

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№3 (111) МАРТ 2012





Иллюзия неравенства?!...

«Иллюзия равенства?!» - так назывался материал в марте 2007 года, в котором мы говорили о проблемах гендерного неравенства в России. Что изменилось?

Думаю, не так много. Неравенство полов так же дорого обходится российскому, как и любому другому, обществу.

Недавнее исследование Всемирного банка показало, что в законодательстве 102 из 141 страны есть хотя бы одна норма, которая по-разному применяется к мужчинам и женщинам, как следствие, например, сужаются экономические возможности женщин. При этом женщины составляют около 40% рабочей силы в мире, они обладают весьма внушительной покупательной способностью и при этом более эффективно реинвестируют свои доходы в здоровье, образование и семью. Главная проблема, с которой сталкивается женщина в деловой сфере, - не в уровне образования, квалификации, производительности труда, а в банальном предубеждении!

Аналогична ситуация и на политической арене! Мы буквально в этом месяце, накануне Международного дня 8 Марта, завершили очередной избирательный цикл. Поддержку на региональных выборах, депутатские мандаты в Государственную Думу, как и четыре года назад, лишь в незначительном числе получили женщины! Кандидатура женщины как потенциального кандидата в Президенты - даже не обсуждалась!

Но исследования социологов показывают, что решение проблемы устойчивого развития государства, сбалансированности в решении социальных проблем требует активного участия самих женщин в политике, в снятии фактически существующих гендерных барьеров.

В условиях, когда законодательство даже и не содержит каких-либо признаков неравенства статуса мужчин и женщин, на практике же поддерживающие его институты создают условия, которые все-таки обеспечивают такое неравенство. Это усугубляется как раз тем, что в различных органах власти, в так называемых «лоббистских кругах», женщин, умных и активных, еще очень мало! Решение этой проблемы - наша общая задача, задача женского актива села, города, района, края.

На заседании Общественной женской палаты при Губернаторе Алтайского края 6 марта т.г. в преддверии 8 Марта мы говорили о том, какую позицию занимали женщины на прошедших выборах, какие задачи мы ставим перед новой властью как самые важные.

Губернатор Александр Богданович Карлин в своем выступлении подробно рассказал о его видении развития края на ближайший период, очень высоко отозвался о важной социальной роли женщин в нашем крае. Не только женщины-матери, но и женщины-труженицы. Отметив, что его опыт назначения женщин на ответственные должности показал их ответственность, профессионализм, и заверил женскую общественность края, что такая практика назначения женщин на руководящие должности будет только расширяться.

Это его позиция.

Есть еще одна, не столь позитивная, тема, в которой женщины, как это ни парадоксально, стремятся достигают равенства с мужчинами!

Проблема, которая уже была темой мартовского номера журнала, в 2009 году это - водка, алкоголь. Вернее, наша сегодняшняя незащитность перед этими беспощадными убийцами, убийцами в человеке - человека.

Мы не оставляем эту болезную тему и продолжаем свою активную просветительскую миссию. В конце 2010 года мы издали, а в ноябре прошлого года переиздали, тематический выпуск нашего журнала «Алкоголь - вкрадчивый враг!», на страницах которого выступили политики, общественники, медики, педагоги, подростки.

Особо мы обращаемся к девушкам, женщинам! Ваше неприятие спиртного определяет, во многом, отношение к злоупотреблению спиртным в обществе, а значит, в вашей семье, среди ваших коллег, одноклассников и, как ни парадоксально это звучит, даже одноклассников!

Пьяная женщина - это мерзко! Не утешайте себя тем, что вы умеете пить «в меру»... Еще и еще раз говорим: алкоголь - яд! Он медленно убивает вас, ваших детей, вашу семью, он просто убивает яркую и счастливую жизнь!

Полностью поддерживаем законодательно принятое на территории края ограничение по продаже алкоголя.

Но мы убеждены, что меры, применяемые по ограничению потребления алкоголя, должны быть еще более последовательными и более жесткими. Говорить о каких-либо значимых достижениях на этом «фронте» нам еще рано!

«Пьянство давно вышло за пределы конкретной семьи и превратилось в проблему государственную! Или мы остановим алкоголизацию России, или алкоголь погубит страну!» - мы разделяем такую позицию.



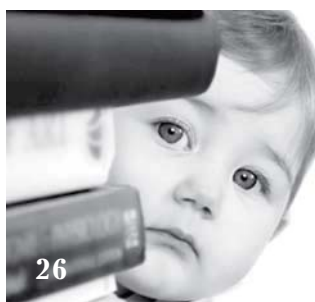
Содержание



**Чтобы малыши
родился здоровым**



Женское сердце



**Пробудить
в ребенке желание
учиться**



**Уход за полостью
рта ребенка-
инвалида**

На фото: М.В. КОС-ТРОМИЦКАЯ, главный врач Центральной районной больницы с.Завьялово



О.Н. Николаева. Наши приоритеты	2-6
Поздравляем!	6
О.М. Тырышкина, Е.А. Корзникова. Чтобы малыш родился здоровым	7-8
Мир и медицина	9
«День донора»	10
ВОСПИТАЙ ЗДОРОВЫМ «Моя семья - жемчужина Алтая-2012»	10
Наш партнер - «Алтайское краевое общество кардиологов» Женское сердце	11-13
Что может женсовет?	13-15
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА О.А. Бельницкая. Привычная потеря беременности	16-17
Материнство - должность пожизненная!	18-19
Жизнь без табака и алкоголя	20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ. Высшее сестринское образование	21
О.И. Речкунова. Радость материнства	22
Т.Г. Смирнова. Профилактика мастопатии. Начни с себя... ..	23-24
Наш партнер - «Алтайский вестник Роспотребнадзора» Е.Н. Черкашина. Энцефалит не возьмет «в клещи»	25-26
Пробудить в ребенке желание учиться	26
Т.И. Ретенко. Еще раз о демодекозе	27
В.Ф. Арсеньев. Что такое бронхиальная астма?	28-29
Мир и медицина	30
Держите форму лица	31
ДЕТСКАЯ СТРАНИЧКА	32-33
Лекарство для Золушки	34-35
И.В. Демкина. Уход за полостью рта ребенка-инвалида	36-37
Интересные факты о человеке	38
Мудры: простой способ помочь себе	39-41
Тест: Как сделать из своей жизни шедевр	42-44

Наши приоритеты

Мы беседуем с главным врачом Центральной районной больницы с.Завьялово Мариной Вячеславовной КОСТРОМИЦКОЙ. Должность руководителя лечебного учреждения она занимает немногим более пяти лет, но и за этот сравнительно небольшой срок зарекомендовала себя как инициативный, творчески относящийся к делу человек.

- Марина Вячеславовна, есть ли особенности у сельских лечебных учреждений в сравнении с городскими, и какие они?

- Конечно, есть. Хотя основная задача едина для всех учреждений здравоохранения - оказание первичной медико-санитарной помощи населению. Но на нашу долю преимущественно приходится именно первоначальная помощь. А от того зависит, как работает первичное звено, так будет в целом складываться впечатление о здравоохранении всего края. Однако в этом звене всегда много проблем, и решать их, считаю, надо незамедлительно. Прежде всего, **кадровую проблему**. То, что уже предпринято на уровне края, думаю, может в определенной мере изменить ситуацию в лучшую сторону. Предложенные Губернатором дополнительные выплаты (в частности в размере двух тысяч рублей - молодым специалистам и пять тысяч - для хирургов и реаниматологов) - хороший стимул для повышения заинтересованности специалистов в результатах своего труда. Это здорово, и спасибо Губернатору. Но боюсь, что для привлечения именно молодых специалистов к работе в сельской медицине даже таких доплат недостаточно.

На протяжении тех пяти лет, что работаю главным врачом Завьяловской ЦРБ, ежегодно бываю на распределении выпускников медуниверситета. С большим огорчением вынуждена констатировать: **наша молодежь ехать на село не хочет!** И на сегодняшний день, даже когда молодым специалистам предлагается миллион рублей, у

меня такое ощущение, что они уверены: эти деньги они уже имеют. И, похоже, так думаю не только я одна, а большинство главных врачей центральных районных больниц, которые испытывают состояние легкого шока после общения с выпускниками во время распределения.

Краевая столица несколько лучше укомплектовалась кадрами, собрав наших «целевиков». К сожалению, существующая законодательная база не препятствует этому...

Во время недавней специализации по организации здравоохранения в Новосибирске в Академии государственной службы была проведена «прямая линия» с заместителем директора Департамента науки, образования и кадровой политики Минздравсоцразвития РФ **Вадимом Александровичем ЕГОРОВЫМ**. Среди других мы задали прямой вопрос: *«Нельзя ли законодательно для выпускников медицинского вуза, поступивших по целевому набору, ввести норму обязательной отработки по распределению в сельской местности?»*. Нам сказали: *«Нет, это нарушение прав человека»*. А в том, что значительная часть сельского населения участвующая в подготовке этих специалистов, остается фактически без медицинской помощи, зачастую даже первичной, уже не говоря о помощи специализированной, - в этом, получается, нарушения прав граждан нет.

И уж если рассматривать все тонкости этой темы, то даже тем молодым специалистам, которые соглашаются на миллион рублей подъемных, тоже надо подписать



соглашение о работе в сельском лечебном учреждении в течение пяти лет. Спрашивается: чем целевой набор хуже? Аргумент о том, что студент-«целевик» сам платит за обучение, - очень уязвим, потому что на самом деле сумма, которую он вносит при поступлении, в лучшем случае покрывает стоимость одного года его обучения. А дальше расходы на его обучение берет на себя краевой бюджет, то есть студент фактически учится на средства налогоплательщиков. Но молодые люди игнорируют этот аргумент. Поэтому, я считаю, **нужна законодательная база, позволяющая решить проблему медицинских кадров в сельских лечебных учреждениях**. Знаю, что коллеги из других районов края разделяют мою точку зрения. И мы настроены на то, чтобы обратиться в краевое Законодательное собрание с предложением рассмотреть этот вопрос и найти варианты его решения на уровне края. Хотя, безусловно, это проблема уровня Российской Федерации. **Бездействовать уже нельзя**. Иначе первичное звено окажется в безвыходном положении: мы не только не сможем вести простой поликлинический прием, но и некому будет оказывать неотложную скорую медицинскую помощь. На сегодняшний день, на-



Модернизация здравоохранения

пример, у нас в районе в трех врачебных амбулаториях нет докторов.

- И как же вы выходите из положения?

- Закрепляем докторов из районной поликлиники, которые регулярно, по графику, выезжают в эти населенные пункты один-два раза в неделю. Организуется целевой прием на выезде, не только впервые обратившихся, но и диспансерный - лиц, имеющих хронические заболевания. Допустим, пациентов с сахарным диабетом или состоящих на учете с гипертонией, кардиологическими заболеваниями. Для того чтобы выйти хотя бы таким образом из сложившейся ситуации дефицита кадров, работаем вплотную с главами сельских поселений, руководителями хозяйств. Нам идут навстречу и по мере сил помогают. Выезжают в села не только терапевты, но и врач-педиатр, хирурги, невропатологи, работающие в ЦРБ, и если есть необходимость, - то и лаборатория.

Вот это все вкупе и составляет особенность сельского здравоохранения, которая и отличает его от городского.

Мы стараемся в максимальном объеме оказывать помощь населению по месту жительства и отправляем пациентов в краевые учреждения для дообследования и уточнения диагноза. При большой протяженности нашего края - это важно. **Мы находим возможность взаимодействия с ЦРБ близлежащих районов.** У нас, например, очень хорошая лаборатория, которая делает все виды анализов, кроме гистологических. Работают три врача-лаборанта. Мы даже готовы по этому «лабораторному» направлению обслуживать население близлежащих районов, тем более что такая потребность есть. Для того чтобы это формализовать, нужно оформить межмуниципальное соглашение, в рамках которого при обращении пациента, проживающего на их территории, за медицинской помощью к нам, муниципалитет - по согласованным тарифам - компенсирует расходы ЦРБ за их обслуживание. А пока мы работаем с ними, если так можно сказать, на благотворительной основе. Но думаю, что эти вопросы вскоре будут отрегулированы.

Еще одна особенность, характерная для сельского здравоохранения, - ме-



дицинское обслуживание должителей. С каждым годом оно все больше вырастает в проблему, решить которую, на мой взгляд, могли бы стационары на дому.

На селе долгожителей живет все-таки больше, чем в городе. Это люди, которым уже 80 и более лет. Они пережили войну, перенесли немалые лишения. Часто болеют, имеют хронические заболевания и нуждаются в постоянной медицинской помощи. В нашей больнице лежат несколько таких пациентов. Безусловно, они окружены заботой и вниманием, но медицинскую помощь, в которой нуждаются, они вполне могли бы получать в домашних условиях под наблюдением участкового врача-терапевта и благодаря процедурам, выполняемым медицинской сестрой поликлиники. Это, с одной стороны, разгрузило бы стационар больницы, а с другой, - способствовало бы лучшему самочувствию самих долгожителей, так как они оставались бы в привычной для них домашней обстановке, в кругу своих близких. К тому же, как правило, эти люди нетранспортабельны, им очень тяжело подниматься на второй этаж больницы, где у нас, например, расположено терапевтическое отделение. А для их обслуживания на дому у нас в ЦРБ есть все условия: штаты в составе поликлиники, автомобили для выезда.

