

# ALMA MATER

Издание ученого совета Института повышения квалификации специалистов здравоохранения

Выходит с 2002 г.

№ 7 (117) 20 августа 2013 г.



*Уважаемые слушатели,  
преподаватели и сотрудники!*

*Поздравляю вас с Днем знаний  
и началом нового учебного года!*

*XXI век — это век новых технологий, инноваций, модернизаций. Без глубоких знаний и навыков сегодня трудно занять достойное место в обществе.*

*Поэтому традиционно отмечаемый первого сентября День знаний для всего коллектива нашего образовательного учреждения значит намного больше, нежели просто праздник. Каждый раз, вот уже на протяжении двенадцати лет, мы с оптимизмом ждем этот день, который распахивает двери в необыкновенную страну знаний.*

*В Институте повышения квалификации специалистов здравоохранения, инновационном, устремленном в будущее, комфортном и уютном, созданы все возможности для учебы и работы. Образовательные технологии ИПКСЗ прошли испытание временем, их уровень неуклонно растет. В институт идут за знаниями и опытом, позволяющими достойно зарекомендовать себя в профессиональной жизни. Учиться и учить — это большой труд. Я желаю, чтобы союз преподавателей и курсантов оставался прочным и творческим. Желаю слушателям высоких достижений в учении, интересных лекций, талантливых преподавателей. Но при этом не стоит забывать, что только упорный труд, самоотдача и сильная воля помогут в достижении вершин учения, чтобы стать грамотными специалистами, настоящими профессионалами своего дела. Преподавателям желаю творческих успехов, научных открытий, благополучия и здоровья!*

*Счастья всем, удачи и успехов в новом учебном году!*

*Ректор, заслуженный врач РФ,  
д.м.н., профессор  
Г.В. Чижова*



# 8

сентября 2013 года

# ВЫБОРЫ

## Губернатора Хабаровского края

### Выберем достойного!

#### ПАМЯТЬ В ДАТАХ

#### СЕНТЯБРЬ

*В сентябре одна ягода и та – горькая рябина.  
В сентябре шуба за кафтаном тянется.  
Батюшка-сентябрь не любит баловать.*

#### В сентябре исполняется:

- 1035 лет назад родился покровитель книжного дела, создатель первой библиотеки Древней Руси Ярослав Мудрый (978 г.).
- 25 лет российскому Интернету (начал функционировать в 1988 г.).

#### 1 сентября

День знаний  
50 лет назад в Хабаровске открылась Стоматологическая поликлиника № 18 (1963)  
День работников нефтяной, газовой и топливной промышленности

#### 2 сентября

День воинской славы России – день окончания Второй мировой войны

#### 3 сентября

130 лет со дня смерти русского писателя Ивана Сергеевича Тургенева (1818–1883)  
День солидарности в борьбе с терроризмом

#### 5–10 сентября (23–28 августа)

100 лет назад в г. Хабаровске состоялся Первый краевой съезд врачей Приамурского края, созванный по инициативе Хабаровского медицинского общества (1913)

#### 7 сентября

Международный день уничтожения военной игрушки

#### 8 сентября

Международный день распространения грамотности  
Международный день солидарности журналистов  
День финансиста  
90 лет со дня рождения аварского поэта, народного поэта Дагестана Расула Гамзатовича Гамзатова (1923–2003)  
День воинской славы России – Бородинское сражение русской армии с французской армией (1812)

#### 9 сентября

185 лет со дня рождения выдающегося русского писателя Льва Николаевича Толстого (1828–1910)  
95 лет со дня рождения поэта и переводчика Бориса Владимировича Заходера (1918–2000)  
День памяти жертв фашизма  
Всемирный день красоты (день косметолога)

#### 10 сентября

Всемирный день предотвращения самоубийств

#### 11 сентября

День воинской славы России – День победы русской эскадры над турками у мыса Тендра (1790)

#### 12 сентября

День программиста  
80 лет со дня рождения советской и российской актрисы театра и кино, народной артистки СССР Татьяны Васильевны Дорониной (1933)

#### 14 сентября

Всемирный день оказания первой медицинской помощи

#### 15 сентября

Международный день демократии  
День работников леса  
День всемирной борьбы с лимфомами  
90 лет со дня рождения советского и российского поэта-песенника Михаила Исаевича Танича (1923–2008)

#### 15–17 сентября

Российские Дни леса

#### 15 сентября – 15 октября

Месячник охраны природы

#### 16 сентября

Международный день охраны озонового слоя

#### 18 сентября

День HR-менеджера

#### 19 сентября

60 лет со дня рождения писательницы Дины Ильиничны Рубиной (1953)

#### 21 сентября

Международный день мира  
День воинской славы России – День победы русских полков над монголо-татарскими войсками в Куликовской битве (1380)

#### 22 сентября

Всемирный День без автомобилей

#### 23 сентября

Всемирный день борьбы с раком груди

#### 26 сентября

Всемирный день контрацепции  
70 лет со дня рождения хабаровского журналиста, члена Союза писателей России Юрия Васильевича Ефименко (1943)

27 сентября

Всемирный день туризма  
День воспитателя и всех дошкольных работников

28 сентября

Международный день правовых знаний  
105 лет со дня рождения советского писателя, литературоведа Ираклия Луарсавича Андроникова (1908–1990)  
Всемирный день борьбы с бешенством

День работника атомной промышленности

29 сентября

Всемирный день сердца  
День отоларинголога  
Международный день глухонемых

30 сентября

Всемирный день моря

## ОКТАБРЬ

В октябре с солнцем распрощайся, ближе к печке подбирайся  
Октябрь венчает белый снег с великой грязью

## В октябре исполняется:

- 160 лет назад русский мореплаватель Г.И. Невельской поднял русский флаг на острове Сахалин (1853).
- 115 лет назад впервые в г. Хабаровске появилось электрическое освещение (1898).
- 80 лет со дня выпуска первой продукции Хабаровским авторемонтным заводом, ныне ОАО «Дальэнергомаш» (1933).
- 80 лет со дня выхода в г. Хабаровске первого номера альманаха «На рубеже», ныне региональный литературный журнал «Дальний Восток» (1933).
- 10 лет со дня сдачи в эксплуатацию в г. Хабаровске первой очереди Хабаровского краевого клинического центра онкологии (2003).
- 5 лет со дня сдачи в эксплуатацию в г. Хабаровске нового акушерского корпуса Перинатального центра (2008).

