

Scientia potentia est. Знание — сила.

# ALMA MATER

Издание ученого совета Института повышения квалификации специалистов здравоохранения

Выходит с 2002 г.

№ 1 (121) 27 января 2014 г.



## В НОМЕРЕ:

**Память в датах .....2**

**Коллеги пишут:**

**Шихмирзаев Т.А.** Трансфузиология в Хабаровском крае .....3

**Баранов А.Л.** Современные средства инфузионной терапии в практике медицины критических состояний .....4

**Ступак В.С., Свередюк М.Г.** Реформирование системы государственных закупок. Контрактная система .....6

**Вопросы образования:**

**Назавкин А.Н.** Некоторые методологические аспекты преподавания медицины катастроф в системе непре-

рывного медицинского образования специалистов здравоохранения .....8

**Это актуально:**

**Баранов А.Л.** Обморожение .....9

**Полезные советы:**

**Карпунова Е.М., Хайрутдинова З.Д.** Ароматерапия (продолжение) .....12

**Информация отдела международных связей .....15**

**От чистого сердца .....18**

**Конкурс .....18**

**Поздравления .....20**

## ФЕВРАЛЬ

*Февраль – ветродуй, вьюговей, бокогрей и сечень  
Начало февраля погожее – весну жди раннюю, пригожую  
Февраль коль морозом не возьмет, то все дороги заметет  
Февраль переменчив: то январем потянет, то мартом проглянет*

### В феврале исполняется:

#### **1 февраля**

25 лет назад в г. Хабаровске создана Городская детская поликлиника № 1 (1989)

#### **2 февраля**

День воинской славы России – День разгрома советскими войсками немецко-фашистских войск в Сталинградской битве (1943)

#### **2 февраля (21 января)**

115 лет со дня рождения известного ученого, доктора медицинских наук, профессора ДВГМУ Шахно Израилевича Ратнера (1899–1967)

#### **4 февраля**

Международный день безопасного интернета  
Всемирный день борьбы с раковыми заболеваниями

#### **7 февраля**

Открытие XXII Олимпийских зимних игр в Сочи

#### **8 февраля**

День российской науки  
День памяти юного героя-антифашиста  
180 лет со дня рождения русского ученого Дмитрия Ивановича Менделеева (1834–1907)  
15 лет КГКУЗ «Дом ребенка № 2 специализированный» МЗ Хабаровского края (1999)

#### **9 февраля**

День Аэрофлота

#### **10 февраля**

День дипломатического работника  
110 лет со дня начала русско-японской войны 1904–1905 гг.  
День памяти русского поэта Александра Сергеевича Пушкина (1799–1837)  
Международный день стоматолога  
55 лет доктору медицинских наук, начальнику управления здравоохранения администрации г. Хабаровска Ирине Анатольевне Шапиро (1959)

#### **11 февраля**

Всемирный день больного

#### **12 февраля**

205 лет со дня рождения английского натуралиста и путешественника Чарльза Роберта Дарвина (1809–1882)

#### **13 февраля**

245 лет со дня рождения русского писателя, баснописца Ивана Андреевича Крылова (1769–1844)

#### **14 февраля**

День Святого Валентина – День всех влюбленных

#### **15 февраля**

Памятная дата России – День памяти о россиянах, исполнявших служебный долг за пределами Отечества  
25 лет со дня завершения вывода советских войск из Республики Афганистан (1989)  
Международный день детей, больных раком  
Сретение Господне

#### **16 февраля**

День молодого избирателя

#### **20 февраля**

Всемирный день социальной справедливости

#### **21 февраля**

Международный день родного языка

#### **22 февраля**

Международный день поддержки жертв преступлений

#### **23 февраля**

День защитника Отечества  
День воинской славы России – 96 лет со дня победы Красной Армии над кайзеровскими войсками Германии (1918)

#### **24 февраля – 2 марта**

Масленичная неделя или Масленица

#### **27 февраля**

75 лет назад в г. Хабаровске сдан в эксплуатацию химико-фармацевтический завод, ныне ОАО «Дальхимфарм» (1939)

#### **28 февраля**

Международный день редких (орфанных) болезней

*Информация предоставлена заведующей  
сектором библиографической аналитики научной  
библиотеки ИПКСЗ  
Т.А. Щербаковой*

# ТРАНСФУЗИОЛОГИЯ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ

Эффективность и безопасность трансфузионной терапии складывается из следующих основных составляющих:

1. Качественная работа учреждений производственной трансфузиологии – заготовка и производство компонентов крови, отвечающих мировым стандартам;
2. Эффективная работа специалистов клинической трансфузиологии – осуществление трансфузий компонентов крови по Российским стандартам.

Чем представлена «производственная» трансфузиология в Хабаровском крае – КГБУЗ «Краевая станция переливания крови» МЗ Хабаровского края, состоящее из двух подразделений: в г. Хабаровске и в г. Комсомольске-на-Амуре. В течение 3 лет, в рамках «Концепции развития службы крови в Хабаровском крае на 2011–2015 гг.» была проведена централизация заготовки компонентов донорской крови, при этом были реорганизованы отделения переливания крови лечебных учреждений в трансфузиологические кабинеты.

В процессе выполнения «Концепции развития службы крови в Хабаровском крае на 2011–2015 гг.» не все проходит гладко, появляются вопросы, требующие ответственных и смелых решений. Но все-таки, если положить на чашу весов плюсы и минус вышеуказанной программы, можно сделать вывод – централизация необходима и своевременна. Только в условиях централизации возможно обеспечить основной принцип современной трансфузиологии – применение в лечебной практике высокоэффективных и безопасных, но дорогостоящих трансфузионных сред.

На КГБУЗ «Краевая станция переливания крови» производство высокоэффективных и безопасных компонентов донорской крови обеспечивается современными технологиями заготовки компонентов крови:

- использование единой информационной базы трансфузиологии России «АИСТ», в том числе и в предварительном скрининге потенциальных доноров компонентов крови;
- использование аппаратных методов заготовки компонентов крови;
- применение методов вирус-инактивации заготовленных компонентов крови, карантинизации и фильтрации компонентов крови;
- применение в клинической лабораторной диагностике методов ИФА, ПЦР диагностики.

Для полноценного обеспечения учреждений здравоохранения Хабаровского края в 2012 году КГБУЗ «Краевая станция переливания крови» заготовила и переработала на компоненты крови 12 500 литров консервированной

донорской крови. В 2013 году объемы заготовки компонентов донорской крови идут с небольшим превышением. Это говорит о том, что организация работ в разделе производственной трансфузиологии в Хабаровском крае на высоком уровне, специалисты КГБУЗ «Краевая станция переливания крови» достойно выполняют свои должностные обязанности.

Эффективная работа в разделе клинической трансфузиологии зависит от многих факторов. В первую очередь от наличия в штате лечебного учреждения сертифицированного врача-трансфузиолога. Для правильной организации трансфузионной терапии в ЛПУ трансфузиолог должен обладать знаниями и умениями, необходимыми как в клинической трансфузиологии, так и в производственной трансфузиологии. Из этого следует вывод: профессиональная подготовка врачей-трансфузиологов – сложный и



длительный процесс. Подготовка трансфузиологов для учреждений здравоохранения Дальнего Востока активно проводится в КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК. Результат этой работы – только несколько учреждений здравоохранения Хабаровского края не имеют в своем штате подготовленных трансфузиологов.

Следующий фактор, необходимый для эффективной клинической трансфузиологии – орга-

низация трансфузиологических кабинетов в лечебных учреждениях, оснащение в лечебных отделениях «уголков трансфузиолога» оборудованием (холодильник, морозильник, размораживатель компонентов крови, центрифуга, водяная баня, кондиционер) и расходными материалами (целиклены, желатин и т.д.). В большинстве учреждений здравоохранения Хабаровского края организованы трансфузиологические кабинеты, в отделениях с высокой трансфузиологической активностью оснащены «уголки трансфузиолога».

Все вышеперечисленное способствует правильной организации трансфузионной терапии в учреждениях здравоохранения Хабаровского края, является важным фактором в профилактике посттрансфузионных осложнений.

**Т.А. Шихмирзаев,**  
ассистент кафедры скорой медицинской помощи

## СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНЫ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

**Критические состояния (в медицине) – это угрожающие жизни состояния, требующие поддержания (замещения) жизненно важных функций, возникающие в крайних степенях любой патологии, включая и ятрогенную (острая сердечно-сосудистая недостаточность, ОПН, ОДН, острая кишечная, острая печеночная недостаточность, острая метаболическая недостаточность и др.), которые могут переходить в терминальные, агональные состояния (процесс умирания) или заканчиваться выздоровлением.**

Одним из основных методов курации этих осложнений является инфузионная терапия. Ее роль в лечении больных, находящихся в критических состояниях, трудно переоценить – она введена в стандарт интенсивной терапии СМП и осуществленная своевременно и качественно способна: предупредить, нивелировать или уменьшить патологические сдвиги в организме, что способствует восстановлению компенсаторных механизмов гомеостаза.

Но, невзирая на положительные свойства, инфузионная терапия, таит в себе массу опасностей при методически неправильном выполнении – выборе инфузионной среды, дозировок, способов и режимов введения.

*Из-за неправильно проводимой инфузионной терапии* «в палатах интенсивной терапии утонуло больных больше, чем людей в проливе Ла-Манш за все время его существования» (Питер Сафар, австрийский врач чешского происхождения).

*Классификация инфузионных средств* (А.А. Бакдасаров и соавт., 1973):

- Гемодинамические кровезаменители.
- Дезинтоксикационные кровезаменители.
- Препараты для парентерального питания.
- Регуляторы водно-солевого и кислотно-основного состояния.
- Кровезаменители с функцией переноса кислорода.
- Инфузионные антигипоксиканты.
- Комбинированные препараты.

Как видим, выбор достаточно широк. На чем же остановиться, какие лечебные растворы нужны врачам анестезиологам-реаниматологам и бригадам интенсивной терапии в условиях скорой помощи? Однозначно – это средства этиопатогенетической направленности, как наиболее эффективные.

