, профилактика хронических социально-опасных заболеваний, создание и распространение методической и специализированной литературы.

По инициативе Ассоциации создано и успешно работают **пять сестринских «Школ по артериальной гипертензии»**, с 2010 года мы финансируем создание этих Школ, оснащаем медицинской техникой (тонометр, глюкометр, весы), методической литературой. По итогам работы за год, на основании отчета, проводится финансирование, в том числе и вознаграждение медицинских сестер, ведущих Школы.

На сегодня функционируют «Школы АГ» в КГБУЗ «Городская поликлиника №1, г.Барнаул» (главная медицинская сестра **Е.Г. Лепезина**); КГБУЗ «Городская больница №11, г.Барнаул» (главная медицинская сестра **Л.М. Миллер**); КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер» Поликлиника «Надежда» (главная медицинская сестра **Ж.Ю. Бутрина**); КГБУЗ «Косихинская ЦРБ» (главная медицинская сестра **В.Ф. Абрамова**); КГБУЗ «Рубцовская ЦРБ» (главная медицинская сестра **Н.П. Шокарева**). Готовы к открытию «Школы АГ» в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» (главная медицинская сестра **Ю.А. Фролова**) и КГБУЗ «Городская больница №2, г.Рубцовск» (главная медицинская сестра **Г.И. Мамонтова**).

На базе поликлиники «Надежда» успешно функционирует сестринская **«Школа паллиативной помощи»**, создан сайт Школы. Ведет эту работу главная медицинская сестра Ж.Ю. Бутрина.

Посещая сестринские «Школы здоровья», медицинские работники начинают вести здоровый образ жизни (бросают вредные привычки), приобретают опыт работы со своими пациентами по пропаганде ЗОЖ. Мы уверены, что подобные Школы должны создаваться в каждом сестринском коллективе.

В сентябре 2008г. на базе КГБУЗ «Городская больница №4, г.Барнаул», по инициативе Ассоциации и благодаря поддержке главного врача **Н.П. Гулла**, огромного желания главной медицинской сест-



ры **Е.А. Ветхоловской**, создан **учебно-методический кабинет**, что считается инновационной сестринской технологией. Его цель и назначение заключается в централизации всей организационно-методической работы по подготовке и повышению профессионализма специалистов сестринского дела. В 2011г. создан УМК на базе КГБУЗ «Городской больницы №3, г.Барнаул». Принято решение о создании УМК на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

За отчетный период 68 делегатов Ассоциации побывали на Международных и Всероссийских конференциях, съездах, семинарах в городах Санкт-Петербурге, Москве, Томске, Казани, Новосибирске, Томске, Суздале, Кирове, Омске, Чите, Иваново. Поездки были профинансированы Ассоциацией.

С 2009-2010гг. участвовали в Международном проекте по туберкулезу и в Международном конкурсе, где старшая медицинская сестра КГБУЗ «Алтайский противотуберкулезный диспансер» **Т.А. Суразакова** заняла II место. По итогам проделанной работы в проекте на основе каскадного метода обучено 620 медсестер Алтайского края современным формам лечения и профилактики туберкулеза.

В 2011г. мы **вошли в Международный проект «Лидерство в переговорах»**, на Международном семинаре в г.Суздале прошли подготовку наши специалисты - и на осень этого года запланирован краевой семинар по проекту «Лидерство в переговорах» для главных медсестер и ключевых членов.

Ежегодно Ассоциация по приглашениям учреждений здравоохранения, являющихся ее членами, принимает участие в работе научно-практических, юбилейных конференций, где сестринские коллективы и активные члены Ассоциации награждаются Почетными грамотами, Почетным знаком «За особый вклад в развитии сестринского дела».

В 2010г. **создан WEB-сайт** - очередной шаг на пути инновационного развития Ассоциации. Его страницы постоянно дополняются свежей информацией о событиях деятельности Ассоциации, размещаются для скачивания новые законы, СанПиНы, приказы, распоряжения российского и регионального уровней. Замечу, что руководители сестринских коллективов, которые не работают с сайтом и не привлекают своих коллег, лишают коллектив необходимой информацией. Ведь не зря существует выражение: «Кто владеет информацией - владеет миром!».

С 2009г. 50% сестринских коллективов оснащены информационными стендами Ассоциации и в этом году запланировано работу продолжать, но напоминаю, что стенд выдается в сестринский коллектив, где членство не менее 50 процентов.

Постоянное участие в финансировании постдипломного образования, единовременные социальные выплаты, пополнение сестринских библиотек специализированной методической литературой, благотворительные акции - вся эта работа является формой возврата членских взносов в сестринские коллективы».

Из выступления Президента АРОО ПАСМР Л.А. ПЛИГИНОЙ

5. Стратегические цели развития АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников».

5.1 Стратегическими целями развития АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» являются:

- повышение роли АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» в управлении профессиональной группой специалистов со средним медицинским и высшим сестринским образованием;

- повышение качества медицинской, сестринской помощи населению Алтайского края за счет повышения качества базового и постдипломного образования, совершенствование ресурсного и организационного обеспечения деятельности специалистов со средним медицинским и высшим сестринским образованием;

- содействие внедрению современных информационно-коммуникационных технологий в деятельности специалистов со средним медицинским и высшим сестринским образованием вне зависимости от типа учреждений здравоохранения и их удаленности от информационного центра;

- содействие дальнейшему внедрению в деятельность специалистов сестринского дела «Этического кодекса медицинской сестры России» как важного элемента повышения качества сестринских услуг населению Алтайского края.