1 октября

Международный день пожилых людей (день геронтолога)  
День сухопутных войск  
Международный день музыки  
60 лет со дня основания Родильного дома № 2 г. Комсомольска-на-Амуре (1953)

2 октября

Международный день социального педагога  
Всемирный день стомированных пациентов (день уролога)  
70 лет доктору медицинских наук, профессору, врачу-офтальмологу высшей квалификации Галине Петровне Смоляковой (1943)

3 октября

День космических войск

4 октября

Всемирный день защиты животных  
Всемирный день улыбки

4 октября (22 сентября)

170 лет со дня рождения военного и государственного деятеля, генерал-губернатора Приамурского края (1898–1902), почетного гражданина г. Хабаровска Николая Ивановича Гродекова (1843–1913)

5 октября

Международный день учителя  
70 лет со дня рождения русской актрисы Инны Михайловны Чуриковой (1943)

6 октября

Всемирный день охраны мест обитаний

7 октября

Международный день врача  
Всемирный день архитектуры  
Начнется несение Олимпийского огня по России в преддверии Олимпийских игр в Сочи

8 октября

Международный день борьбы с природными катастрофами и катаклизмами

9 октября

Всемирный день почты  
65 лет доктору медицинских наук, профессору, академику РАМН Анатолию Ивановичу Вялкову (1948). Возглавлял здравоохранение Хабаровского края в 1987–1996 гг.

10 октября

Всемирный день психического здоровья (день психолога)

Всемирный день защиты зрения

11 октября

105 лет со дня рождения доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача РСФСР Григория Семёновича Постола (1908–1985)

12 октября

Международный день по уменьшению опасности стихийных бедствий

Всемирный день борьбы с артритом

Всемирный день хосписной и паллиативной помощи  
День отечественной гомеопатии

13 октября

Международный день по уменьшению опасности бедствий  
80 лет со дня рождения режиссера театра и кино, сценариста, народного артиста СССР Марка Анатольевича Захарова (1933)

14 октября

День работников государственных природных заповедников  
Международный день стандартизации  
Всемирный день спирометрии и легочного здоровья  
День Покрова Пресвятой Богородицы

15 октября

Международный день сельских женщин  
Международный день белой трости (день слепых)  
10 лет со дня сдачи в эксплуатацию в г. Вяземском первой очереди Вяземского больничного комплекса (2003)

16 октября

Всемирный день продовольствия  
Всемирный день анестезиолога  
10 лет назад состоялось торжественное открытие после реконструкции диагностического центра ККБ № 1 им. проф. С.И. Сергеева (2003)

17 октября

Международный день борьбы за ликвидацию нищеты

18 октября

Международный день менопаузы

20 октября

75 лет со дня образования Хабаровского края (1938)  
Всемирный день профилактики остеопороза

23 октября

Всероссийский день работников рекламы

24 октября

День Организации Объединенных Наций

28 октября

Международный день анимации

29 октября

Международный день псориаза

30 октября

День памяти жертв политических репрессий

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

## ЭТО АКТУАЛЬНО

## Гастарбайтеров застрахуют

Минтруд России предлагает запретить работодателям нанимать трудовых мигрантов без полиса добровольного медицинского страхования (ДМС). Такие поправки в Трудовой кодекс ведомство согласовало с Федерацией независимых профсоюзов России и Российским союзом промышленников и предпринимателей, сообщила пресс-служба Минтруда, они поддержаны Минздравом, МИДом, Минрегионами, Минэкономразвития, Минфином, ФМС и ФОМС.

Предусмотренное для россиян обязательное медицинское страхование не распространяется на иностранцев, работающих в России. Медобслуживание им приходится оплачивать самостоятельно за счет работодателя или государства. При этом медики не имеют права отказывать в помощи тем, кто не купил страховку. Полгода назад заместитель мэра Москвы по социальной политике Леонид Печатников жаловался, что столица ежегодно теряет из-за этого 4,5 млрд руб. Он предлагал создать специальный муниципальный фонд, в который работодатели отчисляли бы ежемесячно по 1000 руб. за каждого работающего у них гастарбайтера.

Минтруд решил проблему иначе: законопроект обязывает мигрантов предъявлять при заключении трудового договора с российским работодателем договор

ДМС. В итоговой версии законопроекта обязанность по оплате полиса лежит на работнике, а работодатель может взять на себя эти расходы по желанию.

По расчетам Минтруда, средняя стоимость полиса ДМС трудовых мигрантов будет варьироваться от 500 до 12 000 руб., а в то, что это будут делать их работодатели, которые и сейчас в подавляющем большинстве случаев не заключают с ними договоров, верится с большим трудом. Такой продукт для страховых компаний будет малопривлекателен.

Наиболее вероятной представляется схема, в которой работодатель будет оплачивать полис, вычитая при этом его стоимость из зарплаты работника. Нововведение косвенно скажется на зарплатах мигрантов – они вырастут, но не сравняются с зарплатами россиян на тех же позициях. Нанимать иностранцев на низкоквалифицированные работы будет по-прежнему выгоднее, чем россиян, и на рынок труда новый закон существенно не повлияет.

Medportal.ru, «Ведомости»

## СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАРАЗИТОЗОВ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ПАРАЗИТОЛОГИИ

*Современный интерес к паразитарным болезням определяется широким спектром экзотических стран, которые стали доступны для посещения нашими соотечественниками и в которых возможно заражение многими паразитами.*

Возрос интерес к диагностике паразитозов как со стороны самих туристов, так и со стороны медицинских работников, а также со стороны предприимчивых людей, желающих просто обогатиться за счет представившейся возможности. Так, например, в России и многих странах СНГ широкое распространение получили различные «центры оздоровления», в которых пациентам предлагают пройти обследование методом **гемосканирования**. Метод заключается в том, что под микроскопом в присутствии пациента исследуется препарат «раздавленной» капли крови. При этом изображение препарата крови с помощью видеокамеры выводится на монитор, и пациент имеет уникальную возможность видеть свои клетки и в процессе исследования, получая важнейшую для него информацию. Но какую информацию может получить человек, впервые в своей жизни увидевший под микроскопом собственные эритроциты? Ответ один – никакой! Но это не мешает «специалисту», проводящему исследование, показать пациенту на мониторе массу «паразитов» (!), которые якобы обитают в его крови. Безусловно, человек, далекий от медицины, которому на мониторе предьявляют «живого паразита», всему этому верит. Однако при ближайшем рассмотрении эти «паразиты» оказываются всего лишь деформированными и/или частично разрушенными клетками крови, пылинками, пылевыми зёрнами растений, волосками животного – объектами растительного или искусственного происхождения.

Среди прочих околонучных методов паразитологической диагностики следует отметить «метод копрогистологии». По мнению авторов, это «информативная и эффективная методика выявления яиц, личинок, половозрелых гельминтов и их фрагментов», позволяющая «определить других паразитов (лямблий, трихомонад, грибов и др.)». Они утверждают, что обычная копроовоскопия (даже с использованием методов обогащения) никогда не позволит выявить в человеческом кале

мириадии, спорозиты и метацикории сосальщиков, а копрогистология с легкостью выявляет эти стадии развития трематод. Похоже, авторы метода совсем забыли азы биологии беспозвоночных, поскольку известно, что все вышеперечисленные стадии трематод в организме человека не обитают и в кале могут обнаруживаться разве только в случаях, когда человек придерживается диеты и употребляет в пищу только улиток!