*Этиопатогенез критических и терминальных состояний единый.* Этиология многопричинная: кровопотеря, шок, эндотоксикоз, асфиксия, воздействие интоксикантов и т.п.

Патогенез имеет следующие основные составляющие:

- Гипоксия.
- Интоксикация.
- Иммуносупрессия.

Основную роль в патогенезе критических состояний играют гипоксия и интоксикация, которые сами по себе, т.е. по отдельности, могут привести к развитию критических и терминальных состояний, сопровождающихся нарушением метаболизма и энергообмена в клетках организма.

Учитывая, что гипоксия и интоксикация взаимосвязаны и взаимообусловлены (эффект потенцирования или взаимного отягощения), то они и являются основными механизмами танатогенеза. Известно, что эти патологические механизмы являются: *неспецифическими*, общепатологическими, однотипными и соответствуют теории стресса Ганса Селье.

«Гипоксия не только останавливает машину, но и ломает мотор» – афоризм, который подчеркивает трагическую сущность гипоксии и необходимость разработки средств и способов профилактики и борьбы с ней и ее последствиями. Вне зависимости от причины конечным итогом гипоксии является дефицит кислорода в тканях со снижением ресинтеза макроэргических соединений. Повышение устойчивости к гипоксии проявляют энергообеспечивающие интермедианты цикла Кребса – фумаровая, лимонная и янтарная кислоты. Полиэтиологичность гипоксии является основанием для использования нового класса лекарственных *средств-антигипоксикантов*. *Сукцинат натрия (янтарная кислота) по клинической классификации относится к субстратным антигипоксикантам.* Включаясь в энергетический обмен как субстрат, она направляет процессы окисления по наиболее экономичному аэробному пути. Янтарная кислота стимулирует синтез АТФ, продукцию защитных тормозных медиаторов (ГАМК) и входит в состав инфузионных антигипоксикантов, успешно применяемых в клинической практике – Реамберин и Цитофлавин.

Как известно, печень и эндотелий являются основными местами метаболизма ксенобиотиков, поэтому эти органы становятся мишенью токсического действия ядов с первичным нарушением функции мембран и последующим развитием синдрома острой полиорганной недостаточности (СОПОН).

Интоксикация – это клиническое проявление патологического процесса, обусловленного наличием в организме в необычных количествах токсических веществ или ядов.

Одним из ведущих синдромов интоксикации различными ксенобиотиками является гипоксия, поэтому применение антигипоксантов в качестве средств патогенетической терапии экзогенной и эндогенной интоксикации крайне актуально.

Доказано, что в развитии любого критического состояния лежат нарушения баланса антиоксидантных и прооксидантных систем организма с развитием антиоксидантной недостаточности, которые получили название «*окислительного стресса*». Тканевая гипоксия активирует анаэробный гликолиз с образованием активных форм кислорода, которые запускают процессы свободнорадикального окисления (СРО) с последующим повреждением клеточных мембран и гибелью клеток. СРО идет с образованием высокотоксических метаболитов, включая продукты перекисного окисления липидов (ПОЛ). Липополисахариды микробной флоры активируют нейтрофилы и макрофаги с развитием так называемого «респираторного взрыва» с образованием активных форм кислорода и активацией ПОЛ. Именно «окислительный стресс» является основным соединительным звеном в патогенезе антигипоксического, антиоксидантного и мембраностабилизирующего эффектов при развитии критических состояний. Средством патогенетической метаболической коррекции окислительного стресса является Реамберин в рекомендуемых дозах. Накопленные к настоящему времени сведения о биологической активности янтарной кислоты позволяют отнести ее к адаптогенам.

#### *Реамберин*

##### *Характеристика препарата:*

1,5% раствор сукцината натрия для инфузии – это хорошо сбалансированный полиионный раствор с добавлением янтарной кислоты, содержащий:

Натрия хлорида – 6,0 г;

Калия хлорида – 0,3 г;

Магния хлорида – 0,12 г;

N-(1-дезоксид-глюцитол-1 ил)-N-метиламмония натрия сукцинат – 15,0 г;

Воду для инъекций – до 1 л.

Ионный состав раствора:

Натрия – 142,4 ммоль;

Калия – 4,0 ммоль;

Магния – 1,2 ммоль;

Хлорида – 109,0 ммоль; pH 7,35 – 7,45

Сукцинат – 44,7 ммоль;

И-метилглюкаммония – 44,7 ммоль;

Осмолярность 320 мосмоль/л.

9 лет клинического применения препарата подтвердил не только достоверность результатов доклинических испытаний препарата и обоснованность изначальных рекомендаций по его применению, но и, самое главное, выявил повышенный интерес к нему. Это привело к основополагающим доказательным многоцентровым научным исследованиям, что и определило основные направления его применения.

По фармакологическим свойствам Реамберин характеризуется как *антигипоксический, антиоксидантный, мембранопротекторный, дезинтоксикационный*, что

делает его привлекательным для использования в качестве компонента интенсивной терапии в медицине критических состояний, тем более, что таким многогранным комплексным эффектом не обладает ни один из традиционных препаратов инфузионной терапии. Следует знать, что «Реамберин 1,5% раствор для инфузии» препарат не разового использования и поэтому для достижения положительного эффекта должен

применяться курсами в стратегии инфузионной терапии больных, находящихся в критических состояниях.

##### *Способ применения и дозы*

Реамберин применяют *только внутривенно капельно*:

Детям с 1 года в суточной дозе 10 мл/кг. Взрослым – 400–800 мл раствора в сутки. Скорость введения и дозу препарата определяют в соответствии с состоянием больного, не более 90 капель в минуту (4–4,5 мл/мин.). В зависимости от степени тяжести заболевания курс введения препарата до 11 дней (в среднем от 5 до 7 дней).

*Цитофлавин*: две формы упаковки – амп. № 5 и № 10 по 10 мл. *Характеристика препарата* (в одной ампуле).

Янтарная кислота – 1000 мг;

Никотинамид – 100 мг;

Рибофлавин – 20 мг;

Рибоксин – 200 мг;

N-метилглюкамин – 1650 мг.

Основной действующий компонент Цитофлавина – янтарная кислота (ЯК). Это эндогенный субстрат для безопасного насыщения биохимических реакций цикла Кребса. Применение янтарной кислоты приводит к восстановлению процессов тканевого дыхания. Следующее достоинство ЯК – способствовать выработке ГАМК – тормозного медиатора и нейропротектора – единственного нативного!



Другие компоненты Цитофлавина – никотинамид и рибофлавин – входят в состав коферментов дегидрогеназ, без них невозможны электрохимические реакции, сопряженные с биосинтезом энергии.

Четвертый компонент Цитофлавина – рибоксин (производное пуринового обмена) – участвует в нескольких пластических процессах, в том числе и синтезе АТФ. Используется способность рибоксина активизировать образование НАД, в результате чего увеличивается содержание АТФ.

Вспомогательный компонент – N-метилглюкамин транспортирует действующие вещества внутрь митохондрий.

*Режим дозирования:*

– Раствор: в/в капельно на 5% глюкозе 200,0–400,0.

– 10 мл через 8–12 часов 10 дней.

– При тяжелых состояниях – 20 мл через 8–12 часов 10 дней.

– Скорость введения 3–3,5 мл/мин. 2 раза в сутки.

– Таблетки:

– По 2 табл. 2 раза в сутки за полчаса до еды.

*Механизм действия Цитофлавина:*

– Антигипоксическое действие – перевод на аэробное дыхание.

– Антиоксидантная активность – прекращение выработки свободных радикалов.

– Энергокоррекция – увеличение синтеза АТФ (с 6 до 24 молекул АТФ из 1 молекулы глюкозы).

Эффекты инфузионной терапии Реамберин, Цитофлавином: Метаболизм – снижение лактатемии

с нормализацией индекса лактат/пируват, гипергликемии, торможение системы ПОЛ и восстановление антиоксидантной системы (АОС) организма.

*Лёгкие* – улучшение метаболической функции.

*Почки* – снижение азотемии, увеличение клубочковой фильтрации.

*Печень* – снижение билирубинемии, ферментемии.

*Мозг* – нейропротекция, активация нейронов головного мозга путем ускорения внутриклеточных обменных процессов, улучшение когнитивных функций.

*Сердце* – в первые часы острого инфаркта миокарда оказывают антиишемический эффект.

В практике медицины критических состояний всегда показано применение инфузионных антигипоксантов.

Предпочтение следует отдавать инфузионным антигипоксантам содержащим янтарную кислоту (Реамберин, Цитофлавин), обладающих выраженными лечебно-профилактическими свойствами и относящихся к препаратам нового поколения – так называемым «умным лекарствам».

«Цитофлавин» утвержден Государственным Фармакологическим комитетом МЗ России для клинического применения и включен в комплект лекарственных препаратов укладки скорой медицинской помощи.

**А.Л. Баранов,**  
**заведующий кафедрой скорой медицинской**  
**помощи**

фото: [www.yarreg.ru](http://www.yarreg.ru)

## РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАКУПОК. КОНТРАКТНАЯ СИСТЕМА

**С 1 января 2014 г. вступает в силу Федеральный закон от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» (далее – Закон о контрактной системе).**

Принятие нового Закона о контрактной системе означает не просто совершенствование отдельных правил закупок товаров (работ, услуг) для обеспечения государственных и муниципальных нужд, а кардинальные изменения всей системы закупок публично-правовых образований.

Субъекты контрактной системы осуществляют действия, охватывающие не только этап размещения заказов и заключения контрактов, как было по 94-ФЗ, но и планирование заказчиком закупок, исполнение контрактов, мониторинг, аудит, контроль за соблюдением нормативных актов о контрактной системе. Тем самым законодателем

использован системный подход к регулированию отношений в сфере государственных и муниципальных закупок, что предполагает взаимосогласованное правовое регулирование рассматриваемых отношений нормами различных отраслей законодательства – гражданского, бюджетного, административного.