5.2 Принципы развития АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников»:

- добровольность,
- доступность,
- открытость,
- сотрудничество с государственными, негосударственными и общественными организациями,
- совершенствование информационной деятельности,
- развитие международного сотрудничества,

- содействие обеспечения правовой поддержки членов Ассоциации в профессиональной деятельности.

Из «Стратегии развития Алтайской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» на 2012-2015гг.»



Дорогие коллеги!!!

Уважаемые специалисты сестринского дела,

от всей души поздравляю вас

с Международным Днем медицинской сестры!

Медицинская сестра - не просто одна из самых гуманных профессий, это настоящее призвание! Душевная щедрость, доброта, сострадание и умение оказать действенную помощь страдающему человеку - поистине неопределимые и всегда востребованные качества, присущие медицинской сестре! Желаем вам и вашим близким здоровья, семейного счастья, благополучия, профессиональных успехов и верности профессии!

С уважением, Президент АРОО ПАСМР Л.А. Плигина



Поздравляем!

За многолетний, добросовестный труд, большой вклад в развитие общественного движения в Алтайском крае, на основании Приказа «Ассоциации медицинских сестер России» №12 от 23.03.2012г. о награждении *Почетным знаком РАМС «За верность профессии»*, были премированы члены Ассоциации: **Татьяна Васильевна ЦАРЕВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Городская больница №3, г.Рубцовск», **Алла Васильевна МОРОЗОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Стоматологическая городская поликлиника №3, г.Барнаул», **Людмила Михайловна НЕВЕСТЕНКО**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Каменская ЦРБ», **Ольга Ильинична ПЛОТНИКОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Первомайская ЦРБ».

За многолетний, добросовестный труд, большой вклад в развитие общественного движения в Алтайском крае, на основании Приказа «Ассоциации медицинских сестер России» №12 от 23.03.2012г. о награждении *Почетной грамотой РАМС*, были премированы: **Лидия Матвеевна САГАЙДАЧНАЯ**, медицинская сестра кабинета профилактики КГБУЗ «Центральная районная больница, г.Рубцовск», **Валентина Ивановна ХАБАРОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Первая городская поликлиника, г.Бийск», **Екатерина Анатольевна ВОРОШИЛОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Городская поликлиника №9, г.Барнаул», **Валентина Витальевна СКВОРЦОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Городская больница №1, г.Барнаул», **Нина Евстафьевна СМИРНОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Городская больница №3, г.Барнаул».

За активную профессиональную позицию, большой вклад в развитие сестринского дела, верность профес-

сии и милосердие приняты в Почетные члены, с занесением в «Почетную книгу» и вручением удостоверения, следующие члены Ассоциации: **Елизавета Андреевна ВЕТХОЛОВСКАЯ**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Городская больница №4, г.Барнаул», **Людмила Николаевна ПАТРУШЕВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Детская инфекционная больница №2, г.Барнаул», **Людмила Петровна ПОКАНОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Городская больница имени Л.Я. Литвиненко, г.Новоалтайск», **Галина Иннокентьевна МАМОНТОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Городская больница №2, г.Рубцовск», **Вера Григорьевна КОРНИЕНКО**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Детская городская поликлиника №2, г.Барнаул».

За активное участие в развитии сестринского дела и общественного движения в Алтайском крае Почетным знаком АРОО ПАСМР «За особый вклад в развитие сестринской профессии» награждены: **Таиса Александровна БАХАРЕВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница», **Лилия Ариовна КРАСИКОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Троицкая ЦРБ», **Светлана Сергеевна КИНДЮХИНА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Топчихинская ЦРБ», **Елена Геннадьевна ЛЕПЕЗИНА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Городская поликлиника №1, г.Барнаул», **Лидия Артуровна НИКЕЛЬ**, старший фельдшер КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г.Барнаул», **Наталья Сергеевна АРАПОВА**, старшая медицинская сестра хирургического отделения КГБУЗ «Краевая клиническая больница», **Зоя Атлухановна БЛОХИНА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Детская городская поликлиника №2, г.Бийск», **Раиса Владимировна КОКОРИНА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Психиатрическая больница, г.Рубцовск», **Гали-**

на Николаевна РАЧЕНКОВА, главная медицинская сестра КГБУЗ «Городская больница №1, г.Рубцовск», **Галина Ивановна МОКРЯКОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Детская городская поликлиника, г.Рубцовск».

За активное участие в развитии общественного движения в Алтайском крае, верность профессии и милосердие Почетной грамотой Алтайской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» награждены: **Светлана Анатольевна АНАНИНА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Городская больница №12, г.Барнаул», **Галина Леонидовна БЕСПАЛОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Детская городская поликлиника №9, г.Барнаул», **Людмила Валерьевна КРЮКОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Городская больница №10, г.Барнаул», **Надежда Александровна РОГАТИНА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Детская городская больница №5, г.Барнаул», **Ирина Ивановна ЦЫНК**, главная акушерка КГБУЗ «Родильный дом №2, г.Барнаул», **Наталья Васильевна ГРИШКОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер», **Жанна Владимировна ЯМЩИКОВА**, старшая медицинская сестра КГБУЗ «Первомайская ЦРБ», **Светлана Николаевна МЕДВЕДЕВА**, старшая медицинская сестра отдела ведения наркотических лекарственных средств КГБУЗ «Краевая клиническая больница», **Наталья Михайловна ШЕСТАКОВА**, старшая медицинская сестра КГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер, г.Рубцовск», **Любовь Сергеевна ГЛАДЫШЕВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Онкологический диспансер, г.Рубцовск», **Ольга Владимировна САВЕЛЬЕВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Городская больница №3, г.Бийск», **Надежда Дмитриевна**



УСТИНОВА, главная медицинская сестра КГБУЗ «Детская городская больница, г.Бийск», **Любовь Михайловна МИЛЛЕР**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Городская клиническая больница №11, г.Барнаул», **Валентина Федоровна АБРАМОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Косихинская ЦРБ», **Юлия Александровна ФРОЛОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Краевая клиническая больница», **Марина Михайловна КАМНЕВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Заринская ЦГБ», **Елена Максимовна БУЙМАЛА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Благовещенская ЦРБ».