Стационары на дому могли бы также решить вопросы лечения детей из неблагополучных семей, не приученных к дисциплине и распорядку. А еще в тех случаях, когда мамы

Даже тем молодым специалистам, которые соглашались на миллион рублей подъемных, тоже надо подписать соглашение о работе в сельском лечебном учреждении в течение пяти лет. Спрашивается: чем целевой набор хуже? Аргумент о том, что студент сам платит за обучение, - очень уязвим...

Расходы на его обучение берет на себя краевой бюджет, то есть студент фактически учится на средства налогоплательщиков.

Но молодые люди игнорируют этот аргумент...



по разным причинам отказываются ложиться в больницу. Такая форма дневного стационара на дому могла бы быть очень выгодной и самим пациентам, и государству, так как сэкономила бы значительные средства на содержании в стационарном учреждении с круглосуточным пребыванием. А согласно новым порядкам оказания медицинской помощи, на двух участковых врачей предусмотрена одна ставка медсестры, которая и могла бы выполнять эту работу.

И еще одна проблема, которую тоже нужно решать: **открытие паллиативных коек** (для облегчения страданий больного с угрожающим его жизни заболеванием) **при терапевтических отделениях больницы.** Людей, нуждающихся в таком виде медпомощи, становится все больше и больше: бывает, что «скорая» к ним выезжает по 4-5 раз в сутки. И поэтому открытие паллиативных коек позволило бы нам подобрать эффективную терапию на базе отделения больницы, могли бы там пролечить одиноких престарелых людей, назначить последующее базовое лечение и выписать домой под наблюдение медицинских работников. Открыть паллиативные койки за счет сокращения коек терапевтического профиля мы не можем, так как в рамках реструктуризации коечного фонда оно уже сокращено на 10 коек, а в перспективе мы планируем на его базе выделить от 3 до 5 коек для перепрофилирования их под кардиологические. (Уже проучен врач-кардиолог, и мы намереваемся лицензировать этот вид деятельности). И что немаловажно, в обоих случаях мы бы обеспечили полноценное, непрерывное лечение с предоставлением необходимых медикаментов в рамках стационара, и это бы сказалось на качестве жизни таких пациентов.

- **А тогда в чем заключается проблема? Вы же логично объяснили возможности оптимизировать оказание помощи этим категориям пациентов, с одновре-**

менным снижением затрат и более эффективным использованием коечного фонда больницы.

- *Все упирается в заложенные принципы финансирования учреждений здравоохранения. Я бы даже сказала - в наши ограниченные возможности более эффективно использовать выделяемые средства.* Не разработан тариф на оплату услуги дневного стационара на дому, он не внедрен в перечень оплачиваемых фондом обязательного медицинского страхования. Хотя я знаю, что в других регионах такой вид медицинской помощи успешно работает. Например, в Новосибирской области, Пермском крае. То есть эта инициатива нашла поддержку на региональном уровне и успешно развивается. Надеюсь, что со временем и в нашем крае она приживется. Мы бы сэкономили средства на другие нужды, но при этом доступность и качество медицинской помощи населению значительно бы приблизили.

Еще одна, можно сказать, незаживающая рана, проблема хоть и не медицинская, но напрямую влияющая на организацию медицинского обслуживания сельского населения, - это **транспортное сообщение между населенными пунктами.** В настоящее время, в лучшем случае, люди могут выехать в райцентр в больницу один-два раза в неделю. Поэтому у нас бывают дни, когда в поликлинике очень многолюдно, пациенты долго ждут своего приема у врача, естественно, при этом возмущаются. И здесь их можно понять. Но бывают дни, когда в коридорах встречаются только жители райцентра или те, кто смог добраться до поликлиники своим транспортом.

- **А как обстоят дела с лекарственным обеспечением?**

- В центральной районной больнице работа по снабжению медикаментами ведется на основании формулярного списка. В любой момент можно проконтролировать наличие медикаментов на складе по наименованиям, их расход за определенный период, и спланировать необходимость закупа. В

районе 1658 федеральных льготополучателей, из них 21% сохранили соцпакет, к примеру, стоимость одного рецепта за январь-февраль 2012 года составила 516,3 рублей, есть у нас и региональные льготополучатели, их - 1474 человека. С лекарственным обеспечением все налажено, если бы так же замечательно все было и со специалистами, мы бы вообще горя не знали. Мы, правда, не сидим сложа руки, пытаемся решать и эту задачу. Все-таки, несмотря ни на что, **возлагаем надежды на целевиков.** Причем, основную разъяснительную работу будем делать на предварительном, абитуриентском, этапе.

- **Вот вы говорите, что стараетесь пролечивать своих пациентов сами. А если человеку нужна высокотехнологичная медицинская помощь?**

- Если нужна, - направляем в краевые или другие лечебные учреждения, где эту помощь оказывают. У нас в ЦРБ создана специальная комиссия, которая занимается отбором пациентов на такое лечение. А направляет на комиссию участковый врач или специалист по результатам проведенного обследования. Если комиссия считает, что есть показания на оказание высокотехнологичной медпомощи, или сомневается в ее необходимости, пациента направляют в край. А дальше следим, как будут развиваться события.

- **И много жителей вашего района получили такую помощь?**

- В течение прошлого года были направлены 38 человек. Из них 34 пролечены, а остальные ожидают своей очереди. В основном, это больные травматологического профиля и имеющие сердечно-сосудистые заболевания.

- **А вообще среди жителей района какие заболевания преобладают?**

- Очень высок процент онкологической и сердечно-сосудистой патологии. К сожалению, *люди недооценивают опасности первых признаков проявления болезни.* По неистребимой привычке тянуть до последнего момента многие обращаются к врачу уже тог-



Модернизация здравоохранения

да, когда помочь или очень сложно, или уже невозможно. Особенно это касается онкологических заболеваний. И как ни прискорбно, такое отношение к своему здоровью встречается и у медицинских работников. И это несмотря на проводимые медосмотры работающих в ЦРБ. Я сама контролирую их обязательное посещение. Но кое-кто относится к профилактическому осмотру формально.

В прошлом году по нашему району только при профосмотрах выявлены 38 онкологических заболеваний! Думаю, могло бы быть и больше выявленных своевременно, на ранних стадиях, заболеваний. Но уровень охвата профилактическими осмотрами работающих очень мал, как говорится, «всех за руку не потащишь». К сожалению, **отношение к этому вопросу у нашего населения, я считаю, носит легкомысленный характер.** А руководители предприятий и организаций, несмотря на то, что по трудовому законодательству имеют право отстранить сотрудника за отказ от медосмотра, не занимаются этим вопросом. И это касается даже тех отраслей, где без должного медицинского контроля вообще нельзя работать, скажем, в сфере торговли, общественного питания, образования, социального обслуживания и т.д.

И ежегодное флюорографическое обследование многие люди просто игнорируют. Хотя рост онкологических заболеваний идет стремительный - среди подростков уже было выявлено два случая.

- Как-то можно в этом плане повлиять на людей?

- Считаю, что *должна быть принята программа на уровне муниципалитета.* Но пока мы, медики, в основном вызываем к сознательности граждан, пытаемся убедить руководителей (используя цифры в руках и наглядные примеры из жизни) оказывать нам содействие в этом вопросе. К слову, роль руководителя при этом очень велика. Мы многое решаем благодаря взаимопониманию и добрым отношениям, которые нам



Терапевтическое отделение

удается установить. В общении с каждым я стараюсь учитывать и характер, и степень должностной ответственности, и загруженность по работе, и множество других нюансов, которые могут повлиять на эффективность решения того вопроса, с которым к нему обращаюсь. Другими словами: надо быть и психологом, и дипломатом, и специалистом в своем деле, чтобы достичь цели.

- Ну вот отобрали вы кандидатуру на лечение, направили в медицинский центр, больной пролечился, вернулся домой. Теперь ему нужно восстановить здоровье до того уровня, чтобы он мог ощущать себя наравне со здоровыми. Как и где человек может получить такую реабилитацию в сельских условиях?

- Специфика сельской местности в том, что сами пациенты не очень-то заинтересованы в той «правильной» реабилитации, которая прописана в инструкциях, рекомендациях врачей. С одной стороны, нет у него на это ни средств, ни времени, а с другой - дома семья, хозяйство, скотина: все это требует присмотра и заботы. Плюс к этому - обычные будничные проблемы, из-за которых люди просто не могут надолго уезжать из дома. Поэтому самое благоприятное решение - это **реабилитация по месту жительства.** Мы в своем районе могли бы ее предложить, у нас есть специальное отделение. Те виды помощи, которые мы выполняем, все лицензированы. Но вот уже

пятый год мы бьемся над тем, чтобы фонд ОМС включил нас в свою программу восстановительного лечения пациентов, а именно - после оказания им высокотехнологичной медицинской помощи. Пока - безрезультатно.

Центр восстановительного лечения функционирует с 2004 года. Он создан по инициативе бывшего главы администрации района Александра Витальевича СОЛДАТОВА и бывшего главного врача ЦРБ Анатолия Владимировича ДЕМЧУКА на основе грязелечебницы. Построен стационарный корпус с отделением для круглосуточного пребывания пациентов. Созданы комфортные условия для проживающих, сравнимые с санаторно-курортными. В комнатах есть холодильники, телевизоры, в одноместных номерах - санузел. Центр имеет хорошее техническое оснащение, работает квалифицированный персонал.

Например, здесь пребывание одного пациента с заболеваниями сердечно-сосудистой системы обходится как минимум вдвое дешевле, чем в санатории. Мы подали документы со всеми расчетами во все необходимые инстанции, нам несколько раз сообщали, что мы почти на 99 процентов уже включены в программу, но как раз этого одного решающего процента каждый раз и не хватает. Только в прошлом году мы дважды корректировали документы: составляли список и план реабилитационных мероприятий по всем видам нозологий, с которыми мы могли бы принять пациентов, ►



◀ перечень необходимых медицинских препаратов, обсчитывали каждый вид восстановительной терапии. И были почти уверены, что войдем в программу, - но увы! Не хватает средств...

- А сейчас на каких условиях функционирует центр?

- До нынешнего года ЦРБ была муниципальным учреждением и отделение финансировалось из местного бюджета. За счет муниципального бюджета у нас получали лечение дети-инвалиды во время каникул, дети из многодетных семей, а также из семей, попавших в трудную жизненную ситуацию.

Оказывали мы и платные услуги населению. Были заключены договоры с коллективными, фермерскими хозяйствами, коммерческими структурами на оказание оздоровительных услуг их сотрудникам. Поначалу руководители соглашались с очень большой неохотой на сотрудничество с нами. Нам даже пришлось пойти на 50%-ные скидки на лечение, чтобы показать весь спектр наших возможностей и какой эффект от лечения получают люди. Не скажу, что все руководители, к которым мы обращались со своими предложениями, их приняли, но те, кто откликнулся, сумели оценить достоинства наших услуг, и теперь мы заключаем с ними взаимовыгодные договоры. А в этом году появляются новые пациенты с тех предприятий, которые прежде с нами не сотрудничали.

Очень много гостей мы принимаем из других регионов России: Кемерово, Новосибирска, Томска, Омска, Красноярска, Якутии и даже Москвы. Причем, побывав у нас один раз, они приезжают еще и еще, становятся нашими постоянными клиентами. Не устают удивляться стоимости наших услуг и качеству сервиса, который при этом получают: четырехразовое питание, пациент находится под наблюдением врача.

Центр рассчитан на тридцать мест. При небольшой его реконструкции мы могли бы принять и больше пациентов. В 2009 году мы заказывали проектно-сметную документацию на строительство дополнительного 50-местного корпуса и надстройку второго этажа грязелечебницы. По мнению экспертов-архитекторов, это возможно даже без усиления фундамента, так как здание было изначально построено с запасом прочности. Но пока все это остается лишь нашей задумкой...

- Теперь, когда вы стали краевым учреждением, какие-то перспективы по реанимации проекта просматриваются?

- Да, на коллегии Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности было дано задание вновь предоставить пакет документов, чем мы в настоящее время и занимаемся. Думаю, в ближайшее время мы их сдадим. Я все еще не теряю надежды на то, что все задуманное осуществится. Ведь от этого выиграют все: и край, и район, и больница, и наши пациенты. ☺

Беседовала Ольга Николаева

Поздравляем!

На заседании Общественной женской палаты 7 марта 2012 года Губернатор А.Б. Карлин вручил Орден «За заслуги перед Алтайским краем» II степени руководителю краевого отделения «Российского детского фонда» Р.С. Федоровой.

Раиса Степановна удостоена этой высокой региональной награды за многолетнюю активную общественную деятельность во благо Алтайского края и большой личный вклад в дело охраны прав ребенка и защиты детства.