Закон о контрактной системе предполагает более существенный объем документооборота по сравнению с тем, который осуществлялся в период применения Федерального закона от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд». В частности, предусмотрены трехлетние планы закупок, промежуточные и итоговые отчеты об исполнении контрактов, извещения о проведении закупок у единственного поставщика, существенно расширен состав сведений, включаемых в годовые планы-графики.

Если ранее заказчики обосновывали только начальную (максимальную) цену каждой закупки, теперь необходимо будет обосновать еще и объект закупки, способ закупки и требования к участникам закупки. При этом запрещается приобретать продукцию с избыточными потребительскими свойствами и предметы роскоши.

По общему правилу каждый заказчик должен создать контрактную службу. Если совокупный годовой объем закупок заказчика не превышает 100 млн. руб., Закон дает право вместо создания контрактной службы назначить должностное лицо, ответственное за осуществление закупок, включая исполнение каждого контракта – контрактного управляющего. Важно, что заказчик может назначить контрактным управляющим или сотрудником контрактной службы только лицо, имеющее соответствующее образование. К функциям и полномочиям контрактных управляющих и контрактных служб будет относиться обслуживание всего цикла закупок – от планирования до приемки товаров, работ, услуг по выполненным контрактам.

Закон о контрактной системе предусматривает антидемпинговые меры. Так, если начальная цена контракта превышает 15 млн. руб. и участником закупки, с которым заключается контракт, предложена цена на 25 % и более ниже начальной, контракт заключается только после предоставления участником обеспечения исполнения контракта в полуторном размере. Иными словами, если обеспечение исполнения контракта для всех участников закупки составляет 30 %, то для демпингующего участника обеспечение составит 45 % начальной цены.

Теперь заказчики обязаны предоставлять 15%-ную ценовую преференцию учреждениям и предприятиям уголовно-исполнительной системы и организациям инвалидов. Ранее такие преференции были правом, а не обязанностью заказчика, и устанавливались крайне редко, а в отношении организаций инвалидов вовсе не

устанавливались из-за отсутствия их перечня на официальном сайте. Кроме того, Закон о контрактной системе сделал значительные подвижки в вопросе поддержки субъектов малого предпринимательства. Согласно новому Закону, верхняя планка объема закупок, предназначенных субъектам малого предпринимательства, не определена. Это означает, что каждый заказчик теоретически может абсолютно все свои процедуры закупки объявлять с условием о том, что участвовать в закупке могут только субъекты малого предпринимательства, что фактически исключает из игры унитарные предприятия, бюджетные учреждения и крупные организации, в том числе организации с долей государственного и муниципального капитала.

Внедрение Закона приведет к резкому увеличению доли торгов – конкурсов и аукционов, в связи с ограничениями на проведение неторговых процедур – запросов котировок и закупок у единственного источника. Применение неторговых процедур заказчиками нормативно привязано не к понятию одноименности, как это было ранее, а к предельной процентной доле закупок в общем годовом объеме и максимальной сумме такими способами закупок в абсолютном выражении. Для заказчиков это обернется значительно большими затратами на организацию процесса закупок, включая трудозатраты и издержки на делопроизводство.

Согласно Закону о контрактной системе существенно изменится практика закупок бюджетных учреждений. Они получат право использовать два режима закупок: закупки за счет средств субсидий на выполнение государственных (муниципальных) заданий будут осуществляться по правилам Закона о контрактной системе, а закупки за счет самостоятельно заработанных средств – в рамках Федерального закона от 18 июля 2011 г. № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц». Однако для этого необходимо разработать и разместить на официальном сайте соответствующее Положение.

Резюмируя вышеизложенное, авторы считают, что необходимо учреждениям здравоохранения до 01.01.2014 разработать и утвердить локальные правовые акты о контрактной службе либо контрактном управляющем, о регламенте проведения закупок, положение о закупке за счет средств полученных от приносящей доходы деятельности.

**В.С. Ступак,**  
**заведующий кафедрой общественного**  
**здоровья и организации здравоохранения,**  
**М.Г. Свередюк,**  
**преподаватель кафедры общественного**  
**здоровья и организации здравоохранения**

## **НЕКОТОРЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

### **Что такое непрерывное медицинское образование (НМО)?**

**НМО – это образование медицинских и фармацевтических работников, которое начинается после получения специальности и продолжается непрерывно в течение всей жизни.**

Каковы же основные причины недостаточного преподавания медицины катастроф?

Количество и масштабы катастроф постоянно растут и в мире, и в России, и непосредственно у нас на Дальнем Востоке.

Что обуславливает необходимость привлечения все большего количества специалистов здравоохранения ликвидации их медико-санаторных последствий. Создавшаяся ситуация заставляет сделать следующие основные выводы:

- Устарела Унифицированная программа послевузовского и дополнительного профессионального образования. Необходимо разработка новой примерной программы послевузовского и дополнительного профессионального образования по медицине катастроф.

- Отсутствие в учебных планах и программах разделов по медицине катастроф.

- Преподаватели медицины катастроф не привлекаются к учебному процессу на клинических кафедрах.

- Преподаватели клинических кафедр не имеют подготовки и повышения квалификации по вопросам медицины катастроф.

- Отсутствие учебно-методического обеспечения преподавания медицины катастроф на клинических кафедрах.

Обучение специалистов здравоохранения вопросам медицины катастроф должно быть персонифицированным и строиться с учетом:

- Профессионально-должностных обязанностей.

- Квалификационных характеристик.

- Роли и особенности работы органов управления здравоохранения, ЛПУ в системе медицинского обеспечения при ликвидации последствий различных ЧС.

Персонифицированное обучение по актуальным проблемам медицины катастроф должно строиться приблизительно по следующей схеме:

- Руководители здравоохранения, их заместители и главные медицинские специалисты – организация медико-санитарного обеспечения населения при ЧС.

- Главные врачи и их заместители – обеспечение устойчивости КПЧ и организация их работы в ЧС.

- Специалисты врачебно-сестринских и специализированных медицинских бригад – актуальные вопросы оказания экстренной и специализированной медицинской помощи в ЧС.

- Специалисты авиамедицинских бригад – организация санитарно-авиационной эвакуации.

- Все специалисты должны практически отработать приемы и способы оказания первичной реанимационной помощи в различных ЧС.

Пути совершенствования НМО по медицине катастроф:

- Расширение контингента врачей, подлежащих обучению по медицине катастроф.

- Включение вопросов медицины катастроф в учебные программы

обучения врачей клинического профиля.

- Совершенствование учебно-методического обеспечения. Создание ситуационного учебного класса по медицине катастроф.

- Организация и совершенствование системы учета и планирования повышения квалификации по медицине катастроф.

- Внедрение современных инновационных обучающих технологий: ситуационные задачи, деловые игры, учения, учебно-методические сборы и др.



**А.Н. Нагавкин,  
ассистент кафедры сестринского дела**

## ОБМОРОЖЕНИЕ

**Обморожение представляет собой повреждение какой-либо части тела (вплоть до омертвления) под воздействием низких температур. Чаще всего обморожения возникают в холодное зимнее время при температуре окружающей среды ниже  $-10...-20\text{ }^{\circ}\text{C}$ . При длительном пребывании вне помещения, особенно при высокой влажности и сильном ветре, обморожение можно получить осенью и весной при температуре воздуха выше нуля.**

К обморожению на морозе приводят тесная и влажная одежда и обувь, физическое переутомление, голод, вынужденное длительное неподвижное и неудобное положение, предшествующая холодовая травма, ослабление организма в результате перенесенных заболеваний, потливость ног, хронические заболевания сосудов нижних конечностей и сердечно-сосудистой системы, тяжелые механические повреждения с кровопотерей, курение и пр.

Статистика свидетельствует, что почти все тяжелые обморожения, приведшие к ампутации конечностей, произошли в состоянии сильного алкогольного опьянения.

Под влиянием холода в тканях происходят сложные изменения, характер которых зависит от уровня и длительности снижения температуры. При действии температуры ниже  $-30\text{ }^{\circ}\text{C}$  основное значение при обморожении имеет повреждающее действие холода непосредственно на ткани, и происходит гибель клеток. При действии температуры до  $-10...-20\text{ }^{\circ}\text{C}$ , при котором наступает большинство обморожений, ведущее значение имеют сосудистые изменения в виде спазма мельчайших кровеносных сосудов. В результате замедляется кровоток, прекращается действие тканевых ферментов.

#### Степени обморожения

**Обморожение I степени** (наиболее легкое) обычно наступает при непродолжительном воздействии холода. Пораженный участок кожи бледный, после согревания покрасневший, в некоторых случаях имеет багрово-красный оттенок; развивается отек. Омертвления кожи не возникает. К концу недели после обморожения иногда наблюдается незначительное шелушение кожи. Полное выздоровление наступает к 5–7 дню после обморожения. Первые признаки такого обморожения – чувство жжения, покалывания с последующим онемением пораженного участка. Затем появляются кожный зуд и боли, которые могут быть и незначительными, и резко выраженными.

**Обморожение II степени** возникает при более продолжительном воздействии холода. В начальном периоде имеется побледнение, похолодание, утрата чувстви-

тельности, но эти явления наблюдаются при всех степенях обморожения. Поэтому наиболее характерный признак – образование в первые дни после травмы пузырей, наполненных прозрачным содержимым. Полное восстановление целостности кожного покрова происходит в течение 1–2 недель, грануляции и рубцы не образуются. При обморожении II степени после согревания боли интенсивнее и продолжительнее, чем при обморожении I степени, беспокоят кожный зуд, жжение.