За активное участие в развитии сестринского дела и общественного движения в Алтайском крае Почетной грамотой Алтайской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» награждены следующие сестринские коллективы с вручением библиотеки специалиста: КГБУЗ «Детская городская больница, г.Рубцовск» (главная медицинская сестра *Галина Николаевна Овчинникова*), КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г.Рубцовск» (и.о. старшего фельдшера *Юлия Александровна Трушлякова*), КГБУЗ «Городская больница №4, г.Бийск» (главная медицинская сестра *Любовь Васильевна Белкина*), КГБУЗ «Центральная городская больница, г.Бийск» (главная медицинская сестра *Людмила Анатольевна Казанина*), КГБУЗ «Зональная ЦРБ» (главная медицинская сестра *Светлана Валентиновна Сапожникова*), ФГ ЛПУ КТБ-12 УФСИН России, г.Барнаул (главная медицинская сестра *Ирина Геннадьевна Яковлева*), ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, г.Барнаул (главная медицинская сестра *Людмила Александровна Степанова*), КГБУЗ «Городская больница №6, г.Барнаул» (главная медицинская сестра *Ирина Юрьевна Клуз*), КГБУЗ «Городская больница №9, г.Барнаул» (главная медицинская сестра *Наталья Борисовна Иванова*), КГБУЗ «Перинатальный центр (клиничес-



кий) Алтайского края» (главная акушерка *Галина Михайловна Назимко*), ГОУ СПО «Благовещенский медицинский техникум» (директор *Галина Александровна Мирошниченко*), КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул» (главная медицинская сестра *Марина Ивановна Баталова*), КГБУЗ «Городская детская инфекционная больница №2, г.Барнаул» (главная медицинская сестра *Татьяна Александровна Арзамасова*), КГБУЗ «Староалейская ЦРБ» (главная медицинская сестра *Мария Дмитриевна Семенова*), КГБУЗ «Тальменская ЦРБ» (главная медицинская сестра *Наталья Николаевна Савоченко*).

За активное участие в развитии общественного движения в Алтайском крае Благодарности Алтайской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» с вручением библиотеки специалиста получили следующие сестринские коллективы: КГБУЗ «Городская поликлиника №3, г.Барнаул» (главная медицинская сестра *Елена Николаевна Семенова*), КГБУЗ «Городская поликлиника №5, г.Барнаул» (главная медицинская сестра *Елена Викторовна Шубитова*), КГБУЗ «Стоматологическая городская поликлиника №2, г.Барнаул» (главная медицинская сестра *Наталья Владимировна Фокина*), КГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника №1, г.Барнаул» (главная медицинская сестра *Людмила Михайловна Аверкина*), КГБУЗ «Ребрихинская ЦРБ» (главная медицинская сестра *Ирина Николаевна Борщева*), КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая

психиатрическая больница им. Ю.К. Эрмана» (старшая медицинская сестра *Маргарита Михайловна Теленина*), КГБУЗ «Солтонская ЦРБ» (главная медицинская сестра *Марина Сергеевна Сорочкина*), НУЗ «Узловая поликлиника ст.Алтайская ОАО «РЖД» (ключевой член *Наталья Владимировна Макарь*), КГБУЗ «Новичихинская ЦРБ» (главная медицинская сестра *Светлана Викторовна Ситникова*), КГБУЗ «Родинская ЦРБ» (главная медицинская сестра *Любовь Васильевна Решетенко*), КГБУЗ «Славгородская ЦРБ» (старшая медицинская сестра *Надежда Анатольевна Афанасьева*).

В соответствии с Положением о проведении Краевого профессионального конкурса «Лучший организатор сестринского дела-2011», на основании Протокола №4 от 11.04.2012г. по результатам I-II-III этапов конкурса

в номинации «Главная медицинская сестра» наибольшее количество баллов (72) набрала **Юлия Александровна ФРОЛОВА**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Краевая клиническая больница», которой торжественно вручили диплом и ленту победителя, денежное вознаграждение, а также сертификат участника.

Сертификаты участника и денежное вознаграждение получили участники номинации - главные медицинские сестры: **Жанна Юрьевна БУТРИНА**, КГБУЗ «Алтайский краевой



«онкологический диспансер»
Поликлиника «Надежда»,
Лилия Арновна КРАСИКОВА,
КГБУЗ «Троицкая ЦРБ», **Екате-
рина Васильевна ХОХЛОВА**,
КГБУЗ «Романовская ЦРБ», **Та-
тьяна Васильевна ЦАРЕВА**,
КГБУЗ «Городская больница
№3, г.Рубцовск», **Татьяна Ми-
хайловна ЧЕМЕЗОВА**, КГБУЗ
«Клинико-диагностический центр,
г.Рубцовск».