Широкое распространение в стране получила диагностика на основе **метода Фолля и его модификации** (Вега-тест, биорезонансная диагностика и пр.). В основу метода положен никем не подтвержденный постулат, что якобы каждое живое существо (например, паразит) обладает индивидуальными, присущими только ему «волновыми характеристиками», которые, с одной стороны, можно выявить из «общих излучений» организма хозяина, а с другой стороны, использовать их для уничтожения самого паразита.

Официальная медицина многих стран давно признала такие исследования шарлатанскими, а в некоторых странах метод Фолля и его модификации и вовсе запрещены в законодательном порядке. Так, в США еще в 2000 г. FDA (US Food and Drug Administration) приняло постановление о полном запрете продажи всех приборов данного типа, а в 2001 г. – о полном запрете использования данных приборов в медицине.

С 2002 г. в США существует практика судебных решений о лишении медицинских лицензий врачей, использующих приборы этого типа для диагностики и лечения пациентов. Аналогичные законодательные акты в эти же годы были приняты в Канаде, Австралии и большинстве европейских стран.

Вся лживость данных методов становится очевидной в случаях, когда пациенту устанавливается целый букет тропических паразитозов (вухерериоз, лоаоз, онхоцеркоз, шистосомоз и др.), при этом человек никогда не бывал в странах с жарким климатом, а при специальном

обследовании у него не удается выявить ни одного клинического симптома, который сопутствует «выявленным» заболеваниям. Также оказываются отрицательными и результаты лабораторных исследований. Известны случаи, когда пациент получал заключение о том, что в его организме обитает более 10 паразитов, в т.ч. аскариды, стронгилоиды, энтеробиусы, гименолеписы, дипилидиумы, дифиллоботриумы, тении, лептоспиры, криптоспоридии, хламидии, трихомонады и лямблии, а также эхинококк – под вопросом...

К подобным **псевдонаучным методам диагностики паразитозов** следует также отнести «метод определения токсинов паразитов в кристаллизованной амилазе слюны», «метод пульс-содиагностики». Нередки случаи, когда после прохождения подобных обследований и получения заключения о том, что организм просто кишит различными паразитами, человек верит в это и начинает связывать любое недомогание, появление любого симптома с обитающими в нем «паразитами». Такие лица зачастую назначают сами себе лечение, при этом используют одновременно различные противопаразитарные препараты, нередко в дозах, превышающих максимально допустимые, чем наносят существенный вред своему здоровью. Подобные обследования служат фундаментом для развития паразитарных фобий, а иногда и психозов. Немаловажным следствием всего этого является дискредитация методов традиционной медицины.

В связи с этим существует необходимость в современных высокочувствительных методах мониторинга паразитарных заболеваний (лабораторной диагностике паразитозов, мониторинге лекарственной устойчивости возбудителей, контроле эффективности лечения и др.).

В настоящее время диагностика паразитарных болезней часто основывается на выявлении цист простейших и яиц гельминтов микроскопическими методами. В последние годы расширился спектр иммунологических методов диагностики паразитозов. В зависимости от локализации возбудителя материалом для исследования могут служить кровь, мокрота, испражнения, образцы тканей (биоптаты), спинномозговая жидкость и др. При некоторых паразитарных болезнях используют метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) для идентификации ДНК паразита в биологических материалах. ПЦР в настоящее время является одним из наиболее важных диагностических инструментов исследования геномов возбудителей инфекционных и паразитарных заболеваний. В сравнении с традиционными методами диагностики ПЦР обладает более высокой чувствительностью, специфичностью и позволяет проводить прямое определение микроорганизма непосредственно в клиническом материале без получения чистой культуры возбудителя, что снижает трудозатраты. Такой подход является наиболее информативным при диагностике внутриклеточных паразитов (малярия, лейшманиозы, токсоплазмоз и др.).

Широкое внедрение метода ПЦР в клиническую лабораторную диагностику требует повышения уровня

информированности медицинских работников о теоретических основах и возможностях современных методических подходов и интерпретации полученных результатов.

Внедрению ПЦР-диагностики паразитозов в практику может способствовать существование ПЦР-лабораторий в крупных медицинских центрах, осуществляющих ПЦР-диагностику возбудителей ряда инфекционных болезней: вирусов гепатита, иммунодефицита человека, микоплазм и др. Диагностика паразитозов не потребует специальной подготовки персонала, а имеющиеся стандартные наборы реактивов должны быть дополнены лишь специально синтезированными праймерами.

Ограничения применения метода ПЦР при рутинной диагностике паразитозов связаны со сложным жизненным циклом паразитов, когда паразит на разных стадиях жизненного цикла изменяет свою локализацию в организме хозяина и невозможно определить, какой материал оптимально пригоден для исследования.

С учетом специфики паразитарных болезней можно выделить следующие перспективные направления применения метода ПЦР в паразитологии:

- рутинная диагностика токсоплазмоза у беременных;
- исследование переносчика дифиляриоза на наличие микрофилярий (используется в эпидемиологических и научных исследованиях);
- поиск внутривидовых различий малярийных паразитов, связанных с лекарственной устойчивостью малярийных паразитов, а также с длительностью инкубационного периода и возможностью возникновения рецидивов (используется в эпидемиологических и научных исследованиях);
- рутинная диагностика малярии, лейшманиозов, трипаносомозов и бабезиоза, особенно в сложных случаях с низкой паразитемией;
- ретроспективный анализ препаратов на малярию и лейшманиозы с применением разработанной в Институте медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е.И. Марциновского методики выделения ДНК малярийного паразита из окрашенных препаратов крови (используется только в референс-лабораториях);
- выявление простейших кишечника (криптоспоридии, лямблии, блатоцисты, дизентерийные амёбы) в клиническом материале и водных объектах окружающей среды;
- дифференциальная диагностика диарей неясной этиологии при подозрении на паразитарную патологию.

Таким образом, молекулярно-биологические методы имеют значительные перспективы в паразитологии – как в научных исследованиях, так и в практическом здравоохранении.

*Т.Г. Козырева,  
доцент кафедры клинической лабораторной  
диагностики КГБОУ ДПО ИКЗС*

## ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БЛОКАД НОЖЕК ПУЧКА ГИСА

**В данной статье рассматриваются особенности электрокардиографической диагностики блокад ножек пучка Гиса, подробно расписаны стадии возбуждения при блокадах и представлены электрокардиографические заключения.**

### Блокада правой ножки пучка Гиса

Блокада правой ножки может быть обусловлена:

- нарушением проводимости в основном стволе правой ножки;
- нарушением правой ножки в стволе пучка Гиса;
- выраженными изменениями миокарда правого желудочка, которые захватывают периферические разветвления правой ножки или межжелудочковой перегородки;
- поражением правой половины межжелудочковой перегородки.