**При обморожении III степени** продолжительность периода холодового воздействия и снижения температуры в тканях увеличивается. Образующиеся в начальном периоде пузыри наполнены кровянистым содержимым, дно их сине-багровое, нечувствительное к раздражениям. Происходит гибель всех элементов кожи с развитием в исходе обморожения грануляций и рубцов. Сошедшие ногти вновь не отрастают или вырастают деформированными. Отторжение отмерших тканей заканчивается на 2–3-й неделе, после чего наступает рубцевание, которое продолжается до 1 месяца. Интенсивность и продолжительность болевых ощущений более выражена, чем при обморожении II степени.

**Обморожение IV степени** возникает при длительном воздействии холода, снижение температуры в тканях при нем наибольшее. Оно нередко сочетается с обморожением III и даже II степени. Омертвевают все слои мягких тканей, нередко поражаются кости и суставы. Поврежденный участок конечности резко синюшный, иногда с мраморной расцветкой. Отек развивается сразу после согревания и быстро увеличивается. Пузыри развиваются в менее обмороженных участках, где имеется обморожение II–III степени. Отсутствие пузырей при выраженном отеке, утрата чувствительности свидетельствуют об обморожении IV степени.

В условиях длительного пребывания при низкой температуре воздуха возможны не только местные поражения, но и общее охлаждение организма. Под общим охлаждением организма следует понимать состояние, возникающее при понижении температуры тела ниже  $34\text{ }^{\circ}\text{C}$ .

Наступлению общего охлаждения способствуют те же факторы, что и при обморожении: высокая влажность воздуха, отсыревшая одежда, сильный ветер, физическое переутомление, психическая травма, перенесенные заболевания и травмы.

*Степени общего охлаждения.*

*Легкая степень:* температура тела 32–34 °С. Кожные покровы бледные или умеренно синюшные, появляются «гусиная кожа», озноб, затруднения речи. Пульс замедляется до 60–66 ударов в минуту. Артериальное давление нормально или несколько повышено. Дыхание не нарушено. Возможны обморожения I–II степени.

*Средняя степень:* температура тела 29–32 °С, характерны резкая сонливость, угнетение сознания, бессмысленный взгляд. Кожные покровы бледные, синюшные, иногда с мраморной окраской, холодные на ощупь. Пульс замедляется до 50–60 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление снижено незначительно. Дыхание редкое – до 8–12 в минуту, поверхностное. Возможны обморожения лица и конечностей I–IV степени.

*Тяжелая степень:* температура тела ниже 31 °С. Сознание отсутствует, наблюдаются судороги, рвота. Кожные покровы бледные, синюшные, холодные на ощупь. Пульс замедляется до 36 ударов в минуту, слабого наполнения, имеет место выраженное снижение артериального давления. Дыхание редкое, поверхностное – до 3–4 в минуту. Наблюдаются тяжелые и распространенные обморожения вплоть до оледенения.

*Первая помощь при обморожениях*

Действия при оказании первой медицинской помощи различаются в зависимости от степени обморожения, наличия общего охлаждения организма, возраста и сопутствующих заболеваний.

Первая помощь состоит в прекращении охлаждения, согревании конечности, восстановления кровообращения в пораженных холодом тканях и предупреждения развития инфекции. Первое, что надо сделать при признаках обморожения – доставить пострадавшего в ближайшее теплое помещение, снять промерзшую обувь, носки, перчатки. Одновременно с проведением мероприятий первой помощи необходимо срочно вызывать врача, скорую помощь для оказания врачебной помощи.

*При обморожении I степени* охлажденные участки следует согреть до покраснения теплыми руками, легким массажем, растираниями шерстяной тканью, дыханием, а затем наложить ватно-марлевую повязку.

*При обморожении II–IV степени* быстрое согревание, массаж или растирание *делать не следует*. Наложите на пораженную поверхность теплоизолирующую повязку (слой марли, толстый слой ваты, вновь слой марли, а сверху клеенку или прорезиненную ткань). Пораженные конечности фиксируют с помощью подручных средств (дощечка, кусок фанеры, плотный картон), накладывая

и прибинтовывая их поверх повязки. В качестве теплоизолирующего материала можно использовать ватники, фуфайки, шерстяную ткань и пр.

Пострадавшим дают горячее питье, горячую пищу, небольшое количество алкоголя, по таблетке аспирина, анальгина, по 2 таблетки «Но-шпа» и папаверина.

*Не рекомендуется растирать больных снегом*, так как кровеносные сосуды кистей и стоп очень хрупки и поэтому возможно их повреждение, а возникающие микроссадины на коже способствуют внесению инфекции. Нельзя использовать *быстрое отогревание* обмороженных конечностей у костра, бесконтрольно применять грелки и тому подобные источники тепла, поскольку это ухудшает течение обморожения. Неприемлемый и неэффективный вариант первой помощи – *втирание масел, жира, растирание спиртом тканей* при глубоком обморожении.

При *общем охлаждении легкой степени* достаточно эффективным методом является согревание пострадавшего в теплой ванне при начальной температуре воды 24 °С, которую повышают до нормальной температуры тела.

При средней и тяжелой степени общего охлаждения с нарушением дыхания и кровообращения пострадавшего необходимо как можно скорее доставить в больницу.

*«Железное» обморожение*

В практике встречаются и холодовые травмы, возникающие при соприкосновении теплой кожи с холодным металлическим предметом. Стоит любопытному малышу схватиться голый рукой за какую-нибудь железку или, того хуже, лизнуть ее языком, как он намертво к ней прилипнет. Освободиться от оков можно, только отодрав их вместе с кожей. Картина душераздирающая: ребенок визжит от боли, а его окровавленные руки или рот приводят родителей в шок.

К счастью, «железная» рана редко бывает глубокой, но все равно ее надо срочно продезинфицировать. Сначала промойте ее теплой водой, а затем перекисью водорода. Выделяющиеся пузырьки кислорода удалят попавшую внутрь грязь. После этого попытайтесь остановить кровотечение. Хорошо помогает приложенная к ране гемостатическая губка, но можно обойтись и сложенным в несколько раз стерильным бинтом, который нужно как следует прижать и держать до полной остановки кровотечения. Но если рана очень большая, надо срочно обращаться к врачу.

Бывает, что прилипший ребенок не рискует сам оторваться от коварной железки, а громко зовет на помощь. Ваши правильные действия помогут избежать глубоких ран. Вместо того чтобы отрывать кожу «с мясом», просто полейте прилипшее место теплой водой (но не слишком горячей!). Согревшись, металл обязательно отпустит своего незадачливого пленника.

*Профилактика переохлаждения и обморожений*

Есть несколько простых правил, которые позволят вам избежать переохлаждения и обморожений на сильном морозе:

– Не пейте спиртного – алкогольное опьянение (впрочем, как и любое другое) на самом деле вызывает большую потерю тепла, в то же время вызывая иллюзию тепла. Дополнительным фактором является невозможность сконцентрировать внимание на признаках обморожения.

– Не курите на морозе – курение уменьшает микроциркуляцию крови, и таким образом делает конечности более уязвимыми.

– Носите свободную одежду – это способствует нормальной циркуляции крови. Одевайтесь как «капуста» – при этом между слоями одежды всегда есть прослойки воздуха, отлично удерживающие тепло. Верхняя одежда обязательно должна быть непромокаемой.

– Тесная обувь, отсутствие стельки, сырые грязные носки часто служат основной предпосылкой для появления потертостей и обморожения. Особое внимание уделять обуви необходимо тем, у кого часто потеют ноги. В сапоги нужно положить теплые стельки, а вместо хлопчатобумажных носков надеть шерстяные – они впитывают влагу, оставляя ноги сухими.

– Не выходите на мороз без варежек, шапки и шарфа. Лучший вариант – варежки из влагоотталкивающей и непродуваемой ткани с мехом внутри. Перчатки же из натуральных материалов хоть и удобны, но от мороза не спасают. Щеки и подбородок можно защитить шарфом. В ветреную холодную погоду перед выходом на улицу открытые участки тела смажьте специальным кремом.

– Не носите на морозе металлических (в том числе золотых, серебряных) украшений – колец, сережек и т.д. Во-первых, металл остывает гораздо быстрее тела до низких температур, вследствие чего возможно «прилипание» к коже с болевыми ощущениями и холодовыми травмами. Во-вторых, кольца на пальцах затрудняют нормальную циркуляцию крови. Вообще на морозе старайтесь избегать контакта голой кожи с металлом.

– Пользуйтесь помощью друга – следите за лицом друга, особенно за ушами, носом и щеками, за любыми заметными изменениями в цвете, а он или она будут следить за вашими.

– Не позволяйте обмороженному месту снова замерзнуть – это вызовет куда более значительные повреждения кожи.

– Не снимайте на морозе обувь с обмороженных конечностей – они распухнут, и вы не сможете снова одеть обувь. Необходимо как можно скорее дойти до теплого помещения. Если замерзли руки – попробуйте отогреть их под мышками.

– Вернувшись домой после длительной прогулки по морозу, обязательно убедитесь в отсутствии обморожений конечностей, спины, ушей, носа и т.д. Пущенное на самотек обморожение может привести к гангрене и последующей потере конечности.

– Как только на прогулке вы почувствовали переохлаждение или замерзание конечностей, необходимо

как можно скорее зайти в любое теплое место – магазин, кафе, подъезд – для согревания и осмотра потенциально уязвимых для обморожения мест.

– Если у вас заглохла машина вдали от населенного пункта или в незнакомой для вас местности, лучше оставаться в машине, вызвать помощь по телефону или ждать, пока по дороге пройдет другой автомобиль.

– Прячьтесь от ветра – вероятность обморожения на ветру значительно выше.

– Не мочите кожу – вода проводит тепло значительно лучше воздуха. Не выходите на мороз с влажными волосами после душа. Мокрую одежду и обувь (например, человек упал в воду) необходимо снять, вытереть воду, при возможности одеть в сухую и как можно быстрее доставить человека в тепло. В лесу необходимо разжечь костер, раздеться и высушить одежду, в течение этого времени энергично делая физические упражнения и греясь у огня.

– Бывает полезно на длительную прогулку на морозе захватить с собой пару сменных носков, варежек и термос с горячим чаем. Перед выходом на мороз надо поесть – вам может понадобиться энергия.