В номинации «**Старшая меди-
цинская сестра**» наибольшее ко-
личество баллов (68) набрала **Та-
мара Георгиев-
на БОТКИНА**,
старшая меди-
цинская сестра
КГБУЗ «Город-
ская больница
№3, г.Барна-
ул». Наградой
для нее стали
диплом и лента
победителя, де-
нежное вознагра-



раждение, сертификат участника.
Сертификаты участника и де-
нежное вознаграждение вручили
участникам номинации - старшим
медицинским сестрам: **Светлане
Анатольевне КАНДАУРОВОЙ**,
КГБУЗ «Романовская ЦРБ», **На-
талья Андреевне КОЙНОВОЙ**,
КГБУЗ «Краевая клиническая
больница», **Валентине Сергеевне
КОРОТКИХ**, КГБУЗ «Каменская
ЦРБ», **Татьяне Александровне
СУРАЗАКОВОЙ**, КГБУЗ «Ал-
тайский краевой противотуберку-
лезный диспансер», **Татьяне Ген-
надьевне МИНАКОВОЙ**,
КГБУЗ «Краевая клиническая
больница», **Елене Петровне
УШАКОВОЙ**, КГБУЗ «ЦГБ, г.
Заринск», **Татьяне Николаевне
ХРАМЦОВОЙ**, КГБУЗ «Город-
ская больница №6, г.Барнаул»,
**Марине Николаевне ШЕШИ-
НОЙ**, КГБУЗ «Краевая клиничес-
кая больница».

**Контактный телефон
Алтайской региональной
профессиональной
Ассоциации средних
медицинских работников:
(8-3852) 34-80-04
E-mail: pasmr@mail.ru
сайт: www.pasmr.ru**

РЕЗОЛЮЦИЯ

Краевая конференция АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников», рассмотрев итоги работы Ассоциации за 2008-2011гг., отмечает, что АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников», объединяющая в своих рядах почти 9000 специалистов, осуществляет деятельность, направленную на развитие сестринского дела здравоохранения Алтайского края. Мероприятия, проводимые Ассоциацией за отчетный период, осуществлялись в соответствии с «Программой развития сестринского дела в Алтайском крае 2010-2020гг.», «Стратегией развития РАМС», что позволило создать единое информационное пространство, как эффективную форму профессиональной деятельности значительной части специалистов со средним медицинским и высшим сестринским образованием.

На основании системного анализа деятельности Ассоциации, отчетно-выборная конференция постановляет:

- Признать деятельность Алтайской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» удовлетворительной, отвечающей принципам развития современного здравоохранения Алтайского края и соответствующей требованиям Устава.
 - Принять «Стратегию развития АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» на 2012-2015гг.».
 - Продолжить работу по реализации «Программы развития сестринского дела в Алтайском крае на 2010-2020гг.».
 - Содействовать введению штатных должностей главных специалистов по сестринскому делу и укомплектованию их специалистами с высшим сестринским образованием по специальности «Менеджер сестринского дела».
 - Содействовать развитию научных исследований и внедрению в практику специалистов сестринского дела современных технологий и коммуникаций.
 - Содействовать эффективному использованию потенциала специалистов с высшим сестринским образованием по специальности «Менеджер сестринского дела», их участие в системе управления сестринским персоналом.
 - Содействовать оснащению учреждений здравоохранения современными предметами ухода, средствами малой механизации, с целью создания безопасных условий для пациентов и медицинских работников, повышения качества сестринской помощи населению Алтайского края.
 - Принимать участие в разработке тарифов на Простые медицинские услуги (ПМУ), оказываемых специалистами сестринского дела, а также их утверждение в территориальном фонде ОМС.
 - Рекомендовать создание этических комитетов в Советах по сестринскому делу учреждений здравоохранения.
 - Защищать профессиональные интересы, честь и достоинство, а также деловую репутацию членов Ассоциации.
 - Обеспечивать доступность информации о деятельности Ассоциации каждому из ее членов через представителей Ассоциации в сестринских коллективах: главных медицинских сестер и ключевых членов.
 - Участвовать в работе краевой аттестационной комиссии по аттестации специалистов со средним медицинским и высшим сестринским образованием.
 - Провести II съезд средних медицинских работников в 2013 году.
 - Совершенствовать работу WEB-сайта Ассоциации, создать страницы сестринских коллективов учреждений здравоохранения.
 - Оптимизировать информационную деятельность АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» с использованием современных интернет-технологий и коммуникаций.
 - Продолжить создание сестринских «Школ АГ» для оздоровления медицинского персонала.
 - Продолжить проведение конференций, семинаров, конкурсов, выставок, круглых столов по актуальным вопросам.
 - Принимать участие в Международных и Всероссийских проектах, форумах, профессиональных конкурсах, научно-практических конференциях, семинарах.
 - Объединить в рядах Ассоциации 60% специалистов сестринского дела из практического здравоохранения.
- Региональная конференция по итогам работы АРОО ПАСМР за 2008-2011гг., г.Барнаул, 19 апреля 2012г.**





Негативный опыт беременности. Отказываться ли от консультации психолога?



**Татьяна Васильевна
БОГУН,**

медицинский психолог,
Алтайского краевого
перинатального центра,
г.Барнаул

*В церковь сходила.
Поставила свечку.
Очень я сильно хочу
одного:
Услышать скорее, как
бьется сердечко,
Увидеть скорей ма-
лыша моего.
Боженька! Дай мне
надежды и силы!
Да, я грешна. Но я
каюсь, прости...
Очень легко меня сде-
лать счастливой,
Дай мне душевный
покой обрести.
Дай мне, прошу, это
счастье - быть мамой.
Я обязательно справ-
люсь, поверь!
Этот малыш - он
такой долгожданный,
Будет он счастьем
всей жизни моей.*

Вынашивание и роды - естественные функции организма женщины, в то же время являющиеся переходным периодом, который сопровождается кризисными переживаниями. Эти функции существенно перестраивают сознание женщины и ее взаимоотношения с миром.