Во всех этих случаях возбуждение не может пройти обычным путем – по правой ножке к миокарду правого желудочка.

Проведение же возбуждения по левой ножке не нарушается. В результате этого правый желудочек и правая половина межжелудочковой перегородки возбуждаются ненормальным путем – со стороны левого желудочка и левой половины перегородки. Меняется также направление волны реполяризации в правом желудочке. Ход возбуждения при блокаде правой ножки можно также условно разделить на несколько стадий.

**Стадия I возбуждения** обусловлена, как и в норме, возбуждением левой половины межжелудочковой перегородки. Возбужденные участки левой половины перегородки заряжаются отрицательно. Рядом с отрицательными возникают равные по величине положительные заряды. Суммарный вектор возбуждения межжелудочковой перегородки направлен слева направо, в сторону правого желудочка. Начальное возбуждение левой половины межжелудочковой перегородки слева направо обуславливает регистрацию начального зубца  $r$  у электрода  $V_1$ . Регистрация начального  $r$  в этом отведении связана с тем, что к нему обращена положительная часть возникшего электрического поля и вектор возбуждения в эту стадию обращен к электроду  $V_1$ . К электроду  $V_6$  обращены отрицательные заряды электрического поля. Вектор возбуждения межжелудочковой перегородки ориентирован от электрода  $V_6$ . В результате этого у электрода записывается в эту стадию зубец  $q$ . Итак, в I стадию регистрируются  $r$  и  $q$ .

**Стадия II возбуждения.** Правая ножка заблокирована, возбуждение не может пройти по ней, в связи с чем правая половина межжелудочковой перегородки

и правый желудочек во II стадию не возбуждаются. Левый желудочек возбуждается нормальным путем – по левой ножке. Продолжается возбуждение межжелудочковой перегородки слева направо, которое по сравнению с нормой течет замедленно и лишь постепенно переходит на правую половину межжелудочковой перегородки. Замедленное возбуждение межжелудочковой перегородки объясняется тем, что оно распространяется по ней необычным путем. Возбуждение левого желудочка начинается, как и в норме, у эндокарда, который заряжается отрицательно. Рядом с отрицательными зарядами возникают положительные заряды. Вектор возбуждения левого желудочка направлен справа налево, к электроду  $V_6$ . Вектор возбуждения межжелудочковой перегородки направлен в противоположную сторону – слева направо.

Итак, во II стадию взаимодействуют 2 вектора: вектор левого желудочка и вектор межжелудочковой перегородки, направленные в противоположные стороны. Суммарный вектор возбуждений сердца в эту стадию, обусловленный взаимодействием двух указанных векторов, в основном связан с возбуждением левого желудочка и ориентирован справа налево. Это определяется тем, что ЭДС левого желудочка значительно превышает ЭДС межжелудочковой перегородки.

К электроду  $V_6$  обращены положительные заряды электрического поля. Суммарный вектор возбуждения сердца ориентирован к этому электроду, поэтому у электрода  $V_6$  регистрируем зубец  $R$ . При значительной величине ЭДС межжелудочковой перегородки, которая возбуждается дольше обычного, амплитуда зубца  $R$  в этом отведении может быть несколько уменьшена. Эта связана с тем, что вектор возбуждения левого желудочка встречает значительное противодействие со стороны вектора межжелудочковой перегородки, в которой возбуждением охвачена левая часть правой ее половины.

К правому желудочку обращены отрицательные заряды электрического поля. Суммарный вектор возбуждения имеет направление справа налево от электрода  $V_1$ . Это вызывает регистрацию зубца  $s$  или  $S$  у электрода  $V_1$ . Электрические силы, возникают при возбуждении межжелудочковой перегородки, направлены в сторону, противоположную суммарному вектору возбуждения. В результате противодействия этих сил зубец  $s(S)$  в от-

ведении  $V_1$  обычно сравнительно небольшой амплитуды и глубина его меньше, чем в норме. Таким образом, во II стадию регистрируются зубцы  $s(S)$  и  $R$ .

**Стадия III возбуждения.** К концу периода распространения возбуждения по левому желудочку в межжелудочковой перегородке возбуждение еще не окончилось и не достигло конечных разветвлений правой ножки пучка Гиса, оставшихся неповрежденными. Это связано с замедленным ходом возбуждения по необычному пути. Поэтому возбуждение правого желудочка в III стадию еще не началось.

Таким образом, III стадия – это стадия конечного возбуждения межжелудочковой перегородки, которое направлено слева направо. В течение короткого периода после окончания деполяризации левого желудочка во время конечного возбуждения межжелудочковой перегородки на электроды  $V_1$  и  $V_6$  действует только один вектор – вектор межжелудочковой перегородки. Направление этого вектора – слева направо. Он вызывает регистрацию начальной части восходящего колена зубца  $R$ , и начала зубца  $S$ . Регистрация начальной части зубца  $R$  связана с тем, что к этому электроду в III стадию обращены положительные заряды электрического поля. Во время конечного возбуждения межжелудочковой перегородки к электроду  $V_1$  ориентированы отрицательные заряды. Это и приводит к появлению начала зубца  $S$ . Итак, в III стадию фиксируются начало зубца  $R$  и начало зубца  $S$ .

**Стадия IV возбуждения.** Возбуждение межжелудочковой перегородки заканчивается через короткий промежуток времени после окончания возбуждения левого желудочка. Вслед за этим оно распространяется по конечным разветвлениям правой ножки пучка Гиса, оставшимся неповрежденными, и переходит на правый желудочек. Оно распространяется по правому желудочку необычным путем и поэтому течет замедленно. Эндокардиальные участки правого желудочка заряжаются при этом отрицательно, а эпикардиальные – положительно. Вектор возбуждения правого желудочка направлен слева направо. К электроду  $V_1$  обращены положительные заряды электрического поля. Вектор возбуждения правого желудочка ориентирован к электроду  $V_1$ , что вызывает дальнейший подъем кривой в этом отведении – регистрируется основная часть зубца  $R$ . Волна возбуждения распространяется в правый желудочек более замедленно. Вектор правого желудочка не испытывает воздействия противоположных сил со стороны левого желудочка, которые существуют в норме. Все это приводит к тому, что зубец  $R$  регистрируемый у электрода  $V_1$ , уширен и большой амплитуды.

Суммарный вектор возбуждения правого желудочка направлен от электрода  $V_6$ . К электроду  $V_6$  обращены отрицательные заряды электрического поля, и гальванометр, соединенный с электродом, регистрирует зубец  $S$ . Возбуждение сравнительно тонкой стенки правого желудочка не создает большой ЭДС. К тому же это электрическое поле расположено довольно далеко

от электрода  $V_6$ , поэтому зубец  $S$ , регистрируемый у электрода, обычно небольшой амплитуды, но широкий, что связано с замедленным распространением возбуждения по правому желудочку. Следовательно, в IV стадию у электрода  $V_1$  записывается дальнейший подъем зубца  $R$ , а у электрода  $V_6$  – зубец  $S$ .