– Следует учитывать, что у детей терморегуляция организма еще не полностью настроена, а у пожилых людей и при некоторых болезнях эта функция бывает нарушена. Эти категории более подвержены переохлаждению и обморожениям, и это следует учитывать при планировании прогулки. Отпуская ребенка гулять в мороз на улице, помните, что ему желательно каждые 15–20 минут возвращаться в тепло и согреваться.

Наконец, помните, что лучший способ выйти из неприятного положения – это в него не попадать. Если вы не любите экстремальные ощущения, в сильный мороз старайтесь не выходить из дому без особой на то необходимости.

*Помните о животных!*

Собаки, как и люди, могут получить переохлаждение и обморожения. В экстремальных ситуациях им часто приходится рассчитывать только на помощь своего хозяина, потому что в некоторых ситуациях – например, в лесу на охоте – вряд ли можно встретить ветеринарного врача. Поэтому долг каждого владельца собаки – обладать необходимыми знаниями и навыками, чтобы суметь оказать помощь не только себе и товарищу, но и пострадавшей собаке. Надо быть внимательным к собаке, чтобы вовремя распознать заболевание и принять меры самому или обратиться к ветеринару.

При обморожениях первая помощь – скорейшее согревание. Пострадавший участок обтирают спиртом, водкой или марганцовкой и кладут согревающую повязку с ватой. Неплохо напоить собаку теплым свежесваренным сладким чаем.

**А.Л. Баранов,**  
**заведующий кафедрой скорой медицинской помощи**

## АРОМАТЕРАПИЯ

*Основные принципы ароматерапии:*

– *Комплексный подход к пациенту* – основной принцип ароматерапии. Сегодня никто не сомневается в том, что нет отдельно психических и соматических болезней. Нет такого заболевания, которое не сказалось бы на душевном состоянии пациента.

– *Принцип воздействия на собственные силы организма*. Ароматерапия предусматривает воздействие не только на причины и патологические изменения при заболеваниях, но и, прежде всего, призвана стимулировать, повышать защитные силы организма.

– *Принцип индивидуальности*. Всегда следует помнить, что биологически активные вещества ароматов действуют на человека через его психику, обоняние, душу, поэтому важно применять только приятные пациенту запахи.

– *Принцип разностороннего воздействия*. Аромат растений является комплексом различных биологически активных веществ, поэтому одни и те же ароматы могут использоваться для лечения нескольких заболеваний, и в то же время для лечения какого-то конкретного заболевания можно использовать различные эфирные масла.

Например, масло лаванды является одним из лучших антисептиков, но обладает также способностью оказывать седативный эффект, улучшать настроение, устранять усталость, депрессию, головную боль.

– *Принцип дозирования*. Следует помнить о чувстве меры: как бы ни понравился аромат пациенту, нельзя забывать о главной заповеди Гиппократов: «Не навреди!». Существенную роль в эффективности ароматерапии играет доза аромата. В ароматерапии не может быть шаблонов, а только схема.

*Основная задача* – подобрать индивидуальную комбинацию ароматов для каждого пациента. Часто меньшие дозы могут дать гораздо больший эффект, особенно если проблема носит эмоциональный или психический характер.

*Всегда следует помнить единое правило*: малые дозы эфирных масел являются стимуляторами, а большие угнетают жизненно важные процессы в организме. Больше – не всегда лучше.

– *Принцип определения длительности курса ароматерапии*. Продолжительность каждой процедуры и курса в целом различна. В каждом конкретном случае она определяется индивидуально, обусловлена как используемым средством ароматерапии, так и состоянием здоровья пациента.

*Дозировки:*

*Ингаляции* можно проводить ежедневно 1–2 раза в день в течение 7–10 дней.

*Ванны* 2–3 раза в неделю до прекращения симптомов заболевания, затем 1–2 раза в неделю с целью профилактики.

*Массаж* 1 раз в 2–3 дня, 10–32 процедур.

– *Принцип сочетания ароматерапии и других методов лечения*. Ароматерапия может использоваться как самостоятельно, так и в комплексе с другими нетрадиционными (психотерапия, рефлексотерапия, физиотерапия, массаж) и медикаментозными методами лечения. Эти методы взаимно усиливают действие друг друга.

Так, например, при совместном применении эфирных масел (лимон, лаванда, чайное дерево и др.) и антибиотиков бактерицидный эффект усиливается в 4–10 раз.

**Методы применения эфирных масел**

– *Аромалампы* – простейший способ применения эфирных масел в домашних условиях.

Емкость для испарения не должна быть слишком маленькой, иначе вода быстро испарится и масло начнет гореть. В аромалампу нужно налить теплую воду, добавить небольшое количество эфирного масла, после чего зажечь свечу.

Количество капель зависит от величины помещения: 2 капли эфирного масла на 5 м<sup>2</sup> площади.

За счет медленного подогревания воды идет постепенное насыщение воздуха ароматом. Вода не должна кипеть, иначе качество и действие аромата изменится. Проводить процедуру необходимо в проветренном помещении и при закрытых окнах и дверях. Запрещается оставлять горящую аромалампу без присмотра.

– *Ингаляции*. Вдыхается аромат масла непосредственно из флакона либо после нанесения на ткань.

Дыхание должно быть ровным и глубоким. Время ингаляций – 3–10 мин. Глаза желательно закрыть.

Молекулы эфирных масел, попадая на рефлексогенные зоны слизистой оболочки носа, вызывают импульсы, которые направляются в головной мозг и влияют на функционирование нервной системы, регулируют уровень выделения гормонов, повышают сопротивляемость организма инфекционным заболеваниям.

– *Ароматические ванны*. Сочетанное воздействие теплой воды и целебной силы ароматических масел. Эфирные масла соприкасаются с поверхностью всего тела. За счет высокой проникающей способности они быстро всасываются кожей, попадая в лимфатическую сеть и кровеносное русло. Эфирные масла оказывают воздействие на легкие, кишечник, почки, центральную и периферическую нервную системы.

*Методика*. В наполненную водой ванну нужной температуры нужно добавить необходимое количество эфирного масла, смешанного с эмульгатором. Эмульгаторы – это вещества, позволяющие эфирному маслу легче смешиваться с водой, например соль «Сан Актив». Для ароматических ванн в качестве растворителя можно использовать полстакана сливок, несколько столовых ложек морской соли или немного меда. Время процедуры – 10–15 мин. Увеличение времени ванны должно быть постепенным.

**Компрессы.** Вещества, содержащиеся в эфирных маслах, проникают через участок кожи, находящийся в прямой проекции к пораженному органу, попадают в лимфу и оказывают противовоспалительное, обезболивающее, спазмолитическое действие.

**Методика.** В воду (300–400 мл необходимой температуры) нужно добавить 5–7 капель эфирного масла, после чего следует погрузить в этот раствор хлопчатобумажную салфетку, слегка отжать ее, приложить на проекцию пораженного органа, прикрыть компрессной бумагой и закрепить сухой тканью. Время воздействия – 30–40 мин., пока компресс сохраняет тепло.

**Растирания.** Применяют при заболеваниях мышечной, нервной, соединительной тканях. Для приготовления масел для ухода за кожей тела или лица, для приготовления массажных масел используют растительные масла-основы или так называемые маслосенители. Обычно их получают путем холодного прессования из орехов, семян, косточек плодов и зерен. При использовании в качестве основы ароматической смеси очень важно, чтобы это были только натуральные растительные масла, обладающие самым высоким качеством. Например, абрикосовое масло – светло-желтое прозрачное масло без запаха, богато ценными незаменимыми жирными кислотами. Питает и обогащает кожу, глубоко проникая в нее. Не раздражает даже нежную кожу ребенка.

В 10 г функционального масла нужно добавить 10 капель эфирного масла, нанести на больное место и втирать сильными, энергичными движениями. Идеально в этом случае подходит масло 31 травы, тимьяна, розмарина, лаванды.

**Массаж.** Является одним из наиболее активных методов воздействия на организм. Обеспечивает быстрое проникновение ароматических веществ в лимфу и кровеносное русло, что дает эффект комплексного воздействия на организм. Помимо положительного действия на органы дыхания, кровообращения, центральную и периферическую нервную системы, происходит оздоровление печени, кишечника, и улучшается работа эндокринной системы.

**Методика.** Следует смешать 15–20 капель эфирного масла с 50 мл функционального масла и хорошо взболтать. Для детей достаточно 5–7 капель, для младенцев – одной. После этого проводится массаж по той схеме, которая соответствует состоянию здоровья.

#### **Как выбрать эфирные масла**

В настоящее время известно около 300 различных эфирных масел, которые при грамотном применении оказывают ярко выраженное лечебное действие и не имеют побочных эффектов.

Выбор масел и их комбинация зависят, прежде всего, от индивидуального вкуса. Кроме того, существует синергическое воздействие эфирных масел, когда масла в смеси усиливают действие друг друга.

Например, противовоспалительное действие ромашки усиливается при смешивании с лавандой. Обычно



масла растений из одного семейства хорошо сочетаются. Хорошо сочетаются между собой цветочные ароматы, также как древесные, бальзамические, цитрусовые масла, пряные и т.д. Некоторые масла – роза, жасмин, лаванда – усиливают действие почти любой смеси.

Большинство масел получают методом дистилляции. Растительный материал помещают в контейнер, а затем – либо кипятят в воде, либо подвергают воздействию пара под давлением. Во время этого процесса происходит изоляция летучих и нерастворимых веществ. Образующуюся смесь паров эфирного масла и воды конденсируют, и масляный слой отделяют.

#### **Синтетические эфирные масла**

Много ароматных масел, раньше получаемых из цветов, таких как, например, гвоздика, гардения, лилия, сейчас почти полностью производятся синтетически, они называются «природные копии». Большинство их получают из продуктов каменноугольной смолы. Синтетические масла имеют прекрасный запах, но не имеют терапевтических свойств, поэтому их нельзя применять в лечебных и косметических целях.