Весть о появлении ребенка знаменует начало новой жизни для всех окружающих. И казалось бы, - это большая радость, ведь именно дети вносят в семью новый дух, новый смысл и, конечно, море приятных и радостных мгновений. Но у некоторых женщин, например, с диагнозом «привычное невынашивание в анамнезе» проявляются постоянная озабоченность своим физическим состоянием, неверие в успешное вынашивание, а при вынашивании - в успешное родоразрешение. Беременность приобретает такую большую ценность, что у женщины порождает чрезмерную подозрительность, возможно даже враждебное отношение к окружающим.

Фобические явления (страх возможности невынашивания беременности, беспокойство за будущего ребенка, о его жизнеспособности) **отличаются высокой эмоциональной насыщенностью:** плаксивостью, постоянной готовностью к неблагоприятному исходу беременности - и в связи с этим - высоким тревожным состоянием. Зачастую женщины проживают беременность с отрицательными эмоциями, так как уже имели негативный опыт беременности (самопроизвольный выкидыш, неразвивающаяся беременность, интранатальная и антенатальная гибель плода). Безусловно, что *психологические последствия негативного опыта требуют коррекции.*

Негативный опыт - это отрицательный результат, отражение в сознании людей законов объективного мира и общественной практики, полученное в результате их активного практического познания.

Выкидыш, или самопроизвольный аборт, - это самопроизвольное прерывание беременности на сроке не более двадцати двух недель. Если самопроизвольное прерывание происходит два и более раз подряд, специалисты ставят диагноз «привычное невынашивание». Самопроизвольное прерывание беременности после 22 недель называется «преждевременными родами», так как уже возможно рождение незрелого, но способного к жизни - при определенных условиях - ребенка.

Потеря беременности на любом сроке, а также гибель ребенка до, во время и после родов является стрессом для матери. **Психология выделяет последовательность стадий в реакции на массивный стресс** (горе, утрату, мощное переживание, травму):

♦ **первая стадия:** массивный стресс - отрицание и ошеломление;

♦ **вторая стадия:** избегание (отвержение и оцепенение, плач, фрустрация);

♦ **третья стадия:** период колебания (принятие события как реальности);

♦ **четвертая стадия:** переход («переработка»);

♦ **пятая стадия:** интеграция («завершение переработки информации»).

Когда переживание потери очень интенсивно, оно часто сопровождается чувством вины, неуверенности в своих репродуктивных возможностях и имеет тенденцию трансформироваться в тревожное или депрессивное расстройство.

По данным разных авторов, 10-20% всех беременностей прерываются самопроизвольно до 12 недель, от 50 до 85% выкидышей приходится на период до 13 недель. Около 5% пар переживают два и более самопроизвольных прерывания беременности подряд. С каждым последующим случаем такого прерывания беременности вероятность повторного самопро-



Школа ответственного родительства

извольного аборта возрастает на 15 процентов... Повторяющееся самопроизвольное прерывание беременности три и более раз подряд отмечается примерно у 1% женщин.

Исследования, проводимые в Краевом перинатальном центре, показали, что **женщины с привычным невынашиванием имели опыт потерь в преморбидном периоде**, то есть в детстве или юношеском возрасте пережили утрату близкого или значимого человека. На индивидуальных консультациях было выявлено, что **характерными личностными особенностями таких женщин являются тревожная мнительность, неуверенность в себе, эмоциональная лабильность**. Эти черты развились или усилились после предыдущих неудачных беременностей - у всех женщин в анамнезе были самопроизвольные аборт. Психокоррекционная работа с этими женщинами показала, что после предыдущих выкидышей им были свойственны угнетенность, плач, «обида на судьбу», недоверие жизненному процессу. **У подавляющего большинства женщин в поколении не было хороших семейных отношений; семьи были неполными (не было бабушек, дедушек); осуждение матерей за множество абортов (обычно 12-16 абортов); осуждение матерей либо бабушек за отказ от детей.**

Кроме этого **определилась и такая категория женщин «с ударом по самооценке», считающая, что многого достигли, а «ситуацией беременности» управлять не смогли**. У них возникло чувство противоречия, подмена целей и средств. Возможно, ребенок на этом этапе считается средством, а не целью, а женщина неосознанно желает ускорить процесс рождения - «невынашивание».

Выкидыши, особенно привычное невынашивание, являются для женщины, ее мужа, других членов семьи психотравмирующей ситуацией. Женщина с подобным расстройством постоянно возвращается в мыслях к подробностям, связанным с утратой, пытается анализировать происшедшее, понять, что она делала не так, ищет виновных среди медицинского персонала. Периодически она старается не



думать об этом, но подобные мысли приобретают навязчивый характер. Ночью тем же содержанием наполнены кошмарные сновидения. Вследствие чего некоторые женщины начинают бояться засыпать. Иногда без видимого повода у таких женщин возникают внезапные яркие чувственные, сопровождающиеся аффективными реакциями воспоминания об эпизодах, связанных с ситуацией утраты. **С одной стороны, женщины с психотравмирующей ситуацией склонны стараться избегать всего, что могло бы напомнить о травме, а с другой - нейтральные текущие события нередко неожиданно ассоциируются у них с ситуациями, связанными с утратой.** Для таких женщин характерны блокада положительных эмоций, снижение количества и уровня положительных эмоций, потеря интереса к прошлым значимым формам активности, страх или стремление к одиночеству.