Под ее непосредственным руководством, при постоянной поддержке администрации края и АКЗС, спонсоров и попечителей, успешно реализуются многие социально значимые программы: «Детский церебральный паралич», «Теплый дом», «Глухие дети», «Детская библиотека», «Нет - детскому туберкулезу». Отделение Всероссийского детского фонда проводит благотворительные акции: «Здравствуй, школа!», «Подарок Деда Мороза» и другие. Детский фонд окружает заботой обездоленных детей, юных талантов из малообеспеченных семей через проведение благотворительных марафонов «Доброе сердце», «Помоги ребенку!», «XXI век - детям Алтая», «Нет - детскому туберкулезу». Собранные в ходе благотворительных акций денежные средства, вещи, оборудование и т.п. передаются в детские лечебно-профилактические и образовательные учреждения, детские дома, малообеспеченным семьям.

КСТАТИ...

Краевое отделение Российского детского фонда реализует проект «Развитие новых технологий и социальных услуг по постинтернатному сопровождению выпускников детских интернатных образовательных учреждений». В его рамках открыт Центр психологической, юридической и социальной помощи выпускникам детских домов. На осуществление проекта выделен грант Губернатора Алтайского края.

Для молодых людей будут проводить лекции, тренинги, индивидуальные и групповые консультации по правовым, психологическим, социальным вопросам и гарантиям, семинары-тренинги по вопросам семейного воспитания, будет оказано содействие в трудоустройстве и получении профессии, востребованной на рынке труда. Также в случае необходимости интересы выпускников будут представлять в суде.

Занятия с выпускниками будут проводить сотрудники Управления по образованию и делам молодежи, Управления по труду и занятости администрации Алтайского края, аппарата уполномоченного по правам ребенка при Губернаторе Алтайского края, члены Общественной палаты региона. ☺

Центр находится по адресу: г.Барнаул, ул. Партизанская, 120 (Алтайское краевое отделение РДФ), тел. 63-30-13.





Чтобы малыш родился здоровым

Медицинская статистика говорит о том, что у совершенно здоровых молодых людей риск родить неполноценного ребенка составляет 5 процентов. Что семья может сделать, чтобы не попасть в эти самые проценты?..

Пренатальная (или - дородовая) диагностика представляет собой процесс обнаружения или исключения различных заболеваний уже у находящегося в матке плода.

Пренатальная диагностика и базирующееся на ее результатах медико-генетическое консультирование *отвечают на жизненно важные для каждого будущего родителя вопросы:*

- болен еще не рожденный малыш или нет?
- как может повлиять обнаруженная болезнь на качество жизни будущего ребенка?
- возможно ли эффективное лечение болезни после рождения малыша?
- нет ли у ребенка наследственных заболеваний?
- правильно ли он развивается?
- хорошо ли ему там?
- и вообще - это он или она?

Эти ответы позволяют семье осознанно и своевременно решить вопрос о дальнейшей судьбе беременности - и тем самым смягчить психическую травму, вызываемую рождением малыша с неизлечимой инвалидизирующей патологией.

Современная пренатальная диагностика использует самые различные технологии. Все они обладают разными возможностями и степенью надежности. Некоторые из этих технологий - ультразвуковой скрининг (динамическое наблюдение) развития плода и скрининг сывороточных факторов материнской крови считаются **неинвазивными** или малоинвазивными - то есть не предусматривают хирургического вторжения в полость матки. **Практически безопасные для плода эти диагностические процедуры рекомендуются всем без исключения будущим мамам.**

Другие же технологии (биопсия хориона или амниоцентез, например) являются **инвазивными** - то есть предполагают хирургическое вторжение в полость матки с целью взятия плодного материала для последующего лабораторного исследования. Понятно, что инвазивные процедуры небезопасны для плода и потому практикуются только в особых случаях.

Главной целью пренатального скрининга является обнаружение женщин с высоким риском хромосомных болезней у будущего ребенка.

Что же нужно делать женщине, если она хочет как можно точнее выяснить, все ли в порядке с ее малышом? Мы можем предложить в настоящее время следующее:

ШАГ ПЕРВЫЙ: анализ крови и УЗИ.

В 11-13 недель беременности акушер-гинеколог выдает каждой будущей маме два направления. Первое - на анализ крови из вены на особые белки (свободный ХГЧ и РАРР-белок), а второе - на УЗИ, во время

Ольга Михайловна ТЫРЫШКИНА,
заместитель главного врача по консультативно-диагностической деятельности и охране материнства и детства;

Елена Александровна КОРЗНИКОВА,
кандидат медицинских наук, главный внештатный специалист по ультразвуковой диагностике в акушерстве и гинекологии ГУ администрации Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, отделение ультразвуковой диагностики

- КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»



◀ которого врач проверит, нет ли у ребенка признаков хромосомных болезней. Эти исследования должны проводиться одновременно, ведь для каждой недели беременности существуют свои нормативы и по уровню белков, и по показателям развития ребенка. Если сроки анализа и УЗИ не совпадают, правильно оценить их результаты невозможно.

Спустя некоторое время женщина получит заключение, где указывается риск рождения ребенка с синдромами Дауна и Эдвардса. Этих результатов будущие мамы всегда ждут с замиранием сердца, но даже тревожное известие о том, что риск рождения малыша с хромосомными болезнями повышен и составляет больше «контрольного» показателя 1 : 250, - это повод не для волнений, а прежде всего для визита к врачу-генетику.

ШАГ ВТОРОЙ: консультация генетика.

Только этот врач, владея специальной информацией, сумеет правильно оценить результаты анализов и дать будущей маме самый обоснованный совет.

На итоги скрининга могут влиять самые разные условия. Так, при синдроме Дауна у ребенка уровень ПАПП-белка в крови его мамы понижается, а бета-ХГЧ повышается, но это может вызываться и другими факторами. Например, снижение ПАПП отмечается у женщин с сахарным диабетом, большим весом, гестозом, анемией, угрозой выкидыша, низким расположением плаценты. Повышение уровня ХГЧ может быть вызвано резус-конфликтом, некоторыми особенностями беременности или ожиданием близнецов. Иногда именно эти фак-

торы становятся причиной попадания в группу риска, хотя **утверждать это можно только после того, как будут исключены хромосомные нарушения.**

Оценив ситуацию, генетик предложит женщине либо пройти более точную инвазивную диагностику, либо дождаться следующего этапа скрининга на сроке 16-17 недель.

Рекомендация врача будет зависеть прежде всего от степени риска: если он высок, женщине лучше не отказываться от обследований, хотя окончательное решение в любом случае остается за будущими родителями.

ШАГ ТРЕТИЙ: инвазивная диагностика и хромосомный анализ.

Чтобы получить для исследования клетки будущего ребенка из плаценты, околоплодных вод или пуповинной крови, врачи извлекают их через микрохирургический прокол матки под контролем УЗИ. Благодаря этому риск осложнений невелик: около 1-2 процентов. Получив клетки, врачи исследуют их хромосомный набор. В этом случае родители узнают, нет ли у ребенка генетических болезней, почти со 100%-ной точностью и - скорее всего - смогут вздохнуть с облегчением.

Отсюда вывод: если каждой беременной полностью соблюдать необходимые уровень и объем обследования в женской консультации, то уверенность в рождении здорового малыша увеличивается!

Данное обследование вы можете пройти в КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края», имея при себе направление из лечебно-профилактического учреждения и обменную карту. ☺

Алтайский детский врач стала лучшим педиатром в России



В рамках работы XVI Конгресса педиатров России с международным участием прошло подведение итогов конкурса «Врач 2011 года». В номинации «Педиатр-специалист» лучшей признана врач-невролог детского консультативно-поликлинического отделения «Диагностическо-го центра Алтайского края» Татьяна Ергартовна ШУЛЬЦ.

«Эта новость стала для меня неожиданной, вызвала радость и гордость за правильно выбранную профессию детского врача, в которой удалось достичь определенных высот», - делится своими впечатлениями Лауреат этого почетного для врачей конкурса Татьяна Ергартовна.

Высокой оценки была удостоена не только ее многолетняя практическая работа, но и собственные разработки современных методик исследования эпилепсий и эпилептических синдромов у детей, которые сегодня с успехом применяются в «Диагностическом центре Алтайского края» для диагностики одного из самых сложных неврологических заболеваний.

Татьяна Шульц и до этого награждения считалась одним из лучших краевых специалистов, имея звание «Лучший врач-невролог», теперь же она по праву вошла в элиту и российской педиатрии. ☺

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

На правах рекламы



В мартовском выпуске нашего журнала о сравнительно новой теме в кардиологии мы говорим с председателем Алтайского краевого научного общества кардиологов, доктором медицинских наук, профессором Галиной Александровной ЧУМАКОВОЙ. Тема нашего разговора сегодня -

Женское сердце

- Галина Александровна, почему вдруг так много появилось публикаций кардиологов по «женскому сердцу»? Эта тема звучит все активнее, что-то изменилось?

- Да, женщины в настоящее время долго сохраняют активность. И в 60, и в 70 лет многие продолжают довольно эффективно работать, заниматься различными общественными делами. Сегодня женщина в 50 лет - сравнительно моложава, ведет активную жизнь, следит за собой. Но... В этом возрасте ее подстерегают серьезные проблемы, увеличивающие риски развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), и не только их.

До недавнего времени считалось, что женщины значительно реже, чем мужчины, болеют ССЗ. Это действительно так - в возрасте до 40-45 лет. Но в более позднем возрасте ситуация иная. В странах Европы смертность женщин после 50 лет от ССЗ составляет 55%, тогда как у мужчин - 43% от числа всех умерших. До 50% женщин умирают от первого сердечного приступа, для мужчин этот показатель составляет 30 процентов.

И самое главное. В Европе смертность от ишемической болезни сердца у мужчин за последние годы снизилась на 50%, а у женщин положительной тенденции по снижению смертности практически нет.

- В чем причина такого явления?

- Это связано, прежде всего, с тем, что женщины реже занимаются углубленным обследованием своего здоровья, даже в тех случаях, когда это настоятельно рекомендуют врачи. Как это ни парадоксально звучит, но женщины в возрасте старше 50 лет гораздо реже мужчин готовы ради здоровья изменить свой

образ жизни, в том числе снизить вес, заняться спортом, отказаться от любимых сладостей и булочек. Курящим женщинам труднее отказаться от этой вредной привычки.

«Что это за грань в 50 лет, после которой женщины начинают быстро догонять и перегонять мужчин по риску развития ССЗ?» - спросите вы. Это - средний возраст наступления менопаузы, во время которой уровень главных гормональных защитников женщин от болезней - эстрогенов - катастрофически падает.

Клинические признаки наступления так называемого климактерического периода хорошо известны. Ранними симптомами климактерического расстройства являются:

- **вазомоторные нарушения:** приливы жара, повышенная потливость, ознобы, симпатоадреналовые кризы, гипертензия, головная боль, кардиалгии, сердцебиение;

- **психоэмоциональные расстройства:** эмоциональная неустойчивость, повышенная возбудимость, раздражительность и тревожность, подавленное настроение, неуверенность в себе, ухудшение памяти и внимания, снижение работоспособности, нарушение сна.

ПОМНИТЕ! *Вегетососудистые и психоэмоциональные расстройства существенно снижают качество жизни женщин в климактерическом периоде. Обменно-эндокринные расстройства и их осложнения в этот период (висцеральное ожирение, артериальная гипертония, атеросклероз) ухудшают жизненный прогноз женщин.*

- **Имеет место мнение, что это влияет только на репродуктивную функцию. Известно, что становится меньше блеска в глазах, дрябнет кожа...**



- Причина в том, что в периоды менопаузы и постменопаузы женщины очень быстро «начинают набирать» многочисленные факторы риска ССЗ, одним из главных среди которых является **ожирение**. Причем, это ожирение особого типа, как говорят медики - **центральное, или абдоминальное**, при котором жир накапливается не только под кожей, но и вокруг внутренних органов, в том числе вокруг органов брюшной полости. За счет этого окружность талии у женщин значительно увеличивается и становится **больше 88см**. При таком ожирении у женщин **риск развития атеросклероза увеличивается на 30-65%, гипертонии - на 10-20%, сахарного диабета - в 2 раза, а риск смерти - в 5 раз!** Это данные весьма авторитетных исследований.

Проблема усугубляется низкой физической активностью, избыточным высококалорийным питанием и... склонностью к депрессиям.

- **Как это может проявляться?**

- «Все плохо... Никто меня не любит, все обижает, все мною пользуются...». Знакомо? Как часто, дороге женщины, казалось бы, по незначительным поводам, у вас портится настроение, обида в душе мешает работать, полноценно жить. И вот уже ду-



Сердечный разговор с кардиологом

▶ шат слезы, пропадает аппетит, и вы начинаете худеть. Или наоборот. Тоску в душе хочется заесть чем-нибудь вкусненьким, сладеньким или, не дай бог, запить алкоголем, или закурить сигаретой. Двигаться не хочется, хочется по-лежать - пострадать.

ДЕПРЕССИЯ... Помните ее основные симптомы:

- сниженное подавленное настроение, тоска, печаль;

- снижение или утрата интересов и способности испытывать удовольствие;

- снижение, как двигательной активности (скованность, медлительность, нежелание двигаться, вплоть до ступора), так и мыслительной деятельности (медленная односложная речь, отсутствие спонтанной речи, затруднение в осмыслении происходящего), повышенная утомляемость.

Хорошо, если через день-два три все пройдет. А если это продолжается неделю, месяц? Могут появиться мысли, что жизнь кончена...