**Приобретая эфирное масло,** надо выбирать чистые эфирные масла, производимые солидными фирмами. Эти продукты не могут стоить дешево. Их получают исключительно натуральным путем, они не содержат химических добавок, имеют оригинальную упаковку и сертификат качества.

Известно, что масла французского или немецкого производства совершенны, но многие масла производят и у нас. И вовсе не обязательно, что наши товары окажутся хуже. Разница же в ценах колоссальная. Впрочем, и отечественная продукция три рубля стоить не может.

#### **Основные ароматические масла, применяемые при заболеваниях различных систем организма**

– Эфирные масла для ССС-мы: кедровое, кипарисовое, герани, лаванды, апельсиновое, мяты перечной, дикого розмарина, иланг-иланг.

– Эфирные масла для пищеварительной системы: Желудочная болезнь желудка и 12-п.кишки – кедр, мята перечная.

Желчекаменная болезнь – лаванда, розмарин, бес-  
смертник.

Желудочные спазмы – апельсин, лаванда, мята пере-  
чная, чайное дерево.

Икота – иланг-иланг.

Понос – кипарис, герань.

Запор – розмарин, апельсин.

– *Эндокринная система*: масло лаванды, мяты пере-  
чной.

– *Мышечная система*: кипарисовое, лаванды, апель-  
синовое, мяты перечной.

– *Нервная система*: герани, лаванды, апельсиновое,  
мяты перечной, дикого розмарина.

– *Дыхательная система*: кедровое, кипарисовое,  
эвкалиптовое, апельсиновое, мяты перечной, дикого  
розмарина, лаванды, лимонное.

– *Костная система*: эджилити, мяты перечной. *Вы-  
вихи* – компрессы с маслом лаванды, мяты перечной,  
чайного дерева.

– *Кожа*: кедровое, чайного дерева, эвкалиптовое,  
герани, лаванды. Ожоги, мелкие раны и ссадины – ла-  
ванда, чайное дерево (нанести неразбавленное масло  
на пораженную поверхность).

– *Мочеполовая система*: кедровое, чайного дерева,  
шалфейное.

– *Иммунная система*.

– *При иммунодефицитах* рекомендовано применять  
масло кедр, кипариса, эвкалипта, апельсиновое, мяты  
перечной, чайного дерева.

*При новообразованиях* рекомендовано применять  
герань, чайное дерево, кипарис.

*При раке* (для облегчения состояния) – эвкалипт,  
герань, кедр, кипарис.

Выявлен воспроизводимый радиозащитный эф-  
фект эфирных масел лаванды, эвкалипта в экспери-  
менте.

### **Меры предосторожности и противопоказания**

– Прежде чем использовать новое масло, необходи-  
мо ознакомиться с рекомендациями по его безопасному  
применению.

– *Во время беременности* ароматические масла  
следует использовать в концентрации в два раза мень-  
шей, чем обычно. При беременности в течение всего  
срока беременности не применять следующие эфирные  
масла: базилика, гвоздики, лавра камфорного, кедр,  
кориандра, корицы, лимонника китайского, майорана  
садового, можжевельника, петрушки, полыни обыкно-  
венной.

– *Если пациент страдает эпилепсией*, ему противо-  
показаны базилик, фенхель, розмарин и шалфей.

– *При повышенной свертываемости крови* противо-  
показаны эфирные масла базилика и кипариса.

– *При повышенном кровяном давлении* противопока-  
заны масла сосны, розмарина, шалфея и тимьяна.

– *После инфаркта и инсульта* не рекомендуются

эфирные масла базилика, кориандра, сосны, т.к. они  
способствуют повышению тромбинового индекса.

– Масло нероли нельзя применять одновременно с  
химиотерапевтическим лечением рака.

– *При заболеваниях почек* следует крайне осторожно  
применять можжевельник, сандаловое дерево и кори-  
андр.

– *При повышенной возбудимости нервной системы*  
не рекомендуется принимать масло гвоздики и шалфея.

– *Детям младше 6 лет* нельзя применять мятное  
масло, оно сильно действует на детскую кожу и вызывает  
бессонницу.

– Следующие эфирные масла могут вызвать *повы-  
шенную чувствительность к солнечным лучам*: бергамот  
и рута душистая (сильная чувствительность); тмин, ман-  
дарин, лимон, апельсин, вербена (средняя чувствитель-  
ность); кассия, кора коричневого дерева, грейпфрут, жи-  
молость, лавровый лист (умеренная чувствительность);  
трава укропа (слабая чувствительность).

– Прием *гомеопатических препаратов* несовместим  
с маслом черного перца, камфары, эвкалипта и мяты.

– *Масло шалфея мускатного* несовместимо с алкого-  
лем, т.к. способно усиливать эффект действия спиртного.

– *Сенсибилизирующие масла*: анис, лавр, кора  
и листья коричневого дерева, шалфей мускатный, семена  
укропа, фенхель горький, чистый фиговый лист, чистый  
жасмин, можжевельник, лавровый лист, лимон, чистая  
мимоза, апельсин, сосна, роза (в большой концентрации),  
мята курчавая, вербена (запрещена к использованию в  
косметике и парфюмерии).

– Все эти масла *вызывают различные кожные реакции*.  
Раздражение (наиболее частая реакция), покраснение в  
месте контакта масла с кожей, крапивница, крапивница с  
бронхиальной астмой, крапивница и анафилактический  
шок.

– *Канцерогенные масла*: аир тростниковый, сассаф-  
рас (сассафрас запрещен к применению в косметической  
и парфюмерной промышленности во всей Европе).

*Внимание! Некоторые масла нельзя применять без  
руководства опытного специалиста.*

Это такие масла как березовое, масло туи, гаультерии  
лежачей, горький миндаль, аир тростниковый, желтая  
камфара, полынь обыкновенная, горчичное масло, мята  
болотная, рута душистая, сассафрас, кустарниковая по-  
лынь, пижма и полынь горькая.

Перечисленные эфирные масла обладают опасными  
свойствами, экспериментировать с ними рискованно.

**Е.М. Карпунова, З.Д. Хайрутдинова,  
КГБУЗ «Городская больница № 7»,  
г. Комсомольск-на-Амуре**

фото : [www.healthylive.ru](http://www.healthylive.ru)

## **ТЕКУЩИЕ МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОЕКТЫ, КОНКУРСЫ, ГРАНТЫ, СТИПЕНДИИ**

### **Программа краткосрочных научных и образовательных стажировок в области современной электронной микроскопии (Институт органической химии им. Н.Д. Зелинского РАН и компания ИНТЕРЛАБ)**

Конечный срок подачи заявки: постоянно действующая программа).

Веб-сайт: <http://www.ioc.ac.ru/microscopy/program.html>

#### **О программе**

Институт органической химии им. Н.Д. Зелинского Российской академии наук и компания Интерлаб, являющаяся эксклюзивным дистрибьютором фирмы Hitachi High Technologies, иницируют программу краткосрочных научных и образовательных стажировок в области современной электронной микроскопии.

Целью данной программы является поддержка российских ученых, предоставление им возможности доступа к современным возможностям электронной микроскопии и микроанализа, публикация полученных результатов в отечественных и иностранных изданиях, а также стимулирование академической мобильности и коллективного использования научно-исследовательской инфраструктуры.

В рамках данной программы стажировок бесплатно предоставляется возможность доступа и обучения на современном научном оборудовании FE-SEM/STEM/EDS. Во время стажировки предоставляется уникальная возможность для исследования своих образцов. Результаты исследования могут быть использованы в научной и образовательной работе без ограничений.

Организационные расходы во время стажировки (дорога и проживание) могут покрываться при финансовой поддержке организаторов по результатам конкурса в рамках данного Положения.

Для реализации программы объявляется конкурс заявок на получение грантов для финансовой поддержки стажировок. Критерий оценки заявок на конкурсе:

- стимулирование высокоимпактных междисциплинарных проектов, направленных на достижение прорывных результатов;
- развитие навыков в достижении практически важных результатов в области естественных наук и материаловедения;
- предоставление возможности выполнить исследование методом электронной микроскопии для соискателей, не имеющих доступа к современному микроскопическому оборудованию.

#### **Сроки подачи заявок**

Прием заявок на получение гранта проводится непрерывно, начиная с 1 сентября 2013 года.

Сейчас принимаются заявки на стажировку на 2014 г.

Рассмотрение заявок осуществляется по мере поступления, оценка заявок осуществляется не реже, чем один раз в месяц. Конкретные сроки стажировки обсуждаются в индивидуальном порядке для поддержанных заявок. Председатель комиссии – член-корр. РАН Аналиков Валентин Павлович (ИОХ РАН).

#### **Положение о гранте:**

Грант учреждается для поддержки ученых высших учебных заведений и научно-исследовательских учреждений Российской Федерации с целью выполнения научной работы с использованием сканирующей электронной микроскопии и микроанализа.

Место проведения стажировки – Институт органической химии им. Н.Д. Зелинского РАН (ИОХ РАН), Ленинский пр. 47, Москва, 119991.

Рассмотрение заявок и выделение грантов осуществляется на конкурсной основе.

Соискателями могут быть магистранты, аспиранты, преподаватели ВУЗов, научные сотрудники исследовательских центров, участвующие в научной и преподавательской деятельности университета или института.

Оценка заявок на получение гранта будет проводиться с привлечением квалифицированных экспертов.

Заявка не должна содержать элементов государственной или коммерческой тайны. Содержание работ в рамках стажировки не может быть использовано в коммерческих целях.

Результаты работы в рамках стажировки будут использоваться исключительно в научно-образовательных целях и предназначены для опубликования в открытой печати.

Исследуемые образцы не должны содержать токсичных, взрывоопасных, пожароопасных и иных запрещенных к обращению компонентов.