Таким образом, при блокаде правой ножки пучка Гиса у электрода  $V_1$ , соответствующего правым грудным отведениям  $V_1, V_2$ , регистрируется ЭКГ типа  $rs(S)R$ . Зубец  $r$  обусловлен начальным возбуждением левой половины межжелудочковой перегородки. Зубец  $s(S)$  регистрируется во время возбуждения левого желудочка. Начальная часть зубца  $R$  обусловлена конечным возбуждением межжелудочковой перегородки слева направо. Возбуждение правого желудочка вызывает основную часть зубца  $R$ . В некоторых случаях обе части зубца  $R$ , отделяются друг от друга зазубриной, расположенной на его восходящем колене. Вместо зазубрины может наблюдаться также лишь небольшое утолщение на кривой в этом участке. Происхождение зазубрины не совсем ясно. Возможно, между окончанием возбуждения межжелудочковой перегородки и началом возбуждения правого желудочка имеется очень небольшой промежуток времени, когда электрические силы резко уменьшены. Это приводит к небольшому спуску кривой в сторону изолинии с образованием зазубрины на восходящем колене зубца  $R$ . Другой причиной ее возникновения может служить то, что начальный вектор возбуждения правого желудочка имеет меньшую величину, чем конечное возбуждение межжелудочковой перегородки.

У электрода  $V_6$ , соответствующего левым грудным отведениям  $V_6, V_7$ , при блокаде правой ножки обычно регистрируется ЭКГ типа  $qRS$ .

Зубец  $q$ , регистрируемый во время начального возбуждения левой половины межжелудочковой перегородки, а зубец  $R$  – во время возбуждения левого желудочка. Зубец  $S$  в основном обусловлен распространением возбуждения по правому желудочку.

Процесс реполяризации при блокаде правой ножки начинается в левом желудочке в обычное время и распространяется, как и в норме, от эпикарда к эндокарду. Эпикардиальные участки миокарда левого желудочка заряжаются положительно. Рядом с ними возникают отрицательные заряды. Вектор реполяризации левого желудочка направлен справа налево.

В связи с замедленной деполяризацией правого желудочка, заканчивающейся у эпикарда, процесс реполяризации в нем начинается у эндокарда. Он распространяется от эндокарда к эпикарду. Субэндокардиальные участки миокарда заряжаются при этом положительно. Рядом с ними возникают отрицательные заряды. Вектор реполяризации правого желудочка имеет такое же направление, как и левого желудочка, т.е. справа налево. Суммарный вектор реполяризации сердца складывается из этих двух векторов, направлен в ту же сторону – влево.

В момент окончания возбуждения правого желудочка начинает записываться сегмент ST, который при блокаде правой ножки пучка Гиса у электрода  $V_1$  будет расположен ниже изолинии. Это связано с тем, что на электрод  $V_1$  в этот период будут действовать отрицательные заряды начавшейся уже реполяризации в левом и правом желудочках. Векторы реполяризации обоих желудочков направлены от электрода  $V_1$ . Ввиду того что вектор начальной реполяризации в этот период имеет направление справа налево и ориентирован к электроду  $V_4$ , и к этому электроду обращены положительные заряды, может наблюдаться небольшой подъем сегмента ST на ЭКГ, зарегистрированной у электрода  $V_6$ . Зубец T у эликарда правого желудочка отрицательный, так как к электроду  $V_1$  обращены отрицательные заряды электрического поля. Наибольшая негативность отрицательного зубца T расположена близко к его концу, так как в процессе реполяризации отрицательные заряды постепенно приближаются к электроду  $V_1$ , и наибольший отрицательный заряд действует этот электрод именно в конце реполяризации. У электрода  $V_6$  регистрируется положительный зубец T, потому что к нему обращены положительные заряды.

Таким образом, у электрода  $V_1$  сегмент ST обычно расположен ниже изолинии и зубец T отрицательный. У электрода  $V_6$  сегмент ST может быть приподнят, зубец T положительный.

#### Электрокардиографические заключения при блокаде правой ножки

При формулировке электрокардиографического заключения при блокаде правой ножки после характеристики ритма и электрической оси сердца дают характеристику блокады правой ножки – полной или неполной. Вслед за этим упоминают об удлинении электрической систолы желудочков и представляют общую характеристику ЭКГ. Если блокада правой ножки, особенно полная, наблюдается (по клиническим данным) не у здоровых людей, то, как правило, говорят о выраженных изменениях миокарда.

Если одновременно имеется гипертрофия правого или левого желудочка сердца, то ее описание обычно дают до общей характеристики ЭКГ. Как известно, при гипертрофии правого желудочка ЭКГ в отведениях  $V_1, V_2$  может иметь вид  $rsR'$  или  $rSR'$ . Если при этом ширина комплекса QRS составляет 0,08–0,12 с, то говорят о гипертрофии правого желудочка с нарушением проводимости в системе правой ножки пучка Гиса или о гипертрофии правого желудочка с неполной блокадой правой ножки пучка Гиса. Если имеется сочетание полной блокады правой ножки с четкой гипертрофией правого желудочка, то в заключении указывают сначала тот электрокардиографический диагноз, признаки которого больше выражены. Одновременно учитывают также клинический диагноз заболевания. Точно так же при сочетании признаков блокады правой ножки и гипертрофии левого желудочка электрокардиографическое заключение можно начать с блокады ножки или

с гипертрофии левого желудочка или говорить о гипертрофии обоих желудочков, учитывая выраженность их признаков и клинический диагноз заболевания. Затем дают более подробную характеристику заболевания. Затем дают более подробную характеристику комбинированных поражений и общее заключение по ЭКГ.

#### Блокада левой ножки пучка Гиса

Блокада левой ножки пучка Гиса может быть обусловлена сражением левой ножки на разных уровнях:

- 1) при поражении левой ножки в стволе пучка Гиса;
- 2) при поражении основного ствола левой ножки до ее разделения на две ветви, когда передняя и задняя ее ветви идут рядом;
- 3) при одновременном поражении передней и задней ветвей левой ножки после их выделения из основного ствола левой ножки;
- 4) при поражении левой половины межжелудочковой перегородки с вовлечением в процесс обеих ветвей левой ножки;
- 5) при наличии выраженных диффузных изменений миокарда левого разветвления передней и задней ветвей левой ножки.

По своему существу блокада левой ножки пучка Гиса представляет собой двухпучковую блокаду с одновременным поражением передней и задней ветвей левой ножки. При различном уровне поражения левой ножки наблюдается один и тот же результат: возбуждение не может пройти обычным путем по левой ножке к миокарду левого желудочка, возникает блокада левой ножки пучка Гиса. Поэтому с помощью обычной электрокардиографии невозможно установить топик поражения левой ножки.