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) сравнивает депрессию с эпидемией, охватившей все человечество: депрессия уже вышла на первое место в мире среди причин неявки на работу, на второе место - среди болезней, приводящих к потере трудоспособности. И если не будут приняты соответствующие меры, то, по мнению экспертов, к 2020 году депрессия парализует экономическую жизнь многих стран и выйдет на первое место в мире среди всех заболеваний, обогнав сегодняшних лидеров - инфекционные и сердечно-сосудистые заболевания.

- Почему депрессия чаще встречается у женщин, и чем она опасна для здоровья?

- Уже сегодня депрессия является самым распространенным заболеванием, которым страдают женщины. Оставим в стороне психические аспекты этой проблемы. Об этом поговорим в другой раз. **Сегодня пойдет разговор об опасности стресса, депрессии, патологической тревоги для женского сердца.**

На графике представлены соотношения риска развития депрессии в зависимости от пола и возраста.

Как видно на графике, в любом возрасте риск развития депрессии у женщин значительно выше, чем у мужчин. Причем, особенно велики эти риски в периоды гормональной перестройки: ранний пубертатный период (период полового созревания), репродуктивный возраст. Последний всплеск склонности к депрессии совпадает у женщин с периодами менопаузы и постменопаузы. Заметьте: и здесь отмечается связь с уровнями половых гормонов, прежде всего эстрогенов.

- Как это связано с состоянием сердечно-сосудистой системы?

- Это влияние является многофакторным.

Во-первых, при хроническом или остром стрессе, в результате которого может развиваться депрессия, активизируются сложные патофизиологические механизмы (увеличение продукции адренокортикотропного гормона, кортизола, повышение активности симпатoadреналовой системы с увеличением синтеза адреналина, норадреналина и многих других ней-



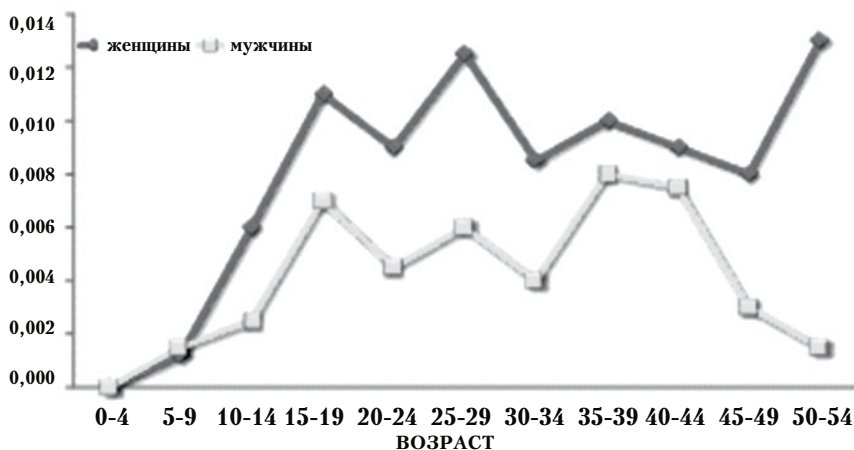
рогуморальных факторов). В результате **увеличиваются частота сердечно-сосудистых сокращений (ЧСС) и артериальное давление (АД), развиваются метаболические, дистрофические процессы в миокарде, приводящие к формированию его сократительной дисфункции, появлению опасных нарушений ритма.** Все это способствует развитию и прогрессированию сердечно-сосудистой патологии и увеличению риска смерти.

Во-вторых, депрессия способствует **появлению и усугублению поведенческих факторов риска**, таких как курение, нарушение питания, снижение физической активности, злоупотребление алкоголем, что также увеличивает риск развития ССЗ.

- Итак, «бедное женское сердце» - это не красивая аллегория, а жестокая реальность?

- К сожалению, да. Принято считать, что жалеть нужно мужчин, их сердца. А ведь именно у женщин после 45-50 лет, когда гормоны уже не защищают, сердце становится особо уязвимым. **Появляется множество и негормональных причин для развития депрессивных расстройств и увеличения риска ССЗ:**

- **хронический стресс**, связанный с наличием сугубо женских, социально-психологических и семейных проблем (дискриминация женщин, одиночество, бесплодие, разводы, проблемы у детей, неравноправие с мужчинами),



● *большая склонность женщин к переживаниям, повышенной тревожности по любому поводу и без, акцентуализации,*

● *склонность впадать в депрессию при любых проблемах в семье.*

Очень важна и даже такая причина, как непонимание, отсутствие поддержки близких (!!!).

- Как же защитить женщину от риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний?

- Конечно, женщина сама должна знать о проблемах менопаузы и не просто быть готовой, а готовиться к ней с юности. Конечно же, разговор идет не о том, что с ранних лет, с первых проявлений женственности женщина должна жить в ожидании менопаузы.

Практические советы для профилактики столь серьезных последствий для здоровья женщины, на первый взгляд, банальны. **Важно вести здоровый образ жизни, но не бороться с ожирением, а не допускать его появления! Гиподинамия, курение, злоупотребление алкоголем и т.д.** Про все наиболее распространенные факторы риска, а главное - о том, как предупредить их вредное воздействие на организм, мы неоднократно говорили на страницах журнала. Но одно дело знать, а другое - следовать здоровому образу жизни. А это уже труд!

- В чем же тогда особенность профилактики ССЗ у женщин?

- И самой женщине, и всем ее близким людям необходимо знать об особенностях возраста «после 50», физиологических причинах склонности женщин к депрессивным расстройствам. Надеюсь, должна проявиться у женщин настороженность, большее внимание к своему состоянию. Поддержка близких людей позволит не только предупредить депрессивные расстройства, но и связанные с ними опасности развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Не менее трети жизни женщина проводит в периоде менопаузы. И эта часть жизни также должна быть полноценной, здоровой, приносить ей радость и счастье.

- Сегодня много говорят о необходимости приема специальных гормонов в возрасте менопаузы. Есть ли специальные сердечные препараты для женщин?

- Что касается приема специальных гормональных препаратов, то **их назначение возможно только после личной консультации гинеколога.** Многие женщины рискуют начать принимать такие препараты самостоятельно - это, на мой взгляд, чрезвычайно рискованно и неразумно. Их назначению, как правило, предшествуют исследование уровня гормонов и т.д. Также имеются серьезные противопоказания для их приема. Что касается особых «женских сердечных препаратов», то их нет.

Мне сегодня хотелось обратить внимание и самих женщин, и их близких на проблемы женского сердца. Их нужно знать, обсуждать со специалистами и непременно решать. ☺

ОТ РЕДАКЦИИ

Этой публикацией мы открываем цикл публикаций «Сердечный разговор с кардиологом». Свои вопросы врачам-кардиологам вы можете направлять в редакцию журнала.

Что может женсовет?

Мой разговор с Ниной Павловной ЗАЙКОВОЙ состоялся еще 17 февраля, перед началом собрания женского актива г.Камня-на-Оби. Формальным поводом для этой встречи женщин стали 25-летний юбилей Краевого совета женщин и традиционный отчет Общественной женской палаты при Главе города, председателем которой она и является.



- Мы пошли в какой-то мере по аналогии Краевой женской палаты и объединили в нашей палате активных женщин города, представляющих разные направления общественной работы, - рассказывает Нина Павловна. -

Положение о нашей палате утверждено Городской думой; деятельность поддерживается муниципальной целевой программой «Поддержка общественных организаций города Камня-на-Оби».

Если отталкиваться от Положения о нашей палате, то основной целью ее является *«улучшение условий жизни женщин, их семей, повышение статуса женщины-матери и мужчины-отца в обществе, ликвидация всех форм дискриминации в отношении женщин».*

Мы ставили перед собой довольно непростые, но очень важные задачи:

◆ привлечь внимание органов местного самоуправления к проблемам семьи и участие в их разрешении;

◆ укрепить сотрудничество с общественными объединениями, благотворительными организациями, руководителями предприятий и предпринимателями в целях укрепления морального и материального благосостояния семьи.

Работу мы отчасти даже формализовали Соглашением о социальном партнерстве с Администрацией города, соглашением о взаимодействии между женскими общественными организациями предприятий города, системой здравоохранения, образования, социальной защиты населения, а также службами по труду и занятости, культуре и спорту. В своей работе ►



◀ мы опираемся на женсоветы предприятий города.

Но за этими, как может показаться, несколько сухими формулировками - реальная, живая работа. Город наш небольшой, все проблемы на виду. **Особое внимание уделяется положению женщины и ребенка в семье.** При необходимости палата проводит городские акции с привлечением руководителей предприятий всех форм собственности, предпринимателей. В таких акциях участвуют и каменцы, которые сейчас уже трудятся в других городах края и даже за его пределами.

К разговору присоединяется **Алла Анатольевна КОЧЕРГИНА:**

- Может быть, кому-то наши дела покажутся и не столь значительными, но нам очень важно, что люди не остаются равнодушными к чужому горю. Появляемся на городском рынке, где трудятся не самые состоятельные люди нашего городка, и сразу вопрос: «На что собираете?». А собираем, например, традиционно осенью детей в школу: кто форму школьную, кто канцелярские принадлежности передает, кто деньги.

- Собранные средства идут и на материальную поддержку семей, попавших в сложную жизненную ситуацию, - продолжает Н.П. Зайкова. - Так, например, был проведен сбор средств для семьи Н., где предполагалась операция по пересадке печени 5-летней Насти; на лечение Надежды Б., пострадавшей от рук маньяка (расстрелял продавцов в магазине); проведена акция по сбору средств для семьи Зиминых, пострадавших от пожара. При нашем участии семье М.М. Леонтьевой оказана помощь по вопросу временного проживания. Оказали помощь инвалиду детства С. по сбору необходимых вещей для нормального проживания (постельное белье, посуда, продукты, мебель). Помогли Юлии Абрамовой - по вопросу неуставных отношений в воинской части, где служит ее брат Евгений.



Не оставляем без внимания и хорошие, крепкие семьи. Ведь воспитание хорошим примером - лучшее воспитание!

Запомнилось, как ко Дню города наши женщины организовали своими силами **ремонт остановок городского транспорта:** покрасили их, вымыли! Сами гордимся такой замечательной идеей!

Общественная женская палата организовала и традиционно проводит, теперь совместно с администрацией города, **Праздник первоклассника,** где мы напутствуем ребятшек в новую, школьную жизнь, и вручаем каждому подарок.

Стали традиционными **ярмарки здоровья,** где мы пропагандируем здоровый образ жизни, проводим акции по профилактике ВИЧ-инфекции и другие.

Каждый год проводим городскую женскую конференцию, где подводим итоги проделанной палатой и другими женскими организациями работы за прошедший год, а главное - определяем программу действий на следующий.

Хочу отметить, что все участницы нашей палаты работают на общественных началах: не получая за работу ни копейки, отдают свое свободное время для того, чтобы женщинам и детям нашего города жилось лучше!



ОТ РЕДАКТОРА

Я была участницей конференции женских организаций г. Камня-на-Оби, которая прошла в городском Доме культуры. Участников было, по моему представлению, много. Помимо отчета Н.П. Зайковой, было много очень дельных выступлений: **Тамара Никаноровна БЕРДНИКОВА, Ольга Алексеевна КОНОХОВА, Людмила Ивановна МУХОМЕТДИНОВА** и другие ставили новые задачи, причем сами перед собой. И сомнений в том, что все предложенное будет сделано, - не было. На конференции поздравили коллектив



библиотеки и его руководителя **Валентину Федоровну МАКСИМОВУ** с победой в краевом конкурсе и получением гранта на социальный проект «Остаюсь на Алтайской земле», посвященный жизни и подвигу Героя Советского Союза, поэта, земляка Михаила Борисова.

Женщины прямо в зале обратились к представителям местной власти с просьбой содействовать в **организации на городской набережной памятника молодоженам**. Даже образ его придумали - **два соединенных сердца!** «А то наши молодожены на фоне исторического паровоза фотографируются (!), а нужен символ семейной верности!», - говорят они. Сбор средств начали прямо на этой конференции. Мы тоже поддержали эту замечательную идею и не исключаем, что 8 июля - в День любви, семьи и верности - открытие памятника любящим сердцам может состояться.

Глава администрации города Камня-на-Оби в настоящее время женщина - **Валентина Дмитриевна ЯКОВЧЕНКО**.

Именно ее решением в ноябре 2011 года **Территориальный центр социальной помощи семье и детям** было передано новое помещение, которое соответствует всем требованиям для полноценной и плодотворной работы. И так случилось, что в тот же день, 17 февраля, несколькими часами ранее мы побывали на торжественном мероприятии, посвященном 10-летию юбилею работы центра.

В настоящее время здесь работают 120 человек: 82 социальных работника и 13 социальных педагогов. **Специалисты центра оказывают психолого-педагогическую помощь семье и детям, занимаются профилактикой безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, реабили-**



Общественная женская палата г. Камня-на-Оби

литацией детей и подростков с ограниченными физическими и умственными возможностями. Важное направление деятельности - социальное обслуживание на дому граждан пожилого возраста и инвалидов.