В период беременности они боятся чувствовать, боятся привыкнуть к ребенку даже в доношенном сроке. Они отмечают, что модель беременности ограничена определенными сроками, чаще всего негативного предыдущего опыта, - в психологии это состояние называется **«синдромом годовщины»**. Даже если до этого момента все шло благополучно, то именно в этот период возникают осложнения. Большинство женщин, боясь потери, минув этот период, отмечают, что напряжение не прошло, у них возникают новые страхи, и они ждут всевозможные осложнения. Они больше, чем другие женщины, склонны к суеверию, что тоже негативно влияет на течение беременности. ③

Такие пациентки нуждаются в психологическом сопровождении на протяжении всего периода беременности. Подобное психологическое сопровождение включает в себя: психокоррекцию и психотерапию «очищение памяти детства», «отпускание значимых в жизни людей и ситуаций», а также «перестройку ценностно-смысловых составляющих и преобразование образа мира».



Профилактика новообразований слизистой оболочки полости рта



**Алла Николаевна
ОСТАНИНА,**
зубной врач, высшая
квалификационная
категория, КГБУЗ «Детская
городская поликлиника
№9, г.Барнаул»

Полость рта является очень своеобразным анатомическим образованием, совершенно не похожим на другие полости человеческого тела; с многообразными и резко отличающимися друг от друга функциями, особенностями состава и строения.

Слизистая оболочка полости рта (СОПР) является индикатором состояния организма человека и его взаимоотношений с внешней средой.

Умение «читать» и видеть клиническое состояние слизистой, улавливать возникающие в ней отклонения играет существенную роль как для оценки ее состояния, так и для выявления ранних признаков изменений, связанных как с эндогенным, так и экзогенным воздействием. Не зная их и не принимая их во внимание, невозможно успешно лечить и предупреждать болезни СОПР. Несмотря на большое разнообразие заболеваний СОПР и губ, их развитие, как и развитие заболеваний, возникающих в других тканях органов человека, подчинено единым общебиологическим законам. При развитии таких процессов наблюдаются явления воспаления, дистрофии или возникновения опухолей.

Относительно небольшую группу составляют доброкачественные и злокачественные новообразования СОПР и губ.

Опухолевые и опухолеподобные поражения трудно прогнозировать, так как они развиваются только у лиц, имеющих склонность к данному процессу. А толчком к началу развития процесса могут быть гормональные сдвиги, в частности, накопление соматотропного гормона в периоды полового созревания или беременности, наличие хронического травматического фактора, предшествующее воспаление, анемии и др. Однако все это лишь дополнительные факторы риска, провоцирующие развитие подобных поражений у лиц, предрасположенных к данному процессу.

Значительную роль в развитии злокачественных опухолей в полости рта играют вредные привычки, такие, как курение, злоупотребление крепкими спиртными напитками, наркотиками, употребление «наса» у народов Средней Азии, у народов Индии - жевание листьев бетеля. Недостаточное содержание в пище витамина А или нарушение усвояемости организмом приводит к изменению процессов ороговения. Несомненно и вредное влияние систематического употребления слишком горячей и острой пищи.

Первичная профилактика новообразований основана на предупреждении и устранении факторов риска: хронических, механических, физических и химических травм СОПР, профессиональных вредностей (химические производства, горячие цеха, работа в запыленных помещениях, постоянное пребывание во влажной среде при низких температурах, чрезмерная инсоляция), избытка солнечного излучения, гальванизма (гальванические токи вызваны пломбами и протезами, изготовленными из разнородных металлов, проявляются жжением и ощущениями металлического привкуса во рту), гиповитаминозов, гормональных нарушений и т.д.

Наиболее часто в клинической практике встречаются лейкоплакия, бородавчатая форма предрака, абразивный преинвазивный хейлит Манганотти. Из факторов риска возникновения лейкоплакии на первом месте стоит воздействие табачного дыма. При горении табака, помимо теплового воздействия, образуются различные химические вещества, которые, попадая с дымом в полость рта, раздражают слизистую оболочку. В развитии местных поражений, вызываемых курением, наиболее вредным является курение трубки. Риск заболевания увеличивается, если курящие или злоупотребляющие алкоголем пациенты имеют зубные протезы и нерегулярно посещают стоматолога. В связи с этим необходимо пропагандировать отказ от употребления табака и, в первую очередь, от курения трубки, папирос и



сигарет без фильтра, от частого употребления алкоголя, горячей и раздражающей пищи, а также включение в рацион продуктов питания, богатых витаминами А, С, В. **Хроническая механическая травма, как один из факторов риска, может вызываться острыми краями зубов, корнями, плохо изготовленными протезами, зубным камнем.**

На производствах, где рабочие подвержены воздействию канцерогенных агентов, необходимо добиваться улучшения технологических процессов, соблюдения правил техники безопасности и использования средств индивидуальной защиты.

Средствами борьбы с избыточным солнечным излучением являются защитная одежда, мази, гигиеническая помада, соблюдение режима принятия солнечных процедур.

Регулярные посещения стоматолога с целью своевременного лечения кариозных зубов и заболеваний твердых тканей зубов и периодонта, удаления разрушенных корней зубов, снятия зубных отложений, рационального протезирования и соблюдение правил гигиенического ухода за полостью рта в значительной степени снизят риск возникновения заболеваний слизистой оболочки.

Врач-стоматолог обязан соблюдать принцип онкологической настороженности!

Во время профилактических осмотров и диспансеризации проводить обследование слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, осуществлять индивидуальную и массовую санитарно-просветительную работу. В процессе диспансеризации необходимо формировать группы риска по данной патологии с последующим регулярным проведением лечебно-профилактических мероприятий.

В настоящее время появился еще один достаточно серьезный фактор, провоцирующий развитие подобного рода патологии: использование молодыми людьми анаболиков при занятиях культуризмом и профессиональными силовыми видами спорта. Возможности врача здесь скромны: разъяснение и совет.

Будьте внимательны к своему здоровью, берегите его! ☺

Я поведу тебя в музей

- это страничка для семейного чтения в нашем журнале. Она знакомит вас с лучшими произведениями из коллекции Государственного художественного музея Алтайского края.