В связи с блокадой левой ножки пучка Гиса возбуждение в левый желудочек проводится окольным путем. Это вызывает значительное замедление прохождения возбуждения по желудочкам, уширение комплекса QRS ЭКГ и изменение направления реполяризации в левом желудочке.

При блокаде левой ножки пучка Гиса в отведениях  $V_1, V_2$  комплекс QRS обычно представлен широким зубцом R с зазубриной на восходящем или нисходящем его колене или на его вершине. В отведениях  $V_5, V_6$  при этом обычно регистрируются комплексы QRS типа  $rS$  или  $QS$  с широким глубоким зубцом S.

**Стадия I возбуждения.** В связи с блокадой левой ножки возбуждение не может пройти по ней на левую половину межжелудочковой перегородки и на левый желудочек, поэтому в I стадию они не возбуждаются. По правой ножке возбуждение проходит обычным путем и вызывает возбуждение правой половины межжелудочковой перегородки. В результате этого I стадия возбуждения при блокаде левой ножки, в отличие от нормы, начинается с правой половины межжелудочковой перегородки, которая заряжается отрицательно. Рядом возникают положительные заряды. Вектор возбуждения межжелудочковой перегородки направлен справа налево. Одновременно с возбуждением правого желудочка, вектор возбуждения которого имеет направление слева

направо. Эндоскардиальные участки желудочка заряжены отрицательно, а эпикардиальные – положительно. Возбуждение с правой половины межжелудочковой перегородки начинает переходить на левую ее половину. Оно распространяется необычным путем и поэтому течет замедленно. Итак, в I стадию взаимодействуют два вектора: межжелудочковой перегородки и правого желудочка, направленные в противоположные стороны. Суммарный вектор возбуждения сердца в эту стадию направлен справа налево в сторону левого желудочка, так как силы межжелудочковой перегородки преобладают на ЭДС правого желудочка. Это связано с тем, что возбуждение правой половины межжелудочковой перегородки переходит на левую ее половину, а общая толщина межжелудочковой перегородки приблизительно равна толщине левого желудочка и значительно массы правого желудочка, поэтому ЭДС межжелудочковой перегородки становится больше ЭДС правого желудочка.

Суммарный вектор возбуждения в I стадию, в основном обусловленный возбуждением правой половины перегородки, направлен к электроду  $V_6$ . К нему же обращены положительные заряды электрического поля. Это приводит к регистрации начала зубца  $Rv_6$ . Что касается электрода  $V_1$  и влияния на него электрических сил, возникающих в этот период, то при этом возможны два варианта.

1. В связи с тем, что суммарный вектор возбуждения в эту стадию направлен от электрода  $V_1$ , и к этому электроду обращены отрицательные заряды, связанные с возбуждением межжелудочковой перегородки справа налево, у электрода  $V_1$  регистрируется зубец Q. Зубец  $Qv_1$  является началом  $QSv_1$ , который в этом случае наблюдается у электрода  $V_1$ .

2. Вектор возбуждения правого желудочка близко расположен электроду  $V_1$ . Поэтому в самом начале электрической систолы ЭДС правого желудочка по отношению к электроду  $V_1$  в течение очень короткого периода может преобладать над вектором возбуждения межжелудочковой перегородки. В этот период на электрод  $V_1$  преимущественно оказывают влияние положительные заряды, обусловленные возбуждением правого желудочка. Это приводит к регистрации маленького начального зубца  $r_1$ . Вслед за этим начинает преобладать вектор возбуждения межжелудочковой перегородки, который направлен от электрода  $V_1$ , и у электрода  $V_1$  регистрируется зубец S.

Таким образом, в I стадию у электрода  $V_6$  регистрируется зубец R, а у электрода  $V_1$  – зубец Q или  $rS$ .

**Стадия II возбуждения.** Возбуждение правого желудочка заканчивается до того, как возбуждение межжелудочковой перегородки достигнет конечных разветвлений левой ножки. Это связано с тем, что возбуждение в межжелудочковой перегородке, распространяющееся необычным путем, течет замедленно. В межжелудочковой перегородке возбуждение не дошло еще до конечных разветвлений левой ножки, оставшихся неповрежденными, поэтому оно не распространяется на левый желудочек. После окончания

возбуждения правого желудочка процесс деполяризации межжелудочковой перегородки продолжается справа налево. Итак, II стадия – это конечное возбуждение межжелудочковой перегородки справа налево. Суммарный вектор возбуждения межжелудочковой перегородки при этом направлен также справа налево, т.е. в ту же сторону, что и в I стадию. Поэтому у электродов  $V_1$  и  $V_6$  во II стадию будут регистрироваться те же зубцы ЭКГ, что и в I стадию. У электрода  $V_1$  наблюдается дальнейший спуск зубцов S или  $QS$ , а у электрода  $V_6$  – дальнейший подъем зубца R.

**Стадия III возбуждения.** Закончилось возбуждение межжелудочковой перегородки. В тот момент, когда волна деполяризации достигнет конечных неповрежденных разветвлений левой ножки, начинается возбуждение стенки левого желудочка. Возбуждение левого желудочка начинается с запозданием. Оно распространяется по левому желудочку замедленно, так как идет необычным путем. Следовательно, III стадия обусловлена возбуждением левого желудочка. При возбуждении левого желудочка субэпикардиальные участки его миокарда получают отрицательный заряд, а эпикардиальные – положительный. Суммарный вектор возбуждения сердца в эту стадию направлен справа налево, в сторону левого желудочка. К электроду  $V_6$  обращены положительные заряды, образующиеся при возбуждении левого желудочка. Это вызывает дальнейший подъем кривой, регистрируемой электродом  $V_6$ , т.е. дальнейший подъем зубца  $Rv_6$ . У электрода  $V_1$  в это время регистрируется зубец S или дальнейший спуск зубцов  $QS$ , так как к нему обращены отрицательные заряды электрического поля, и вектор возбуждения левого желудочка направлен от электрода  $V_1$ . В момент охвата возбуждением максимального количества мышечных волокон левого желудочка регистрируется наибольшая амплитуда спуска этих кривых. Затем кривая в  $V_1$  постепенно поднимается к изолинии.

На зубце  $Rv_6$  обычно наблюдается зазубрина, расположенная на восходящем колене. Существует несколько объяснений ее происхождения.

1. Между окончанием возбуждения межжелудочковой перегородки и началом возбуждения левого желудочка существует какой-то промежуток времени. В этот период электрические силы стремятся к нулю, что и приводит к появлению зазубрины на зубце  $Rv_6$ .

2. Вектор начального возбуждения левого желудочка меньше вектора конечного возбуждения межжелудочковой перегородки. В связи с этим в начале возбуждения левого желудочка кривая регистрируемая у электрода  $V_6$ , несколько опускается вниз, и обуславливает регистрацию зазубрины на зубце  $Rv_6$ .