Учреждение имеет **сенсорную комнату**, где психолог проводит как групповые тренинги, способствующие психологической разгрузке, так и индивидуальное консультирование клиентов. В игровой комнате установлено игровое развивающее оборудование, с его применением специалисты центра осуществляют игровое взаимодействие с детьми раннего возраста, дошкольного возраста, с детьми, имеющими нарушения в развитии.

Оборудован кабинет для работы с сетью социальных контактов. В спортивном зале установлены тренажеры; отведена зона для работы низкопороговых клубов. Присутствующий на мероприятии **Владимир Николаевич БЕЛОШАПКИН**, заместитель начальника управления по социальной политике, начальник отдела по социальной работе, отметил, что территориальный центр Каменского района вошел в десятку лучших учреждений Алтайского края, предоставляющих социальные услуги населению.

Для нас было еще важно и то, что центр в настоящее время возглавляет **Екатерина Алексеевна ДОРОХОВА**, которая на протяжении многих лет является партнером нашего проекта «Здоровая семья - это здорово!» и журнала «Здоровье алтайской семьи», и при ее непосредственном участии, как и участии руководителя управления социальной защиты населения по Каменскому району **Николая Павловича ПАНОВА**, специалистов Каменской ЦРБ, было подписано соглашение о социальном партнерстве с администрациями города Камня-на-Оби и Каменского района, в рамках проекта «Здоровая семья - это здорово!» прошел целый ряд мероприятий. Мы заручились поддержкой нашего проекта и женского актива города.

Дело за малым - работать! ☺





Ольга Александровна БЕЛЬНИЦКАЯ,

врач акушер-гинеколог высшей категории, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 АГМУ

Выкидыш, иногда называемый «самопроизвольным абортom», - это потеря ребенка в течение первых 22 недель беременности. Около 15% всех клинически диагностированных беременностей заканчиваются выкидышем. Порядка 75% выкидышей происходит в течение первых 13 недель беременности. Примерно три четверти всех оплодотворенных яйцеклеток погибают на ранних стадиях беременности, то есть еще до того, как женщина узнает о своей беременности...

Привычная потеря беременности

Однократные, так называемые спорадические, выкидыши бывают даже у вполне здоровых молодых женщин, у которых не выявлено никаких факторов риска. Причиной такого прерывания является **неблагоприятное воздействие повреждающего фактора на плод**. Чаще это - инфекционное заболевание на ранних сроках беременности, ионизирующее излучение, вредные производственные факторы, курение или злоупотребление алкоголем, стрессовые ситуации, тяжелый физический труд.

Привычная потеря беременности - это потеря двух и более наступающих подряд беременностей. Согласно статистике, частота привычной потери беременности составляет *от 15 до 25%* всех желанных беременностей.

Привычное невынашивание беременности предполагает наличие постоянного «заведенного» механизма в организме женщины, а по последним данным, и в организме мужчины, оказывающего повреждающее действие при каждой беременности, приводя к ее повторным потерям. Причины привычной потери беременности очень многообразны и включают в себя как плодные, так и материнские факторы. Одни из них непосредственно приводят к закладке и развитию неполноценного эмбриона (генетические), другие создают неблагоприятные условия для развития генетически и морфологически нормального эмбриона (иммунологические, анатомические, эндокринные).

К привычному невынашиванию беременности приводят следующие нарушения.

Проблемы на гормональном уровне. Выкидыш может спровоцировать такое заболевание, как *гиперандрогения* - это повышенный уровень мужских половых гормонов в крови женщины. Мужские половые гормо-

ны, действуя прямо противоположно женским половым гормонам, приводят к выкидышам в первой половине беременности. Если беременность не прервалась на ранних этапах, следующим критическим моментом является развитие функциональной истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН), когда шейка матки начинает раскрываться задолго до наступления родов, при этом выкидыш происходит в поздние сроки беременности - после 16 недель.

Среди гормональных нарушений, приводящих к невынашиванию беременности, большое место занимают *заболевания щитовидной железы, сопровождающиеся повышением или снижением уровня ее гормонов*. Именно гормоны щитовидной железы играют роль в формировании и нормальном развитии плодного яйца. Кроме того, они стимулируют яичники, которые, в свою очередь, в ранние сроки беременности вырабатывают гормоны, позволяющие «удержать» плодное яйцо в матке.

Нарушения в свертывающей системе крови. *Тромбофилия* - наследственное нарушение свертываемости крови. При этом заболевании кровь становится гуще, в сосудах в области прикрепления плодного яйца и плаценты образуются тромбы. Это приводит к снижению кровообращения, эмбриону не хватает кислорода и питательных веществ, он перестает развиваться и погибает, это так называемая замершая беременность.

Иммунные нарушения. Наша иммунная система - это боеспособная армия бесчисленных воинов - иммунных клеток. Самые известные из них - лимфоциты. Они еще во время внутриутробного развития человека проходят спецподготовку - учатся отличать «не свое» (бактерии, вирусы) от «своего» (клетки, ткани, молекулы собственного организма). Но, к сожалению, в рядах армии существуют клет-



ки-изменники, которые нападают на свой собственный организм. Их называют аутоиммунными (от «ауто» - свой, собственный). *И если аутоиммунные клетки выйдут из-под контроля иммунной системы, они начнут разрушать собственные ткани материнского организма.*

Аутоиммунные причины приводят к отторжению беременности через повреждение собственных структур материнского организма, расценивая их как нечто чужеродное. К аутоиммунным заболеваниям, наиболее часто обнаруживаемым у пациенток с привычным выкидышем, относятся *антифосфолипидный синдром и аутоиммунный тиреоидит.*

Под *аллоиммунными причинами* подразумевают нарушенный иммунный ответ организма женщины на новый генетический «материал», полученный от отца. Нормально протекающая беременность - это состояние угнетения иммунитета. Иначе как мог бы организм матери смириться с появлением на своей территории «чужака», половина генетической информации которого совсем - иная? При аллоиммунных нарушениях иммунный ответ беременной направлен против тканей эмбриона (плода), полученных от отца и потенциально чужеродных для организма матери.

☑ **Нарушения анатомического строения матки.** В невынашивании беременности играют роль как врожденные - внутриматочные перегородки, удвоение, двурогая матка, недоразвитие половых органов, так и приобретенные анатомические особенности структуры матки: внутриматочные спайки (синехии), большие доброкачественные опухоли мышц матки (миомы) - низко расположенные, растущие в полость матки. *Механизм прерывания беременности связан с нарушением процессов прикрепления плодного яйца, недостаточным развитием слизистой матки.* К анатомическим причинам можно отнести и недостаточность шейки матки, развивающуюся в результате множественных аборт, выс-



кабливаний, а также разрывов шейки матки в родах.

☑ **Инфекционные заболевания.** Причиной повторных выкидышей является вирус, длительно существующий в половых органах женщины, что особенно характерно для вирусной герпетической инфекции. Существовая длительное время в организме и оставаясь в ряде случаев бессимптомной, *вирусная инфекция поддерживает постоянный воспалительный процесс, что нарушает нормальное развитие слизистой оболочки матки* и может привести к гибели и отторжению плодного яйца.

☑ **Генетические заболевания.** У одного из родителей могут быть хромосомные отклонения, которые не являются проблемой до тех пор, пока они не передадутся ребенку. Генетические «поломки» достаются эмбриону как от матери, так и от отца, или же возникают при неудачной комбинации родительских генов. Генетические аномалии плода проявляют себя довольно рано, многие из них несовместимы с жизнью. Чем в более ранние сроки прерывается беременность, тем выше вероятность генетически неполноценного плодного яйца. Причина прерывания в данном случае заключается в отклонениях в развитии самого эмбриона, так как природа никогда не сохранит генетически неполноценную беременность.

Повторный выкидыш - это достаточное основание для обращения к специалисту и поиска причины невынашивания, так как в большинстве случаев эти причины достаточно изучены и поддаются лечению, а продолжение попыток зачать ребенка, несмотря на предыдущий опыт, может лишь усугубить ситуацию. **Проблему привычного невынашивания нельзя решать в процессе беременности.** Для того чтобы лечение по сохранению беременности было эффективным, необходимо задолго до наступления беременности установить и скорректировать причины, которые ведут к прерыванию беременности у каждой конкретной пациентки. Принимая во внимание, что у большинства женщин, страдающих привычным невынашиванием, имеет место сочетание нескольких причин, то и **обследование должно быть комплексным и включать в себя все необходимые современные клинические, инструментальные и лабораторные методы.**

Если вы столкнулись с одной из перечисленных выше причин невынашивания, не отчаивайтесь: ведь по статистике, при правильной диагностике и своевременном лечении рождение ребенка возможно приблизительно в 95% случаев. Помните, что преградившая подготовка - это залог успеха! ☺



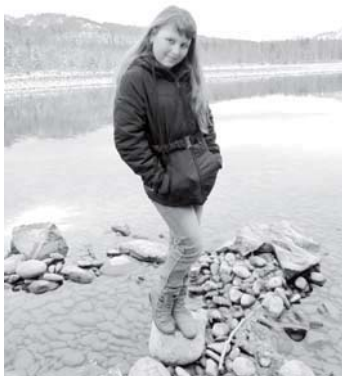


Материнство - ДОЛЖНОСТЬ ПОЖИЗНЕННАЯ!

«Мама» - это первое слово, которое произносит ребенок, это слово всю жизнь согревает наши сердца. А что кроется под этим волшебным словом?

Какими гранями обрастают слова «мама», «материнство», пока мы поднимаемся по лестнице жизни?

Своими мыслями мы попросили поделиться: девочку, которая только закончила играть в куклы; девушек, которые стоят на пороге любви и создания собственной семьи и молодую женщину, которая уже «окунулась» в таинство материнства.



Лена ЛЕБЕДЕВА, 11 лет, ученица 5 класса 42-й гимназии г.Барнаула:

- Мама - самый близкий и родной человек, тот, кто подарил тебе жизнь. Мама - человек, который любит тебя и заботится о тебе, несмотря на то, взрослый ты или маленький ребенок, плохой ты или добрый. Она любит тебя

просто так, ей не нужны никакие твои заслуги, которые требуют от тебя многие люди. Мама всегда верит в тебя, подбадривает и жалеет. В детстве она переживает за тебя, когда ты поранил себя, или заболел, или подрался с кем-нибудь. Когда ты стал школьником, она вместе с тобой учил уроки, сдает экзамены, переживает, когда тебя долго нет с прогулки. Когда ты станешь взрослым, она будет переживать о том, нашел ли ты работу, как ты ладить со своей семьей. Мама всегда верит в тебя. Ей все равно, кто и что о тебе говорит. К сожалению, многие только требуют от мам, но не возвращают им ни благодарность, ни уважение, ни сострадание, когда им все труднее ходить и многое делать.

Девочка сегодня - это тоже мама, но будущая. Несмотря на свои года, я уже понимаю, что такое

материнство. Это состояние, когда женщина родила ребенка. Все девочки мечтают о материнстве в будущем. Но когда они становятся взрослыми, многие боятся быть мамами. Они не хотят лишних забот и хлопот, которые приносят дети. Но я думаю, что быть мамой - очень здорово и интересно! И хочу, чтобы у меня в будущем было двое детей - мальчик и девочка!



Надежда ЖИЛИНА, 24 года, врач-интерн кафедры акушерства и гинекологии №1, АГМУ:

- Все маленькие девочки играют в куклы. Я тоже играла, чаще всего - в дочку-матери. Пеленали кукол в цветные лоскутки, ходили перед домом с игрушечными колясками и напевали колыбельные. Мы строжились на наших «детей» за плохое поведение и придумывали им красивые имена. Мы спорили, какого пола будут наши дети, и обижались, если кто-то успевал первой выкрикнуть «Чур, мальчик у меня!».

Я поняла, что выросла, когда впервые подумала: «Какая разница, каким будет мой малыш, главное, чтобы он был здоровым и счастливым». Перед глазами всегда стоял мамин пример. Я даже волновалась, смогу ли воспитать ребенка так же, как она воспитала нас с сестрой. Наверное, я до сих пор этого боюсь. Дети - это ведь навсегда. Значит, игры кончились. Значит, ты никогда не будешь одинокой. Значит, на свете появится твое продолжение, твое будущее, твоя радость.

Мне кажется, женщины делятся на две половины: одна молит Бога о ребенке, другая - получает подарок с небес просто так, даже когда он ей не нужен. Быть матерью - значит, отдавать, любить, помогать. К этому нужно готовиться. Можно умиляться, глядя на малыша подруги, можно брать его на руки и даже менять подгузник, но не прочувствуешь всю тяжесть и ответственность материнства, пока сама не станешь мамой.

Хочу ли я стать мамой? Очень хочу... И очень хочу все сделать правильно: найти правильного папу, выбрать правильное время, правильно подготовить свое здоровье. Я знаю, что мой ребенок будет любимым и желанным, потому что я уже его люблю. Люблю саму мысль о том, что он у



Школа ответственного родительства

меня когда-нибудь появится. А значит, все у нас будет хорошо!