Продолжаем путешествие по залам краевого Художественного музея. Сегодня мы побываем на **выставке «Казаки в Париже»**. Экспозиция из фондов Исторического музея посвящена 200-летию Отечественной войны 1812 года и рассказывает о весне 1814 года, когда русские войска вошли в Париж. Выставка включает вооружение, бытовые предметы, униформу, иллюстрирующие повседневную жизнь казаков во время войны с Наполеоном.

Русские войска взяли Париж, а парижанки буквально покорили русских. Особое место в экспозиции занимают **предметы дамского туалета**. Среди них: сумочка, чепец, носовой платок, веер, перчатка. Появление дамской сумки, которую держат в руках, связано с французской революцией. Прави-

ла хорошего тона в начале XIX века предписывали мужчинам носить руки в карманах, а женщинам - карманы, то есть сумки, в руках. Первые сумки изготавливали из разных материалов: кожи, ткани, бумаги, дерева и даже стекла. Они были маленьких размеров, что указывало на обеспеченность хозяйки, имевшей множество слуг, доставлявших крупную поклажу.

Руки французской модницы, носившей изысканный ридикюль, были затянuty в длинные, до локтя, *перчатки*. В XIX веке они имели символическое значение. Особо значима была правая перчатка. Нужно было ее снимать, приближаясь к человеку, занимающему высокий пост. Рука без перчатки, протянутая мужчине, демонстрировала особое расположение дамы. Еще одним неизменным атрибутом того времени был женский *веер*, при помощи которого парижанки выражали или, наоборот, скрывали свои чувства.

Голову француженки украшал *чепец*. Получивший широкое распространение в средние века, этот головной убор в первой половине XIX века был вновь в центре внимания парижанок. Богато украшенные шелковыми и кружевными лентами чепцы носили при всяких туалетах. Носовой платок поначалу тоже был модным дамским аксессуаром. Однако обычай нюхать табак превратил носовой платок из декоративного элемента в гигиеническую принадлежность. Изготовленные из тонкого полотна, батиста, кисеи, платки украшались цветными каемками, вышивкой и кружевом.

Все это когда-то носили французские модницы, увлекшие воображение храбрых военных, в равной степени поразивших воображение парижан. На два месяца казачьи полки стали главной достопримечательностью Парижа. В моду вошли «бистро», шаровары, головные уборы «а-ля казак». Подробности пребывания русских казаков в Париже можно в деталях увидеть в акварелях пражского художника **Георга Опица**. Но о них мы поговорим с вами в следующий раз. ☺

На фото: Сумочка дамская, веер, платок носовой дамский, флаконы, чепчик дамский. Конец XVIII-первая половина XIX вв. Из фондов ГИМ.

Дорогие ребята и родители,

мы рады видеть вас в музее по адресу:
г.Барнаул, пр.Ленина, 88 (площадь Октября).

**Музей работает: среда-воскресенье,
10.00-18.00ч. (касса работает до 17.30)**

На правах рекламы



Во весь голос.

Об охране детского голоса



**Ольга Александровна
КАРДАШ,**

музыкальный руководитель
МБДОУ «Центр речевого
развития «Детский сад
№125», г.Барнаул

**Пение - это
важнейшее
средство
музыкального
воспитания,
и оно играет
существенную
роль в решении
задач
всестороннего и
гармоничного
развития ребенка.**

Через пение ребенок осуществляет огромный рывок в эмоциональном, музыкальном и познавательном развитии: формируются его высшие психические функции, развивается речь; происходит накопление знаний об окружающей действительности. Пение воспитывает эстетическое восприятие и эстетические чувства, художественно-музыкальный вкус.

Уже в раннем возрасте дети реагируют на песню, еще не понимая до конца ее содержание. Постепенно она заполняет досуг ребенка, помогает организовать творческие и сюжетные игры, у детей появляются любимые песни, которые они поют в повседневной жизни. Вместе с тем возрастает интерес и к воспроизведению песни. **Поскольку пение является психофизиологическим процессом, связанным с работой жизненно важных систем, таких, как дыхание, кровообращение, эндокринная система, важно, чтобы голосообразование было правильно, природосообразно организовано, чтобы ребенок испытывал ощущение комфорта, пел легко и с удовольствием.**

Певческий аппарат ребенка в дошкольном возрасте анатомически и функционально только начинает складываться (связки еще короткие и тонкие, небо малоподвижное, дыхание слабое и поверхностное) и непрерывно растет в соответствии с развитием всего организма. Поэтому **детский голос надо особенно беречь и развивать очень осторожно, стараться сохранить его естественное звучание.** При неправильном режиме голосообразования, нарушении гигиенических норм ребенок испытывает напряжение гортани, у него устает голос, который будет звучать тяжело и некрасиво. В этих условиях могут возникнуть серь-

езные заболевания голосового аппарата. Следовательно, задача охраны детского певческого голоса является очень важной.

Дошкольники, особенно младшего возраста, склонны к подражанию. Они слышат, как громко звучит голос взрослого человека и пытаются петь так же. Но **дети не должны петь громко!** Громкое пение (так называемое «пение-крик») ставит под угрозу здоровье всего певческого аппарата. Дети с раннего возраста должны слышать мягкие, мелодичные голоса с точными и выразительными интонациями. Даже разговаривать с детьми надо без крика, ведь они часто переносят разговорную интонацию на пение; услышав громкий разговор, могут петь форсированным звуком, что губительно отражается на голосовых связках детей и понижении слуха.