В рамках гранта финансируются следующие расходы:

- Полная стоимость исследования методом электронной микроскопии и микроанализа.
- В рамках гранта возможна дополнительная поддержка организационных расходов:
  - Оплата проезда от места пребывания до места проведения стажировки (г. Москва) и обратно.
  - Оплата гостиницы до 2 суток на время прохождения стажировки.
  - Суточные.

Заявка должна быть написана на русском языке. Объем заявки – не более 5-ти страниц А4, поля – 2 см, шрифт – Times New Roman 12 pt, через один интервал. Содержание заявки согласно приведенной форме.

Заявка в электронном виде направляется на адрес [microscopy@ioc.ac.ru](mailto:microscopy@ioc.ac.ru) в указанные сроки. Формат файла заявки – pdf или doc (формат docx не принимается). Размер файла не более 50 Мб.

Результаты конкурса будут опубликованы на сайтах <http://www.interlab.ru/u> <http://www.ioc.ac.ru/microscopy/>

В заявке должна быть подпись соискателя и руководителя организации о согласии с Положением о грантах.

Заявки, оформленные с нарушением правил, не рассматриваются.

ФИО соискателя, название организации и тема работы могут быть приведены на веб-сайте. Остальная часть содержания заявок не разглашается. Экспертиза заявок проводится с соблюдением конфиденциальности, отзывы экспертов не разглашаются.

*Контактная информация:*

По всем вопросам, связанным со стажировкой, обращайтесь по адресу: [microscopy@ioc.ac.ru](mailto:microscopy@ioc.ac.ru)

### **Программа краткосрочных визитов иностранных ученых в Россию (Фонд «Династия»)**

Конечный срок подачи заявки: постоянно действующая программа.

*Веб-сайт:* <http://www.dynastyfdn.com/programs/education/visits>

Цель программы – содействовать включению российских физиков, математиков и биологов в международные научные контакты.

С этой целью организована система приглашений активно действующих иностранных ученых – физиков, математиков и биологов – с краткосрочными визитами для участия в научных семинарах в российских научных центрах. Под иностранным ученым понимается ученый любого гражданства, работающий на постоянной основе вне пределов Российской Федерации.

В программе могут участвовать все российские лаборатории и институты, работающие в области фундаментальной физики и математики, а также биологии.

Предполагается финансировать около 40 визитов в год.

Длительность одного визита – от нескольких дней до двух недель.

Проводит переговоры с приглашаемыми учеными и организует их приезд (после получения подтверждения о финансировании) сама научная группа, заинтересованная в организации визита.

Финансирование визита включает в себя: оплату транспортных расходов (авиабилетов класса АРЕХ и аналогичных), проживания в гостинице экономического класса и расходов per diem (об условиях покрытия расходов).

Каждая заявка проходит оценку параллельно несколькими экспертами по соответствующей научной области, код которой, в соответствие с рубрикаторм, обязательно должен быть указан в заявке.

Для экспертной работы по проекту привлечено около 140 физиков, математиков и биологов разных специальностей. Основой для отбора экспертов по физике являются списки и база данных проекта «Корпус экспертов».

Окончательное решение принимают координаторы программы, заявители получают информацию по e-mail не позднее, чем через 3 недели после получения заявки.

Рекомендуется направлять заявки не позднее, чем за 6 недель до начала предполагаемого визита.

*По всем вопросам можно обращаться к секретарю проекта Елизавете Крюковой по адресу: [science-visits@tscste.ru](mailto:science-visits@tscste.ru) или по тел.: +7(499)241-37-93 (по понедельникам, вторникам и четвергам после 13.00 по московскому времени).*

### **Грантовая программа Фонда имени В.И. Вернадского**

Конечный срок подачи заявки: постоянно действующая программа

*Веб-сайт:* <http://www.vernadsky.ru/projects-of-the-foundation/grant-program/>

Грантовая программа Фонда имени В.И. Вернадского предусматривает выделение грантов с целью оказания конкретной поддержки российским организациям в решении эколого-социальных проблем территорий с последующим отчетом об их использовании и представлением результатов работы.

Программа реализуется с целью практического внедрения проектов, разработок и идей, направленных на сохранение благоприятной окружающей среды, обеспечение экологической безопасности и максимально рационального использования природных ресурсов для здоровья и благополучия ныне живущих и будущих поколений.

Программа Фонда реализуется в следующих областях:

- научные исследования;
- опытно-конструкторские разработки;
- инновационные технологии;
- новейшие технические системы, направленные на охрану окружающей среды и рациональное освоение природных ресурсов;
- экологическое образование и воспитание.

Для участия в программе необходимо составить заявку на соискание гранта, в которой нужно дать описание проекта и его обоснование.

### **Стажировки Канадского совета по естественно-научным и инженерным исследованиям для приглашенных ученых с целью проведения исследований в рамках Программы канадских государственных лабораторий**

Конечный срок подачи заявки: постоянно действующая программа.

Веб-сайт: [www.nserc-crsng.gc.ca](http://www.nserc-crsng.gc.ca)

Стажер получает денежное вознаграждение в сумме \$ 47 234 в год. Стажировка рассчитана на один год с возможностью дальнейшего продления еще на два года.

*Что предоставляет данная программа?*

Стажировки в рамках Программы канадских государственных лабораторий предоставляют молодым талантливым ученым и инженерам возможность работы в исследовательских группах или под непосредственным руководством именитых ученых в канадских государственных лабораториях и исследовательских институтах. Данная стажировка предоставляется сроком на один год с возможностью продления на второй и третий годы, на усмотрение соответствующего государственного подразделения.

Количество выделяемых стажировок варьируется в зависимости от бюджетных возможностей участвующих в Программе государственных подразделений и ведомств.

*Конечный срок подачи заявок:*

Конечного срока подачи заявок не существует. Заявки обрабатываются и рассматриваются по мере поступления.

*Порядок рассмотрения и критерии отбора:*

Отборочные комиссии, назначенные отдельными ведомствами, будут отвечать за предварительный отбор претендентов, рекомендуя только наиболее заслуженных претендентов, имена которых будут внесены в список одобренных кандидатов на получение стажировки для проведения исследований в канадских государственных лабораториях. Канадский совет по естественнонаучным и инженерным исследованиям уведомит кандидатов о своем решении внести их фамилии в список одобренных кандидатур приблизительно через три месяца после получения всех необходимых заявочных документов.

Обращаем ваше внимание на то, что внесение фамилии в список отобранных кандидатур не гарантирует получения стажировки; это всего лишь изначальное условие процесса отбора.

Одобренные кандидатуры на получение стажировки будут выбираться конкретными государственными подразделениями. Успешные кандидаты получают уведомление от Канадского совета по естественнонаучным и инженерным исследованиям либо от заинтересованного государственного подразделения. Фамилии одобренных кандидатов будут находиться в списке в течение календарного года либо до момента получения стажировки.

Отборочная комиссия будет оценивать кандидатов исходя из следующих критериев:

- научные результаты;
- имеющиеся стипендии и премии кандидата;
- продолжительность проведения предыдущих исследований;

– способность к проведению исследований или научный потенциал;

– ценность проводимых научных исследований;

– соответствующий опыт работы и академическое образование;

– критическое мышление, способность к критическому осмыслению и анализу;

– способность практического применения навыков и знаний;

– аргументированность, новизна и заинтересованность;

– инициатива и автономия;

– высокая мотивация в проведении исследования;

– способность завершения исследовательской работы в отведенный промежуток времени;

– коммуникативные способности;

– способность или потенциал ясного и логического изложения научных понятий как в письменной, так и в устной формах (например, качество представленной заявки, участие в подготовке к публикациям, специальные премии за устные презентации или работы);

– способность работы с людьми и способность к руководящей работе;

– профессиональная и внеаудиторная деятельность и сотрудничество (например, наставничество, обучение, опыт работы научным руководителем, управление проектом, руководство комитетом, организация конференции/встречи и имеющиеся выборные должности);

– аргументация получения стажировки;

– потенциальная выгода для принимающего государственного подразделения.

На получение данной стажировки могут претендовать заявители, имеющие степень Ph. D. (кандидата наук), полученную в признаваемом университете в течение последних пяти лет. Ваша заявка также будет принята, если вы зачислены в аспирантуру признаваемого университета и до сих пор обучаетесь в ней, однако ожидается, что в течение шести месяцев после подачи заявки Вы защитите диссертацию.

Несмотря на то, что не существует каких-либо ограничений по национальному признаку, две трети стажировок будут выделены канадским гражданам. Иностранные граждане, получившие одобрение на прохождение данной стажировки, должны удовлетворять требованиям канадских иммиграционных служб.

Стажировка в Министерстве национальной обороны предназначена только для граждан Канады.

**Информация предоставлена внештатным  
сотрудником по научной деятельности ИПКСЗ  
Козловым А.В.**



\* \* \*

Мне 92 года. Я участник двух войн – Великой Отечественной и с японскими милитаристами. Инвалид после тяжелого ранения.

Моя жизнь насыщена отдельными запоминающимися событиями. Адскими трудностями военных лет и удивительным добродушием моих дорогих боевых спутников – братьев и сестер, братство с которыми скреплено кровью за Победу.

Очень быстро пролетели 68 мирных лет. Участие в войнах отразилось на здоровье. Вынужден был обратиться в стоматологическую клинику Института повышения квалификации специалистов здравоохранения Хабаровского края. Проблема моя была решена, и я очень благодарен заведующему ортопедическим отделением **Вячеславу Михайловичу Дьячкову** и врачу стоматологу-ортопеду **Антону Валерьевичу Брежневу** за чуткое и внимательное отношение, доброту, высокий профессионализм. Спасибо вам большое!

В. Верещанин

\* \* \*

Выражаем благодарность ассистенту кафедры реабилитологии и немедикаментозных методов лечения **Кузьмичевой Наталье Ефимовне** за интересные и познавательные лекции, неординарный подход к изложению материала, душевную щедрость, педагогическое мастерство.