Елена МАКАРОВА, 24 года, врач-интерн кафедры акушерства и гинекологии №1, АГМУ:

- Что для меня означает материнство? Вопрос достаточно многогранный, и невозможно ответить на него однозначно. Несомненно, счастье матери - в ее детях, но понять это может женщина, у которой они есть. С рождением ребенка рождаются новые, ни с чем не сравнимые ощущения тепла и заботы о родном тебе человеке, за которого ты несешь ответственность и любишь одновременно. Да и женщина, у которой есть дети, не может быть одинокой.

Женщиной стоило родиться уже для того, чтобы услышать заветные слова: «Мама, мамочка, мамуля», поэтому я считаю, что материнство является очень важным этапом в жизни каждой женщины.

Быть матерью - значит чувствовать мысли, угадывать желания, переживать совместно о каких-то неудачах, советовать и убеждать, радоваться успехам и достижениям, гордиться своим ребенком, прощать и защищать, когда надо - запрещать, всегда помогать, а главное - любить. Ведь нет любви искреннее, честнее, бескорыстнее и настолько крепкой, как любовь матери и ребенка, и я точно знаю, кто искренне ответит, когда я спрошу: «Ты меня любишь?» - «Да, конечно, мамочка!». Ради этого необходимо жить и стремиться к такому счастью.

Мария МЕДВЕДЕВА, 30 лет, клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии №1, мама двух детей:

- Еще недавно я даже представить себе не могла, насколько рождение ребенка меняет женщину. Когда его, крохотного, мокрого и совершенно беззащитного положили

мне на живот, я подумала, ну вот, все закончилось. Тогда я еще не осознавала, насколько этот маленький комочек изменит мою жизнь. Но именно в этот момент произошло еще одно рождение, именно в этот момент родилась Я - МАМА. Огромный, яркий, многокрасочный и интересный мир вдруг в одночасье сузился до размеров детской комнаты. Местоимение МЫ вытеснило из моего лексикона местоимение Я. Потому что Я перестало существовать, как перестала существовать моя жизнь отдельно от жизни моего ребенка.

Для меня перестало существовать множество вопросов, которые раньше мне казались важными. Курс доллара и евро стал мне менее интересен, чем прибавка веса малыша; модные тенденции сезона меркнут на фоне вопросов о том, что надевать на прогулку. Самым приятным ароматом становится не «Шанель», а сладкий запах родного человечка, а самой приятной музыкой - его детский лепет и смех. Наблюдать за тем, как малыш открывает для себя мир, - это ли не счастье материнства? Огромные, круглые от удивления глаза: малыш нашел свои ручки. Оказывается, этими ручками можно хватать всякие предметы, а еще эти самые руки можно затолкать в рот! А какую гордость, какой восторг испытывает мать, когда видит любое, даже самое незначительное, с точки зрения постороннего, достижение своего ребенка! А когда мой сын впервые улыбнулся мне своей беззубой улыбкой, я сияла от счастья, в глазах стояли слезы умиления.

Рождение ребенка ставит женщину на совершенно иной, животный, уровень, когда ты готова защищать своего малыша, как тигрица защищает тигренка, пуская в ход и когти, и клыки. Встревоженный крик ребенка, а голос своего малыша мама безошибочно узнает сразу после рождения и никогда не спутает его с десятками других голосов, заставляет тебя напрячься и насторожиться. Я боюсь смотреть новости о катастрофах, пожарах, разгуле криминала. Хочется немедленно прервать, остановить, запретить это все! И слова о бесценности человеческой жизни приобретают совсем уже иное значение и окраску - это теперь не просто красивая, но абстрактная фраза, а реальная боль и страх за жизнь своего ребенка.

Дитя для мамы - это часть ее самой. Поэтому только мама может чувствовать то, что чувствует ее ребенок, разделять радость успехов и достижений, переживать неудачи и разочарования, убеждать, защищать, запрещать, одним словом ЛЮБИТЬ.

Быть матерью - это одновременно и счастье, и боль, и ответственность, и самопожертвование. Но это настолько прекрасно, что только ради того, чтобы услышать слова «Я ЛЮБЛЮ ТЕБЯ, МАМОЧКА!», уже стоит родиться женщиной.

Надеемся, что эти искренние, чистые эссе вам понравились и заставили вас тоже поразмышлять о красоте и смысле этих вечных, пока жив человек, слов: «Мама» и «Материнство». Сотрудники кафедры акушерства и гинекологии №1 АГМУ поздравляют всех женщин Алтайского края с праздником весны и желают здоровья, любви, счастья материнства. А мы, в свою очередь, будем стараться, чтобы у нас были самые счастливые матери, наполненные солнечным светом любви, который им будут дарить их самые здоровые, умные и красивые дети, наши дети, будущее страны! ☺



Высшее сестринское образование

(Продолжение. Начало - в №2(110))

В сентябре 2011 года в Москве, в Первом московском государственном медицинском университете им.И.М. Сеченова прошла Вторая общероссийская конференция с международным участием «Медицинское образование - 2011». Одной из наиболее интересных ее секций была «Новая парадигма высшего сестринского образования».

Открывший заседание доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист Минздрава России по управлению сестринской деятельностью, заведующий кафедрой сестринского дела Самарского государственного медицинского университета **Сергей Иванович ДВОЙНИКОВ** отметил, что с введением бакалавриата связаны и определенные риски:

- новые названия без качественных изменений или улучшений (бакалавриат как промежуточный этап в традиционном длительном обучении);
- первая ступень ВПО без реальных возможностей трудоустройства (или рассматриваются как вынужденный выбор тех, кто не был принят на врачебные факультеты);
- параллельное существование традиционной и новой структур ВПО и СПО в здравоохранении;
- качественный состав преподавателей вузов.

В основе возможной модели высшего сестринского образования, описанной С.И. Двойниковым, лежит предусмотренная российским законодательством двухуровневая система высшего профессионального образования: бакалавр (4 года) и магистр (2 года).

Следующей с докладом «Международный опыт организации университетского сестринского образования: общие черты и национальные различия» выступила кандидат педагогических наук, заведующая кафедрой организации и управления сестринским делом Первого МГМУ, доцент **Наталья Николаевна КАМЫНИНА**. Она обозначила общемировые тенденции движения к университетскому образованию медсестер и развитие программ магистратуры и докторантуры, привела основанные на международном опыте **аргументы в пользу бакалавриата**:

- обладание более глубокими (фундаментальными) знаниями и умениями;
- высокие показатели качества работы (удовлетворенность пациентов, низкий уровень осложнений у пациентов);
- большие возможности для карьерного роста и получения послевузовского образования;
- высокая удовлетворенность работой;
- низкие показатели выбывания из профессии.

Декан факультета ВСО, доцент, кандидат меди-

цинских наук, заведующий кафедрой гигиены и эпидемиологии, член редсовета Первого МГМУ **Алексей Юрьевич БРАЖНИКОВ** представил слушателям «Проект примерного учебного плана по направлению подготовки 060500 - Сестринское дело (квалификация «бакалавр»)». Он рассказал о различиях в требованиях, предъявляемых к основной образовательной программе (ООП), ее реализации и итоговой государственной аттестации по государственному образовательному стандарту (ГОС ВПО - 2000), действовавшему до настоящего времени, а также по новому образовательному стандарту (ФГОС ВПО - 2011). Докладчик подробно осветил распределение дисциплин в различных циклах подготовки специалистов, согласно ФГОС ВПО.

На секции конференции также выступил доктор медицинских наук, профессор, директор Института сестринского образования Воронежской государственной медицинской академии (ВГМА) им.Н.Н. Бурденко **Анатолий Владимирович НИКИТИН**. Он рассказал о достижениях, перспективах развития и проблемах высшего сестринского образования в ВГМА им.Н.Н. Бурденко.

Директор Центра развития программ обучения РАНХ и ГС при Президенте РФ, кандидат экономических наук, доцент **Нинель Викторовна ХАН** в своем докладе «Проблемы сертификации профессиональной оценки квалификации сестринского персонала» подробно разъяснила, какие требования предъявляются к уровню образования, сертификату и стажу специалистов с высшим, средним медицинским и фармацевтическим образованием, занимающих различные должности.

В заключение секционного заседания были озвучены тезисы для резолюции:

- рекомендовано привлекать иностранных специалистов сестринского дела для обучения медицинских сестер в целях обмена международным опытом, а также включать в научную тематику исследования в области сестринского дела;
- решено просить Минздравсоцразвития России провести рабочее совещание деканов факультетов ВСО, посвященное переходу на систему подготовки медсестер-бакалавров, и поручить УМО отечественных медицинских и фармацевтических вузов организовать обучающий семинар по разработке основных образовательных программ по направлению подготовки специалистов сестринского дела;
- С.И. Двойникову, как главному внештатному специалисту Минздравсоцразвития России по управлению сестринской деятельностью, поручено разработать примерные программы учебно-методических материалов.

Журнал «Управление ЛПУ в вопросах и ответах», №9, 2011г.



Радость материнства



Ольга Ивановна РЕЧКУНОВА,

старшая медицинская сестра детской поликлиники, первая квалификационная категория, КГБУЗ «Городская больница №10, г.Барнаул», член Ассоциации с 2001 года

Известие о беременности вызывает необыкновенную радость не только у будущей мамы, но и у всех, кто ее окружает. Восторженные восклицания в адрес беременной женщины приводят ее в такой неопишуемый восторг, в такой мир счастья и мысленного представления о ребенке, что это состояние может понять только она сама.

Каждая женщина мечтает родить зрелого, здорового, способного к самостоятельной жизни ребенка. От того, как организм матери справится, адаптируется к состоянию беременности и к нагрузкам, зависит дальнейшее благополучное развитие и здоровье ее малыша.

Чтобы радость материнства не омрачалась какими-либо аномалиями развития, будущая мама должна быть абсолютно здоровой, подготовленной к появлению малыша. Ключ к здоровью будущего ребенка сугубо в руках родителей, а также в наших руках - руках медиков.

Репродуктивное здоровье - это полное социальное, физическое, умственное благополучие, то есть возможность производить на свет желанных и здоровых детей. Это в жизни человека должно занимать центральное место, являясь своеобразным индикатором состояния общества и государства. Должна быть культура семейного воспитания, доверительных взаимоотношений в кругу семьи. И информацию об этом девочки, девушки должны получать при беседах с родителями, с медработниками, из средств массовой информации, а не как опыт своих сверстников. **Репродуктивное здоровье, образование подростков, их репродуктивное поведение должны находиться в рамках органов здравоохранения.** Для этого необходимо взаимодействие системы здравоохранения, образования, социальной защиты, общественных организаций, СМИ, что приведет к постепенному формированию здорового образа жизни, прививающего навыки позитивного поведения, формирующие новое отношение к здоровью как основной жизненной ценности и успешности. Оно



также включает ответственное, осознанное родительство, то есть имеется в виду здоровье не только обоих супругов, решивших дать начало новой жизни, но и здоровье самого малыша.

Основой родительства является любовь. Именно она обеспечивает чувство безопасности ребенка, поддерживает его эмоциональное состояние, учит любви, нравственному поведению и в целом выступает как источник жизненного опыта. Желанный ребенок - это источник положительных эмоций, родители не только отдают ему свои силы и время, но и получают от малыша в ответ его радость: улыбки, агуканье, смешные рожицы и другие проявления любви. А как подолгу мы смотрим на малыша, когда он спит! Нас охватывает огромная волна нежности, умиления, подчас просыпаются слезы на глаза и нам хочется поддержать, пообщаться с малышом.

Первые дни и месяцы после рождения ребенка - это тот период, когда мама, прикладывая ребенка к груди, способствует увеличению количества грудного молока и продолжительности периода лактации, формированию здоровой микрофлоры у ребенка. Кормление грудью закрепляет жизненно важную связь между младенцем и матерью, способствует здоровому физическому и психологическому развитию ребенка.

Доказано, что **психика ребенка подпитывается мыслями, чувствами матери.** Близкий контакт матери и новорожденного в первые минуты и часы его жизни способствует образованию у матери молока, понижает концентрацию гормонов стресса, усиливает работу иммунной системы ребенка, получает удовлетворение, ощущение покоя. **Мать, наполняя ребенка радостью, побуждает углублять его назначение.** Полнота назначения мира зависит не только от генетических задатков, но и от обстоятельств жизни и развития матери, благодаря которой восприятие окружающего мира ребенком становится радостным и ярким. Положительные эмоции развивают интеллект ребенка, обучают его теплым человеческим чувствам. **Ведь радость материнства - это здоровый малыш!** ☺

Объявление!

Члены Ассоциации могут ознакомиться с отчетом о работе АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» за 2011 год в офисе Ассоциации.



Профилактика мастопатии. Начни с себя...

Любая женщина найдет причину для переживаний по поводу внешнего вида самой волнующей части тела - своей груди: новая мода, кормление, возраст... Но мало кто из прекрасных дам озабочен именно здоровьем молочной железы.

Мастопатия (или фиброзно-кистозная болезнь молочных желез) - это доброкачественные изменения тканей молочной железы у женщин. Сегодня мастопатия диагностируется у 8 женщин из 10.