Охрана детского голоса предусматривает правильно поставленное обучение пению. Этому во многом содействует продуманный подбор музыкального материала - **репертуар, соответствующий певческим возрастным возможностям детей.** Не следует поощрять пение детьми песен для взрослых с большим диапазоном, которые они слышат дома. Неправильное, фальшивое исполнение таких песен не способствует развитию музыкального слуха у детей и особенно наносит вред слабым голосовым связкам ребенка.

Какие можно дать советы для сохранения детского певческого голоса?

1. Удерживайте детей от громкого пения.
2. Следите за тем, чтобы в повседневной жизни ребенок не кричал, не визжал, так как это неблагоприятно влияет на состояние голоса.



3. Добивайтесь нормального, естественного тона в разговоре в любых условиях (в помещении, на прогулке).

4. Не пойте на улице при температуре воздуха ниже, чем +15 градусов.

5. Не позволяйте ребенку пить холодную воду, есть мороженое в разгоряченном состоянии во избежание простуды, заболеваний голосового аппарата.

6. Не позволяйте ребенку петь во время гриппа, ларингита, так как перенапряжение голосовых связок может привести к серьезным хроническим нарушениям голоса.

7. Удерживайте ребенка от длительного разговора на улице в холодное время года.

8. Не позволяйте жевать во время разговора или пения.

Практические упражнения по постановке голоса

«Открываем скрипучую дверь»: нужно изобразить голосовыми связками скрипучую дверь: она сначала никак не поддается, а потом все же удается ее открыть (снять напряжение).

«Рисуем голосом картинки»: изобразить голосом, показать рукой,

Полезно распевание звуков:

«А» - голосовое дрожание верхних дыхательных путей, носоглотки, предупреждение их заболевания;

«И» - полезно при заболевании щитовидной железы;

«О» - укрепляет вестибулярный аппарат;

«У» - усиливает воздействие на центр речи, гортань, укрепляет грудную клетку;

«М» (с закрытым ртом) - улучшает память, сообразительность;

«Э» - укрепляет бронхолегочную систему;

«О-У-М» - положительно влияет на все отделы головного мозга.



как бы рисуя в воздухе (например, домик с трубой и дымом, зайчика с длинными ушами), чем выше рисуется рисунок, тем выше становится голос, чем ниже рука, тем ниже высота голоса.

«Отважный летчик»: в руке дети держат воображаемый самолет и, подражая ему, на звук «а-а-а» или «у-у-у», «з-з-з» выполняют виражи, плавное парение.

Несколько советов для педагогов и родителей, как петь с ребенком, чтобы не навредить голосу:

- ◆ пойте не громко;
- ◆ пойте не очень быстро и не очень медленно;

- ◆ пытайтесь подчеркнуть интонацией содержание песни, например, колыбельные пойте спокойно, ласково, тихо; веселые песни - оживленно;

- ◆ пойте чаще;
- ◆ разучивайте песни с голоса (если есть возможность, чередуйте пение с аккомпанементом и пение без музыкального сопровождения);

- ◆ помните: чем понятнее ребенку содержание песни, тем больше она ему нравится.

Известно, что занятия пением, если они строятся грамотно, способствуют физическому развитию детей, укреплению их здоровья. ☺

Практические упражнения по постановке дыхания

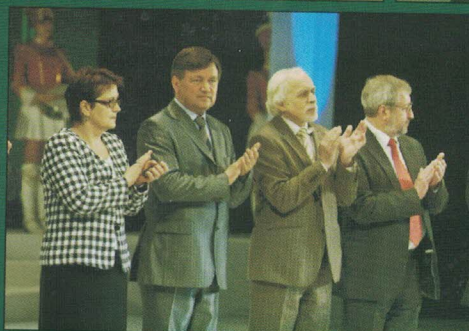
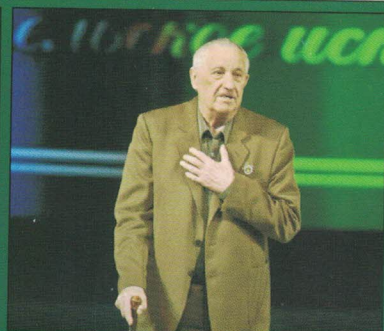
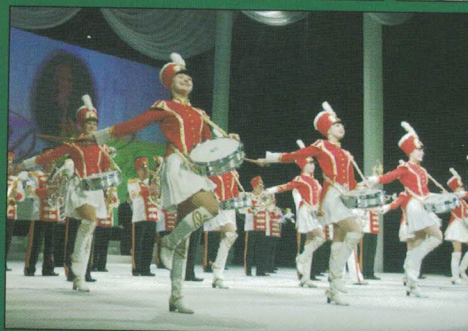
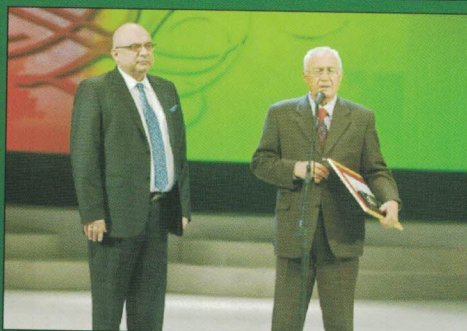
☞ **«Непослушная свечка»:** сделав бесшумный вдох через нос, подуть на воображаемую свечу тихонько, через улыбку. Свеча не гаснет - сложить рот в трубочку и дунуть чуть сильнее.

☞ **«Дарю тебе мыльный пузырь»:** стоя друг напротив друга, выдуть из соломинки воздушный пузырь и передать его своему партнеру.





Демидовский бал — 2012



Алтайская региональная общественная организация
“Профессиональная ассоциация средних медицинских работников”

Региональная конференция по итогам работы 2008–2011 гг



Вместе - мы сила!