Слушатели цикла «Физиотерапия и курортология»

\* \* \*

Выражаем благодарность куратору цикла **Носову Сергею Ивановичу**. Под его руководством четко и грамотно организованы занятия по оториноларингологии. На практических занятиях были представлены интересные и неординарные случаи из практики с пациентами, проводилось обсуждение тактики лечения больных с ЛОР-патологией.

В процессе занятий также были представлены современные виды лечения и новые лекарственные средства в практике врача.

Благодарим Сергея Ивановича за высокий профессионализм и грамотное ведение учебного процесса.

Слушатели цикла «Оториноларингология»



## КОНКУРС

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края объявляет конкурс на замещение должностей профессорско-преподавательского состава:

1. Старший преподаватель кафедры фармации – 1 ставка;
2. Ассистент кафедры нервных болезней, нейрохирургии и психиатрии – 1 ставка;
3. Ассистент кафедры сестринского дела – 1 ставка;
4. Ассистент кафедры сестринского дела в педиатрии – 1 ставка.

Срок подачи заявления для участия в выборах и конкурсном отборе – один месяц со дня опубликования объявления.

Место подачи заявления – 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская 9, кабинет 103 (общий отдел).



# XIII МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА – ОСНОВА СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»



20 – 22 МАЯ 2014  
ИПКСЗ  
ХАБАРОВСК



## ПЛАНИРУЕМЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Пленарные и секционные заседания, научно-практические конференции, семинары, школы, круглые столы, мастер-классы, на которых будут обсуждаться следующие проблемы:

- современные технологии ранней диагностики и лечения заболеваний;
- эпидемиология и комплексная профилактика социально значимых заболеваний: сердечно-сосудистых, онкологических, туберкулеза;
- профилактика материнской и младенческой заболеваемости и смертности;
- профилактика и лечение дорожно-транспортного травматизма;
- формирование здорового образа жизни и диспансеризация населения;
- рекреационная и восстановительная медицина;
- организация оказания паллиативной медицинской помощи;
- охрана окружающей среды и здоровье человека;
- организация системы здравоохранения и региональные особенности ее развития;
- непрерывное профессиональное образование медицинских и фармацевтических кадров.

## ОРГАНИЗАТОРЫ:

Министерство здравоохранения Хабаровского края

и Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения

**В РАМКАХ КОНГРЕССА СОСТОИТСЯ КОНКУРС МОЛОДЫХ  
УЧЕНЫХ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ И ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ  
В ВОЗРАСТЕ ДО 35 ЛЕТ** По вопросам участия: +7 (4212) 72-87-37

## ЗАЯВКА

на доклад, сообщение, постерный доклад, на конкурс молодых ученых

|                                             |                        |
|---------------------------------------------|------------------------|
| Секция                                      |                        |
| ФИО                                         |                        |
| Название и продолжительность доклада        |                        |
| Место работы                                | Должность              |
| Дата рождения (для конкурса молодых ученых) | Ученая степень, звание |
| Адрес                                       | Контактный телефон     |

## ПУБЛИКАЦИЯ ТЕЗИСОВ ДОКЛАДОВ

Текст объемом **не более 2500 знаков** должен содержать разделы: цель работы, материалы и методы, результаты, выводы. Обязательно резюме на английском языке на отдельном листе. Помещение таблиц, рисунков, графиков не допускается. Тезисы с копией квитанции и сопроводительным письмом предоставляются в виде распечатки и на электронном носителе как документ MS Word, файл должен быть назван фамилией первого автора. Размещение на листе: 1-я строка – название; 2-я строка – фамилия, имя, отчество автора полностью, номер телефона для связи; 3-я строка – учреждение, кафедра (лаборатория), город; 4-я строка – текст тезисов с красной строки. **Стоимость публикации тезисов 400 рублей** (в том числе НДС 18 % – 61,03 рубля). Квитанция на обороте. **Публикация тезисов докладов участников конкурса молодых ученых и от учреждений министерства здравоохранения Хабаровского края бесплатна. ТЕЗИСЫ НЕ БУДУТ ПРИНЯТЫ К ПУБЛИКАЦИИ, ЕСЛИ: НЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ В ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ; НЕ СООТВЕТСТВУЮТ ТЕМАТИКЕ КОНГРЕССА; ОФОРМЛЕНЫ С НАРУШЕНИЕМ ТРЕБОВАНИЙ; ПРИСЛАНЫ ПОЗЖЕ УСТАНОВЛЕННОГО СРОКА.** По вопросам публикации: +7 (4212) 72-87-15, доб. 163; rec@ipksz.khv.ru

## СРОК ПОДАЧИ

- заявок на доклады, сообщения, постерные доклады;
- заявок на конкурс молодых ученых;
- тезисов докладов

**15 АПРЕЛЯ 2014**

## РЕКЛАМНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

### Выставки

Представьте вашу продукцию и услуги целевой аудитории – врачам, фармацевтам, среднему медицинскому персоналу и руководителям медицинских учреждений. Приглашаем к участию производителей фармацевтической продукции, медицинской техники, биотехнологий, учреждения здравоохранения. По вопросам заключения договоров: +7 (4212) 27-25-09

### Реклама в сборнике материалов конгресса

По вопросам заключения договоров:  
+7 (4212) 27-25-09;  
+7 (4212) 72-87-15, доб. 163

## ОБЩЕЖИТИЕ ИПКСЗ

предлагает к услугам гостей города двух- и трехместные номера; комфортабельные люксы; тренажерный зал. По вопросам бронирования мест и проживания: +7 (4212) 27-24-64

АДРЕС ОРГКОМИТЕТА:  
680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9

ТЕЛ.: +7 (4212) 72-87-15; 72-87-37  
E-MAIL: rec@ipksz.khv.ru  
nauch2@ipksz.khv.ru

**www.ipksz.ru**

# Поздравляем с Днём рождения!

АНДРЕЕВУ ИРИНУ ВИКТОРОВНУ

БАРАНОВА АЛЕКСАНДРА ЛЕОНИДОВИЧА

БЕЗОТЕЦКУЮ ИРИНУ ПЕТРОВНУ

ВАВРИНЧУКА СЕРГЕЯ АНДРЕЕВИЧА

ВИТЮК ОЛЬГУ АЛЕКСАНДРОВНУ

ГОРЯЧЕВУ ЕКАТЕРИНУ АЛЕКСЕЕВНУ

ДЬЯЧКОВА ВЯЧЕСЛАВА МИХАЙЛОВИЧА

ЗАДНЕПРОВСКУЮ ВЕРУ ВИКТОРОВНУ

ИВАНОВУ НАТАЛЬЮ ВАЛЕНТИНОВНУ

КИРЮШЕНКО АНАСТАСИЮ ВАСИЛЬЕВНУ

КЛИМОВСКИХ ТАТЬЯНУ ЛЕОНИДОВНУ

ЛИ ТАТЬЯНУ ГЕННАДЬЕВНУ

ЛИХАНОВУ ОЛЕСЮ НИКОЛАЕВНУ

ЛОЗОВИЦКУЮ ИРИНУ НИКОЛАЕВНУ

ЛУЗЬЯНИНУ ГАЛИНУ АНДРЕЕВНУ

МАКСИМОВУ ТАТЬЯНУ СЕРГЕЕВНУ

МИХАЙЛЮКОВА ВЛАДИМИРА ВАСИЛЬЕВИЧА

МУХОВИКОВА МАКСИМА СЕРГЕЕВИЧА

ОСТРОВЕРХОВУ НАТАЛЬЮ ВЛАДИМИРОВНУ

ПАК ЛЮДМИЛУ СТЕПАНОВНУ

ПАРШИНУ ТАТЬЯНУ АНДРЕЕВНУ

ПЕРЕСЛАВЦЕВУ ЕЛЕНУ ГЕННАДЬЕВНУ

РЕВЯКИНУ АННУ ВАСИЛЬЕВНУ

РОНЬЖИНУ ЛЮДМИЛУ ДЕОНИСОВНУ

РЯБОКОНЬ ЛЮДМИЛУ ЛАВРЕНТЬЕВНУ

СЕРКО АЛЁНУ СЕРГЕЕВНУ

СИНЬКОВСКУЮ ЛЮДМИЛУ ИВАНОВНУ

СИТКОВУ АННУ ЮРЬЕВНУ

СКВОРЦОВУ ВАЛЕНТИНУ РАХИМОВНУ

СКЛЯРОВА СЕРГЕЯ ДМИТРИЕВИЧА

СОЛОВЬЕВУ МАРИНУ АНАТОЛЬЕВНУ

СПИРИДОНОВУ ЛЮБОВЬ СЕРГЕЕВНУ

СУХОТИНА СТАНИСЛАВА КОНСТАНТИНОВИЧА

СУХОТИНУ НИНУ ВАСИЛЬЕВНУ

ФИЛИППОВУ ВАЛЕНТИНУ ВАСИЛЬЕВНУ

ХМЕЛЕВСКУЮ ОКСАНУ ГЕННАДЬЕВНУ

ХОН ЕЛИЗАВЕТУ РОБЕРТОВНУ

ЧЕРЕПОВУ НАТАЛЬЮ ПЕТРОВНУ

ШЕЛЕПОВУ ЛЮДМИЛУ АЛЕКСАНДРОВНУ

ШУЛЯЦКУЮ ВАЛЕНТИНУ ВЛАДИМИРОВНУ

## Здоровья, радости и счастья!

Ежемесячное информ. издание «Alma Mater»  
Учредитель: ученый совет ИПКСЗ  
Гл. редактор: д-р мед. наук К.В. Жмеренецкий  
Ответственный секретарь: Е.Г. Вожжова

Редактор: А.Г. Савочкина  
Художественный редактор: О.Ф. Вальченко  
Корректор: А.Г. Савочкина  
Тираж 100 экз.

Отпечатано: редакционно-изд. центр ИПКСЗ  
Адрес редакции: 680009, г. Хабаровск,  
ул. Краснодарская, 9. Тел. / факс: 72-87-15  
E-mail: rec@ipkszh.khv.ru