Нередко, услышав этот диагноз от врача, женщина не придает ему особого значения, ведь по статистике, этот недуг встречается у 60-90% женского населения. И напрасно! **Мастопатия вызывает особое внимание онкологов-маммологов потому, что на ее фоне могут развиваться злокачественные заболевания груди.** Опухоли молочной железы относятся к наиболее частым онкологическим заболеваниям, в своевременном выявлении которых решающая роль принадлежит самой женщине. Так, риск развития рака молочной железы увеличивается в 3-5 раз на фоне мастопатии. Рак молочной железы стоит на первом месте по показателям заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований женского населения России.

Помните! Большинство опухолей являются доброкачественными, и лишь небольшое их число - злокачественными. Окончательное суждение о характере опухоли может вынести только специалист!

Здорова ли ваша грудь?

Чтобы ответить на этот вопрос, пройдите тест, отвечая на каждый предложенный вопрос «да» или «нет».

1. Каждый месяц за несколько дней до менструации вы вдруг чувствуете, что ваша грудь отекает, набухает, становится болезненной?

2. Вы можете прощупать уплотнения различных размеров в молочных железах?

3. У вас появляются выделения из соска при надавливании?

4. Вы длительно (более 1 года) принимаете противозачаточные таблетки?

5. Вы испытываете постоянную тянущую боль в молочной железе?

Если вы ответили положительно хотя бы на один вопрос, вам необходима консультация маммолога!

Как узнать, входите ли вы в группу риска заболевания мастопатией? **Существуют основные факторы риска развития этого заболевания.** Проверьте себя по нижеперечисленным пунктам. **Если вы можете ответить «да» на три и более вопросов, у вас существует высокая вероятность возникновения этого заболевания!**

1. У ваших ближайших родственников по материнской линии есть доброкачественные и злокачественные заболевания молочных желез.

2. У вас имеются эндокринные заболевания.

3. Вы регулярно подвергаетесь стрессам.

4. Вы интенсивно занимаетесь спортом или фитнесом, которые могут стать причиной гормональных сбоев.

5. У вас имеются различные гинекологические заболевания (миома матки, эндометриоз, хроническое воспаление матки и придатков, нарушения менструального цикла).

6. У вас есть лишний вес (при нарушении жирового обмена, особенно в сочетании с сахарным диабетом второго типа и гипертонической болезнью, частота гиперпластических процессов молочных желез резко возрастает).

7. Вам более 35-40 лет.



Татьяна Генюсовна СМЕРНОВА,

медицинская сестра отделения профилактики и прогнозирования злокачественных новообразований, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», член Ассоциации с 2011 года

Опухоли молочной железы относятся к наиболее частым онкологическим заболеваниям, в своевременном выявлении которых решающая роль принадлежит самой женщине.



Советы медицинской сестры

8. У вас были аборты или самопроизвольные выкидыши на ранних сроках беременности (внезапное прекращение гормонального воздействия на молочные железы является фоном для их патологических изменений).

9. Вы не рожали до 30 лет.

10. Вы не кормили ребенка грудью после родов или кормили слишком мало (менее полугода) либо слишком долго (более полутора лет).

Что делать, если вы подозреваете у себя признаки мастопатии? Первое и самое важное, что вы должны сделать:

◆ обязательно посетить врача-маммолога или акушера-гинеколога, который проведет осмотр и назначит план обследования для установления диагноза;

◆ пройти осмотр, маммографию и УЗИ молочных желез,

◆ пройти эндокринологическое обследование и желудочно-кишечного тракта и печени.

10 минут, которые могут спасти жизнь

Регулярное самообследование позволит контролировать состояние молочных желез в интервалах между посещениями маммолога. Его необходимо проводить каждый месяц на 6-12-й день менструального цикла.

- Осмотрите перед зеркалом форму груди и внешний вид кожи сосков с опущенными руками.

- Поднимите руки за голову и осмотрите грудь. Обратите внимание на изменение формы или размеров одной из молочных желез и цвет кожи.

- Запрокиньте правую руку за голову. Медленно круговыми движениями прощупывайте правую грудь, обращая внимание на возможные припухлости и утолщения. Повторите то же самое с левой грудью.

- Сдавите сосок у его основания большим и указательным пальцем и посмотрите, есть ли какие-либо выделения.

- Обследуйте грудь в положении лежа. Прощупывайте круговыми движениями с легким надавливанием, начиная с краев молочной железы в направлении соска.

- Прощупайте круговыми движениями левую и правую подмышечные впадины.



Будьте бдительны! Не надо бояться и оттягивать визит к специалисту. Не занимайтесь самолечением и не пытайтесь применить чужой опыт по отношению к себе. Своевременная диагностика и квалифицированное лечение доброкачественных заболеваний (мастопатии) не только создадут условия для высокого качества вашей жизни, но и снизят риск развития тяжелых заболеваний.

На базе краевого онкологического центра существует отделение профилактики и прогнозирования злокачественных образований. К нам могут обратиться следующие категории людей:

◆ женщины, у которых 2-3 родственника в анамнезе имеют рак молочной железы, яичников по материнской линии,

◆ с фоновыми заболеваниями молочной железы после секторальных резекций с диагностированными дисплазиями II-III степени,

◆ с раком грудной железы у мужчин в семье.

Эти категории мы берем на учет, проводим генетическое исследование (на наследственные формы рака) в условиях нашего диспансера, консультируют специалисты маммологи-онкологи, по показаниям назначается дополнительное обследование, а по результатам - индивидуальное лечение. ☺

Находимся мы по адресу: г.Барнаул, Змеиногорский тракт, 110, КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», онкологическая поликлиника «Надежда», отделение профилактики и прогнозирования злокачественных образований, кабинет №518, тел. 68-92-14.



КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН

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



Еще раз о демодекозе

Демодекоз - поражение кожи, вызванное клещевым паразитом железницей угревой.

Впервые клещ демодекоз был подробно описан около 150 лет назад. В последние 15-20 лет интерес к железнице угревой значительно возрос, так как с паразитированием этого клеща стали связывать такие частые кожные заболевания, как экзема, угревая сыпь, себорея, розацея.

Железница угревая - это мелкие клещи с удлинёнными червеобразными телами и четырьмя парами коротких пятичлениковых ног. Паразитируют они в волосяных мешочках и сальных железах кожи лица, реже - других участков тела. Могут они жить также в содержимом слухового прохода, сальных и мейбониевых железах век, волосяных мешочках ресниц.

В своем развитии клещ проходит несколько стадий: яйцо, личинка, две фазы нимф и имаго. Все свои фазы развития клещ может пройти в одном и том же волосяном мешочке. Его закупорка и воспаление сальной железы благоприятно действуют на развитие железницы.

Клещи устойчивы к внешним воздействиям. При температуре +19-22°C и постоянной влажности они сохраняют свою жизнеспособность и вне организма. Холод вызывает лишь оцепенение клеща. Повышение температуры до +30-40°C активизирует жизнедеятельность железницы.

Паразитирование небольшого количества клещей может протекать бессимптомно. Продукты жизнедеятельности и распада клещей обладают сильным аллергизирующим действием. Все больные жалуются на зуд в области краев век, чувство жжения, ощущения инородного тела, тяжесть в веках, особенно по утрам, быструю утомляемость при зрительной нагруз-

ке. Некоторые больные отмечают раздражающие действия тепла и успокаивающие - холода.

При демодекозном блефарите (хроническом воспалении краев век) ресницы имеют очень характерный вид. Отмечается истончение, укорочение части ресниц из-за повышенной их ломкости. Ресницы редкие, иногда наблюдается полное облысение краев век. Отмечается налет по краю век.

Лечение демодекоза представляет определенные трудности. Клещи располагаются глубоко в тканях век, и местное применение любых средств не может оказать сразу положительное действие на уничтожение всех паразитов. Обычно погибают лишь поверхностно расположенные особи.

Лабораторная диагностика основана на микроскопии препарата, приготовленного из 4-6 эпилированных ресниц с каждого века. Это исследование простое и не требует специальной подготовки, оборудования и большого количества времени.

К 60 годам около 50% всех людей являются носителями клеща. **Исследования, проведенные по профилактике и лечению демодекоза, привели к следующим выводам:**

- ◆ клещ угревой железницы играет существенную роль в этиопатогенезе воспалительных заболеваний переднего отдела глаза, особенно блефаритов и блефароконъюнктивитов;

- ◆ демодекозный блефарит имеет специфические особенности, обусловленные непосредственным паразитированием в веке демодекоза;

- ◆ при блефаритах в 88 процентах случаев клещ угревой железницы обнаруживается на поверхности эпилированных ресниц;

- ◆ глазной демодекоз может протекать как изолированно, так и в сочетании с демодекозом кожи лица и других участков тела.

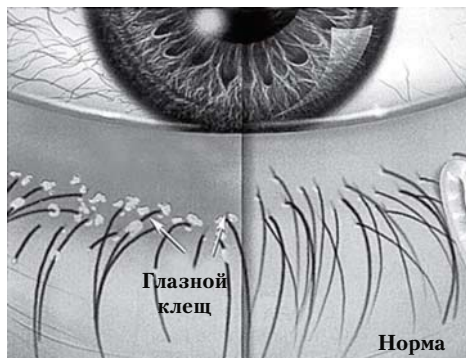
Поэтому на основании особенностей данного заболевания лечение и профилактика остаются актуальными, поскольку лечение не всегда приводит к полному выздоровлению, возможны повторные заражения клещом. При хронических заболеваниях век требуются ранние лабораторная диагностика и лечение. ☺



Татьяна Ивановна РЕТЕНКО,

врач-офтальмолог высшей категории, I микрохирургическое отделение, КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница»

Женщины страдают демодекозом примерно в два раза чаще, чем мужчины. Заболевание носит хронический характер с сезонными обострениями весной и осенью. Пусковым фактором болезни могут стать нарушения в работе эндокринной и пищеварительной систем, стрессы, снижение иммунитета. Влияет и пристрастие к черному кофе, алкоголю, острым приправам, длительным сидением перед компьютером, чрезмерным увлечением баней или загаром.



Что такое бронхиальная астма?



Владимир Федорович АРСЕНЬЕВ,
главный аллерголог-иммунолог г.Рубцовска

Многие астматики снова и снова задают себе вопрос: что такое бронхиальная астма, и почему она возникает? Этот интерес не празден - зная суть болезни, можно попытаться с ней справиться. К сожалению, большую часть информации больные получают от знакомых, соседей, друзей по несчастью, а не от медицинских работников. Разберемся, что собой представляет болезнь «бронхиальная астма» и каковы механизмы ее возникновения.

Больных бронхиальной астмой и у нас в стране, и в мире - большое количество человек. Более того, в последнее время число астматиков увеличивается, особенно это касается детей. Поэтому проблему астмы можно смело назвать актуальной.

Для того чтобы понять природу возникновения бронхиальной астмы, необходимо представлять, как устроены наши бронхи и легкие и что происходит в них при астме.

Воздух, который мы вдыхаем, проходит в легкие сначала через трахею (широкую трубку, начинающуюся сразу за голосовыми связками), а затем - через бронхи. От трахеи отходят два главных бронха - в левое и правое легкие, которые затем делятся, как ветки на дереве: их просвет чем дальше, тем становится меньше. Самые тоненькие бронхи заканчиваются гроздьями мешочков-альвеол. Войдя в них, воздух отдаст через их стенки в кровь кислород, принимает углекислый газ и выходит из легких и бронхов при выходе. Кислород попадает в кровь через сосуды, которые окружают мешочки-альвеолы.

Но астма называется бронхиальной, следовательно, надо знать, как устроены наши бронхи. Здесь важно посмотреть на два слоя. Тот слой, который соприкасается с воздухом, называется слизистым слоем, или слизистой. Он состоит из ряда клеток, называемых реснитчатым эпителием. Реснитчатым потому, что на поверхности этих клеток есть тоненькие отростки - реснички, которые, колеблясь, продвигают к выходу из бронхов все, что нужно удалить. Среди этих клеток есть другие, которые вырабатывают слизь. И когда человек откашливает мокроту, - это значит, что он откашливает именно ту слизь, которая образовалась в бронхах.

Второй слой лежит глубже и состоит из мышц. При определенных условиях эти мышцы могут сокращаться, и тогда просвет бронхов сужается.

Понятно, что если человек чувствует затрудненное дыхание или приступ удушья, то это значит, что воздух плохо проходит через бронхи. Что же происходит с ними при этом?

Три основных изменения в бронхах имеют главное значение при бронхиальной астме. **Во-первых**, начинает в повышенном количестве вырабатываться густая, вязкая слизь. **Во-вторых**, отекает слизистый слой бронха. **В-третьих**, спазмируются мышцы.

Все эти изменения приводят к тому, что просвет бронхов сужается и воздух становится трудно доходить до альвеол. Именно поэтому астматик чувствует затрудненное дыхание или удушье (если просвет сужен значительно). В норме мы не замечаем, как дышим, а в приступе астмы человеку приходится «проталкивать» в легкие воздух с усилием. В это время астматик часто слышит свисты, хрипы, пiski в своей груди - результат сужения бронхов. Астматик знает, что **когда возникает приступ удушья, в большинстве случаев перестает отходить мокрота - так как она становится вязкой и трудно откашливаемой еще и из-за того, что бронхи сужены, и слизи из-за этого выйти из них непросто.** Вот эта картина и называется бронхиальной астмой.