3. Различная форма зубца  $Rv_6$  обусловлена взаимодействием вектора межжелудочковой перегородки и вектора левого желудочка. Эти два вектора, следующие один за другим, вероятно, зависят от локализации и протяженности блокады левой ножки. Если каждый из этих векторов имеет одинаковую величину

и дает подъем кривой значительной амплитуды, то при небольшой блокаде левой ножки наблюдаются два вектора возбуждения, следующие друг за другом через короткий промежуток времени. При сложении этих векторов будет зарегистрирован комплекс QRS большой амплитуды и немного уширенный. Такая форма комплекса QRS действительно наблюдается при блокаде левой ножки.

Если возбуждение левого желудочка начинается через большой промежуток времени после начала возбуждения межжелудочковой перегородки, то, вероятно, блокада левой ножки больше выражена. В некоторых случаях расстояние между обоими векторами может быть таково, что они пересекаются в средней точке. При сложении этих векторов будет зарегистрирован комплекс QRS большей продолжительности с плато на вершине. Появление плато на вершине комплекса QRS можно объяснить взаимодействием двух векторов, одинаковых по величине, но противоположных по направлению, во время перехода возбуждения с межжелудочковой перегородки на левый желудочек. Еще более значительная диссоциация обоих векторов даст наибольшее уширение комплекса QRS, образующегося при их сложении. На вершине или близ вершины, на восходящем или нисходящем коленах комплекса QRS в таких случаях может образоваться зазубрина. Иногда эта зазубрина бывает довольно глубокой и комплекс QRS приобретает М-образную форму. Приведенное объяснение происхождения зубцов ЭКГ при блокаде левой ножки является схематичным, но помогает разобраться в сущности происходящих при этом явлений. В момент охвата возбуждением в единицу времени максимального количества мышечных волокон левого желудочка регистрируется вершина зубца Rv<sub>6</sub>. Затем кривая постепенно возвращается к изолинии.

Следовательно, в III стадию у электрода V<sub>1</sub> регистрируется дальнейший спуск зубцов S или QS, а у электрода V<sub>6</sub> – дальнейший подъем зубца R. За счет необычного замедленного распространения возбуждения по межжелудочковой перегородке и по левому желудочку отмечается уширение комплекса QRS.

Таким образом, при блокаде левой ножки пучка Гиса у электрода V<sub>1</sub> регистрируется широкий зубец R с зазубриной на восходящем или нисходящем коленах, близ его вершины или с плато на вершине. Зубец Rv<sub>6</sub> образуется в результате взаимодействия двух векторов: вектора межжелудочковой перегородки и вектора левого желудочка. Первая часть зубца Rv<sub>6</sub> связана с возбуждением межжелудочковой перегородки справа налево, вторая часть – обусловлена возбуждением левого желудочка. Ввиду того что с самого начала электрической систолы вектор возбуждения направлен в сторону положительных электродов этих отведений, невозможно появление зубца qV<sub>1</sub>.

У электрода V<sub>1</sub> регистрируется ЭКГ типа QS или rS. ЭКГ типа QS в этих отведениях связана с воздействием отрицательных зарядов, образующихся сначала при

возбуждении межжелудочковой перегородки, а затем при возбуждении левого желудочка. Небольшой зубец r в этих отведениях обусловлен начальным возбуждением правого желудочка.

Процесс реполяризации в правом желудочке при блокаде левой ножки начинается у эпикарда и распространяется, как и в норме, от эпикарда к эндокарду. Вектор реполяризации правого желудочка направлен слева направо. Реполяризация в левом желудочке начинается с запозданием, так как возбуждение в нем продолжается дольше, чем в норме. Реполяризация в левом желудочке начинается у эндокарда в то время, когда в желудочке не закончилась еще деполяризация у его эпикарда. Поэтому волна реполяризации распространяется в левом желудочке от эндокарда к эпикарду. Вектор реполяризации левого желудочка направлен в ту же сторону, что и правого желудочка, т.е. слева направо. В ту же сторону ориентирован суммарный вектор реполяризации обоих желудочков.

Сегмент ST, регистрируемый у электродов V<sub>1</sub> и V<sub>2</sub>, не будет расположен на изолинии, так как на указанные электроды в этот период будут уже влиять потенциалы начавшегося в желудочках процесса реполяризации. К электроду V<sub>1</sub> обращены отрицательные заряды. Векторы реполяризации направлены от этого электрода, поэтому сегмент STV<sub>1</sub> расположен ниже изолинии. К электроду V<sub>2</sub> обращены положительные заряды электрического поля. Векторы реполяризации ориентированы к этому электроду, поэтому сегмент STV<sub>2</sub> приподнят над изолинией.

Во время реполяризации в правом желудочке к электроду V<sub>1</sub> обращены положительные заряды, поэтому зубец Tv<sub>1</sub> положительный. Во время восстановления в левом желудочке к электроду V<sub>6</sub> ориентированы отрицательные заряды, в связи с чем Tv<sub>6</sub> – отрицательный. Во время восстановления в левом желудочке максимальный отрицательный заряд будет действовать на электрод V<sub>6</sub> в конце реполяризации. Это приводит к тому, что зубец Tv<sub>6</sub> будет асимметричным с наибольшей негативностью в конце зубца T.

Следовательно, сегмент STV<sub>1</sub> расположен выше изолинии, зубец Tv<sub>1</sub> положительный; сегмент STV<sub>6</sub> опущен ниже изолинии, зубец Tv<sub>6</sub> отрицательный асимметричный.

**Н.В. Гончарова,**  
врач функциональной диагностики  
МБУЗ «Отделенческая поликлиника  
на ст. Хабаровск-1 ОАО «РДЖ»

## УНИКАЛЬНЫЕ ВОДЫ ИСТОЧНИКА ТУМНИН В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

**Тумнинский минеральный источник – это один из замечательных уголков Хабаровского края. Тумнинские минеральные воды были обнаружены местными охотниками в одном из живописных уголков Ванинского района в 1903 году – 110 лет назад.**

Горячий целебный источник Тумнин находится в одном из живописных горных распадков Сихотэ-Алиня, в 10–13 км от одноименной станции «Тумнин» железной дороги Комсомольска-на-Амуре – Советская Гавань Ванинского района Хабаровского края и в 25 км от Татарского пролива.

Тумнин – единственный радоносодержащий источник в Хабаровском крае, что дополняет и расширяет возможности бальнеологического лечения дальневосточников. На его территории построены прекрасные корпуса, и он приобрел статус бальнеолечебницы (рис. 1).