Сразу скажу, что все описанное выше является **защитной реакцией**, то есть бронхи защищают организм от проникновения в него каких-то чужеродных веществ. **Густая слизь должна защитить клетки, отек бронха должен защитить его глубокие слои, а спазм - затруднить проникновение неблагоприятных агентов в альвеолы.** Другое дело, что у здоровых людей такие реакции возникают очень редко, и в ответ на какие-то очень сильные раздражители (например, ядовитые газы). У астматика они появляются при попадании тех частиц, которыми мы дышим в обычных условиях каждый день.

Что же является пусковыми механизмами (провокаторами-триггерами) астмы, то есть вызывающими присту-



пы удушья и воспаление в бронхах? Для этого необходимо выяснить, что такое аллергия.

Аллергия - это генетически обусловленное состояние, при котором в ответ на воздействие аллергенов вырабатывается целая группа специфических веществ, которые приводят к тем изменениям, о которых мы уже говорили.

Аллергены разделяют на четыре основные группы: пыльцевые, бытовые, эпидермальные и пищевые.

К *пыльцевым аллергенам* относят пыльцу растений (трав, кустарников, деревьев).

К *бытовым аллергенам* в первую очередь относится домашняя и библиотечная пыль. Главный аллергический компонент домашней пыли - домашний клещ. Он невидим глазу, но его содержание в домашней пыли огромно.

Эпидермальные аллергены - это эпидермис и шерсть животных (собаки, кошки, лошади и т.д.).

Пищевая аллергия является причиной приступов удушья. Сами по себе холод, инфекция, резкие запахи не являются аллергенами, однако эти причины могут вызвать приступ удушья. Дело в том, что у бронхиальной астмы есть постоянная спутница - гиперактивность дыхательных путей, а именно способность бронхиального дерева отвечать сужением на воздействие многих раздражителей. Борьба с ней нужна, непрерывно подавляя воспаление в бронхиальном дереве с помощью соответствующих препаратов, а также соблюдая меры профилактики вирусной инфекции.

Из вышесказанного следует вроде бы простой вывод: достаточно применять препараты, которые расширяют бронхи, и все будет хорошо. Однако каждый астматик со стажем знает, что **если начинается обострение бронхиальной астмы, то бронхорасширяющие препараты помогают плохо, причем, с течением обострения их эффект становится все ниже и ниже.** Такое происходит потому, что и к отеку, и к выработке густой слизи, и к бронхоспазму приводит то, что является основой астмы, - воспаление в стенке бронха. То есть при попадании в бронхи веществ, способных вызвать астму, в бронхиальную стенку срочно



начинают «приплывать» различные клетки (одни из основных клеток, которые появляются при астме, эозинофилы). Все они начинают выделять вещества, которые и приводят к тем изменениям, о которых мы уже говорили.

Значит, можно сделать вывод, что **основным методом лечения астмы будет воздействие именно на воспаление, борьба с ним, а не просто расширение бронхов.**

«Можно ли вылечиться от астмы?» - такой вопрос задает врачу, окружающим и себе каждый астматик. Что можно здесь ответить?

Астма - заболевание хроническое. Неправильный ответ бронхов - генетически обусловленное явление, то есть имеется генетическая предрасположенность. К сожалению, в эту область мы вмешиваться пока не можем. Поэтому полностью освободиться от болезни невозможно. **Организм всегда будет готов к развитию неправильной реакции.** Однако контролировать свое состояние, не допускать обострения, бороться с воспалением, и вполне успешно, - можно и нужно!

Если болезнь лечить грамотно, правильно проводить профилактические мероприятия, то можно на длительные периоды времени вообще забыть о ней. В этом случае болезнь совершенно не влияет на качество жизни астматика, и он может вести полноценный образ жизни. **Конечно, в ряде случаев придется принимать некоторые лекарства всю жизнь.** ☹

Три основных изменения в бронхах имеют главное значение при бронхиальной астме. Во-первых, начинается в повышенном количестве вырабатываться густая, вязкая слизь. Во-вторых, отекает слизистый слой бронха. В-третьих, спазмируются мышцы.



Уход за полостью рта ребенка-инвалида



Ирина Владимировна ДЕМКИНА,

врач-стоматолог, высшая квалификационная категория, заведующая стоматологическим отделением, КГБУЗ «Детская поликлиника №9, г.Барнаул»

Ведущим компонентом профилактики стоматологических заболеваний является гигиена полости рта. Систематическая чистка зубов, удаление мягких зубных отложений способствуют физиологическому созреванию эмали зубов.

Биологически активные компоненты средств гигиены (зубных паст, эликсиров) обогащают ткани зуба и пародонта солями фосфатов, кальция, микроэлементами, витаминами, повышая их устойчивость к вредным воздействиям. Регулярный массаж десен при чистке зубов щеткой способствует активации обменных процессов, улучшению кровообращения в тканях пародонта.

Для достижения наилучшей эффективности от проведения гигиенических мероприятий используются разные средства и предметы по уходу за полостью рта. В последнее время их ассортимент стал особенно широк.

Но не все люди имеют возможность ежедневно самостоятельно и полноценно ухаживать за полостью рта. Это - инвалиды.

Одним из самых распространенных заболеваний во всем мире среди инвалидности в детском возрасте является *детский церебральный паралич (ДЦП)*. Сложность оказания стоматологической помощи больным с ДЦП связана с тяжестью клинических проявлений основного заболевания. **Вследствие несовершенства мануальных навыков, нарушения функций слюнных желез, жевательной активности, нарушения координации движения страдает гигиеническое состояние полости рта.** Среди воспалительных заболеваний полости рта у детей с неврологическим статусом вследствие неудовлетворительной гигиены полости рта преобладает **хронический катаральный гингивит** (воспаление десен).

Больным, не имеющим возможности самостоятельно чистить зубы, после каждого кормления *необходимо обрабатывать полость рта ватным шариком или марлевой стерильной салфеткой*, смоченными в теплой кипяченой воде, в со-

довом растворе (1ч.л. на 1ст. воды), в слабом растворе перманганата калия, 0,1%-ном растворе фурацилина, 0,02-0,05%-ном растворе хлоргексидина.

Для чистки зубов можно использовать стерильные марлевые салфетки, салфетки, пропитанные ксилитом (их надо намотать на палец и протереть зубы ребенка), силиконовый напальчник с мягкими щетинками.

Применение электрической зубной щетки также можно рекомендовать детям-инвалидам или пациентам с недостаточной ловкостью.

С ее помощью осуществляются круговые и вибрирующие автоматические движения рабочей части, что позволяет тщательно удалять зубной налет и одновременно проводить массаж десен.

Пользоваться электрической зубной щеткой нужно как минимум **дважды в день - утром и вечером**. Процесс чистки зубов должен занимать **2-3 минуты. Менять щетку необходимо раз в 3-4 месяца.** Зубная щетка легко загрязняется, поэтому ее нужно содержать в абсолютной чистоте, тщательно промывая с мылом после каждой чистки зубов и просушивая рабочей частью вверх, не пряча в футляр. Для маленьких детей и детей с воспалением слизистой оболочки полости рта используют зубные щетки с мягкой щетиной, для детей со здоровой по-



лостью рта - зубные щетки средней жесткости.

Для детей-инвалидов лучше использовать зубную пасту с добавлением трав и зубные пасты для чувствительных зубов («Новый Жемчуг Семь Трав», «Новый Жемчуг Шалфей», «Новый Жемчуг Календула», «Кедровый бальзам», «Малавит», «Асепта» - с экстрактами трав и ферментами, которые устраняют зубной налет и препятствуют его дальнейшему образованию, успокаивают и защищают десны от воспаления, для чувствительных зубов подходят зубные пасты «Lacalut sensitive», «Elmex sensitive» и т.д.).

Помимо ежедневной чистки зубов пастой и щеткой, не стоит забывать о том, что в межзубных промежутках остается много налета и бактерий. Для их устранения существуют зубные нити - **флоссы**. Они предназначены для узких межзубных промежутков и бывают в виде нитей, полосок, вощеные, со вкусом фруктов и т.д. Еще выпускаются **ершики**, которые служат для очищения контактных поверхностей зубов при больших межзубных промежутках.

Во рту надо ухаживать не только за зубами, но и за деснами и языком. Во время чистки зубов (если у вас нет электрической зубной щетки) **проведите массаж десен специальными резиновыми щетками.** Это позволит укрепить их и снять микробный налет. **Можно использовать полоскания из трав** (шалфея, ромашки, коры дуба). Для тяжелобольных можно проводить **орошение полости рта из травяных отваров ватным тампоном или марлевыми салфетками.** Но при полоскании будьте осторожны: *чрезмерное полоскание может вызвать сухость в полости рта и спровоцировать воспалительные явления.* Поэтому не полощите рот слишком часто.

Язык является неотъемлемой частью полости рта. Он также загрязняется и нуждается в чистке. Язык покрыт множеством вкусовых сосочков, между которыми застревает налет от пищи, появляются бактерии,



которые активно размножаются, и наше дыхание становится неприятным. Во избежание этого используют **специальные щетки для чистки языка**, которые прикреплены к рабочей части обычной зубной щетки (резиновые подушечки), или специальные приспособления для чистки языка, либо ежедневно протирают язык марлевыми салфетками, смоченными в теплой кипяченой воде, в содовом растворе (1ч.л. на 1ст. воды), в слабом растворе перманганата калия, 0,1%-ном растворе фурацилина, 0,02-0,05%-ном растворе хлоргексидина, отварах трав.

У больных, страдающих сахарным диабетом и ДЦП, часто во рту может ощущаться сухость. Для ее устранения и ухода за полостью рта можно использовать **гель или спрей «Bactiviva».** Он освежает дыхание, нейтрализует неприятные запахи, препятствует образованию зубного налета, устраняет сухость, укрепляет десны, уменьшает кровоточивость десен, восстанавливает и поддерживает микрофлору полости рта. Иногда у таких больных появляются также **сухость губ и болезненные трещины на губах.** В этом случае **на губы накладывается марлевая салфетка, смоченная водой, затем губы слегка просушиваются и смазываются гигиенической помадой, вазелином или мазью «Боро плюс».**

Помните, что детям-инвалидам тяжело ухаживать за собой. Будьте внимательны и предупредительны к ним! ☺

Больным, не имеющим возможности самостоятельно чистить зубы, после каждого кормления необходимо обрабатывать полость рта ватным шариком или марлевой стерильной салфеткой, смоченными в теплой кипяченой воде, в содовом растворе (1ч.л. на 1ст. воды), в слабом растворе перманганата калия, 0,1%-ном растворе фурацилина, 0,02-0,05%-ном растворе хлоргексидина.



**Март
2003-2012 гг.**



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



КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



Десять лет с вами!

ИЗВЕЩЕНИЕ

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

Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний-Новоалтайск"
Филиал ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Новоалтайск
ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001
Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162
Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул
БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771
ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426
Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2012 г. №4-12
Плательщик (Ф.И.О.): _____

Наименование фирмы, контактный телефон _____
Адрес получателя корреспонденции _____
Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____
улица, дом, квартира (офис) _____
Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____

Кассир

Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2012 год, №4-12	448-50	448-50
Плательщик (подпись) _____	Дата _____	

Подписной индекс - 73618

КВИТАНЦИЯ

Наименование получателя платежа: ООО "Издательство "Вечерний-Новоалтайск"
Филиал ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Новоалтайск
ИНН: ИНН 2263020152 КПП 220801001
Номер счета получателя платежа: 40702810600020000162
Наименование банка: ООО КБ "Алтайкапиталбанк" г.Барнаул
БИК: 040173771 Кор.счет: 30101810900000000771
ОКПО: 52090627 ОГРН: 1022202409426
Наименование платежа: Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2012 г. №4-12
Плательщик (Ф.И.О.): _____

Наименование фирмы, контактный телефон _____
Адрес получателя корреспонденции _____
Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____
улица, дом, квартира (офис) _____
Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____

Кассир

Назначение платежа	Сумма	Итого к уплате
Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2012 год, №4-12	448-50	448-50
Плательщик (подпись) _____	Дата _____	

Подписной индекс - 73618

Образец заполнения

Внимание! Уважаемые партнеры и читатели журнала «Здоровье алтайской семьи», обращаем ваше внимание на изменение со 2 апреля 2012 года адреса размещения редакции журнала: г. Барнаул, пр. Ленина, 56 (вход с Ленинского проспекта), телефон 69-27-84, e-mail: nebolen@mail.ru

Уважаемые читатели журнала! Доставку журнала на территории края осуществляют отделения «Почты России». Своевременное включение подписчика в реестр возможно только при полном указании почтового адреса и наименования или ФИО получателя при оформлении подписки. Однако, значительная часть квитанций, при оформлении подписки при перечислении средств Издательству, не содержит адреса и (или) наименования получателя.

Издательству приходится предпринимать меры по выявлению подписчиков по отдельным сведениям, уточнению адресата, что существенно сказывается на своевременности доставки журнала.

До настоящего времени нам не удалось выяснить информацию о 26 подписчиках журнала, оформивших годовую подписку!

По вопросам включения вас в реестр доставки журнала по почте просим обращаться в Издательство «ВН - Добрый День» по телефону/факсу **8-38532-23216** (бухгалтерия) либо по электронной почте.