Тумнинский минеральный источник заслуживает особого внимания. В сороковые-пятидесятые годы геологоразведочными работами определено, что Тумнинские воды относятся к слабуминерализованным, азотно-кремнистым термам типа Кульдурских, которые по международной классификации относятся к пиринейско-кульдурскому типу. В восьмидесятых годах в воде был обнаружен радон (4–6 п Ки/л), что делает источник уникальным, напоминающим воды знаменитого курорта Белокуриха.

Цель исследования – показать региональные возможности источника «Тумнин» в терапии и реабилитации больных хроническими дерматозами.

На Тумнинском источнике под наблюдением находились 105 человек из них 38 мужчин и 67 женщин в возрасте от двух до 72-х лет.

По нозологическим формам и количеству больные распределялись следующим образом: псориаз – 35 человек, экзема – 33 человека, нейродермит – 17 человек, прочие – 20 человек.



Рис. 1. «Тумнин»

Тумнинская минеральная вода (ТМВ) является слабуминерализованной, азотной, слабарадоновой, кремнистой, гидрокарбонатно-сульфатной, натриево-калиевой, термальной, щелочной, с дебитом 716 м³ в сутки. Формула воды источника «Тумнин» по Курлову состоит в том, что термальность, щелочность, радоносодержание, кремниевая кислота, богатый набор микроэлементов сами по себе дают право назвать воду лечебной, но суммирование всех факторов превращает ТМВ в очень ценную.

В результате бальнеотерапии наблюдалась положительная динамика со стороны клинической картины у дерматологических больных. Наиболее выраженный эффект в результате бальнеопроцедур выявлен у больных экземой и экссудативным псориазом. Изменение лабораторных показателей в процессе терапии представлены в таблице 1.

$$Rn\ 4 - 6; H_2SiO_3\ 82 - 85; M\ 0,2 \frac{(HCO_3 + CO_3) 85 SO_4 12}{(Na + K) 92 Ca 8} t + 45^\circ C; pH\ 9,65$$

Формула 1. Формула воды источника «Тумнин» по Курлову.

Таблица 1

Биохимические показатели дерматологических больных, получавших лечение на источнике Тумнин (в процессе терапии)

| Показатели                   | $n_1$ | До лечения<br>$M \pm m$ | $n_2$ | После лечения<br>$M \pm m$ | $P_2$    |
|------------------------------|-------|-------------------------|-------|----------------------------|----------|
| Общий белок, г/л             | 36    | $73,92 \pm 1,08$        | 27    | $78,5 \pm 1,78^*$          | $< 0,05$ |
| С-реактивный белок, усл. ед. | 30    | $0,4 \pm 0,07$          | 27    | $0,11 \pm 0,06^*$          | $< 0,01$ |
| Фосфор, ммоль/л              | 21    | $1,44 \pm 0,31$         | 15    | $1,61 \pm 0,81$            | $> 0,05$ |
| Кальций, ммоль/л             | 14    | $2,52 \pm 0,17$         | 10    | $2,69 \pm 0,25$            | $> 0,05$ |

$P_2$  – уровень значимости различия показателей до и после лечения

Показатели С-реактивного белка достоверно снижались с  $0,4 \pm 0,07$  усл. ед. до  $0,11 \pm 0,06$  усл. ед.,  $p < 0,01$  (рис. 2).

Достоверное снижение С-реактивного белка свидетельствует об уменьшении островоспалительного процесса. С-реактивный белок – белок острой фазы неспецифичен и может служить признаком активности.

Клиническое выздоровление отмечено в 14,29 % случаев, значительное улучшение – 29,52 % и улучшение – у 42,86 % больных. Профилактическое лечение получили 8 человек – 5,71 %. Положительные результаты выявлены у 97 больных из 105 (92,38 %).

Радоновые воды – бальнеологическая группа вод для лечения больных с различными заболеваниями, в том числе и кожными. Радоновые воды – минеральные воды, содержащие радиоактивные вещества – радон и дочерние продукты его распада (радий А, радий В, радий С). Естественные радоновые воды имеют низкую минерализацию (до 2 г/л) и сложный газовый состав (помимо радона присутствует азот или углекислый газ).

Наиболее известные радоновые курорты: Белокуриха (Алтай); Цхалтубо (Кавказ); Джеты-Огуз (Иссык-Кульская впадина); Увильды (Урал); Усть-Кут (Восточная

Сибирь); Молоковка (Забайкалье); Пятигорск (район Кавказских Минеральных Вод) со значительной концентрацией радона.

На Украине (Житомир, Миронивка, Хмельник) имеются радоновые воды средней концентрации. В Грузии наибольшее количество слаборадоновых вод. Такие же воды имеются в Казахстане, однако в количественном отношении их в 6 раз меньше, чем в Грузии.

Среди радиоактивных (радоновых) вод со слабой минерализацией главнейшими зонами распространения их в России являются Уральские (Увильды, Липовка, Красноусольск, Березовский). За пределами этих областей образуются отдельные месторождения радиоактивных вод, характеризующиеся редким химическим составом и ценными бальнеологическими свойствами.

Основной составляющей лечебного действия радоновых ванн является альфа-излучение. В середине прошлого века медицина стала изучать влияние минеральных вод радоновых источников на процессы, происходящие в кожных покровах человека и использовать их для лечения кожных заболеваний. При воздействии на кожные покровы радоновых вод улучшается трофика тканей, происходит перераспределение крови, улучшаются показатели гемодинамики. Назначают радоновые ванны при лечении таких кожных заболеваний как экзема, псориаз, атопический дерматит, келоидные рубцы, склеродермия, буллезный эпидермолиз и многие другие. Азотно-кремнистые термальные воды источника «Тумнин» с небольшим содержанием радона полезны больным с хроническими дерматозами, сопровождающиеся экссудативным компонентом. При этом следует иметь в виду, что из-за высокой повреждающей способности альфа-частиц, радоновые воды опасны при попадании внутрь организма. Рекомендуется только наружное применение.

#### Выводы

1. Азотно-кремнистые термальные воды с содержанием радона 4–6 нКи/л у дерматологических больных на источнике Тумнин оказывают выраженное противовоспалительное и противосаллергическое действие

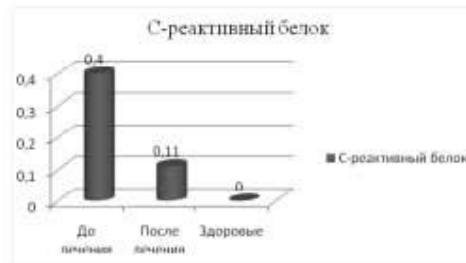


Рис. 2. Результаты показателей С-реактивного белка в процессе бальнеотерапии на источнике Тумнин

на отдельные биохимические показатели у больных хроническими дерматозами: С-реактивный белок снижался с  $0,4 \pm 0,07$  усл. ед. до  $0,11 \pm 0,06$  усл. ед.,  $p_2 < 0,05$ .

2. Выявлено благоприятное воздействие Тумнинской минеральной воды на динамику кожного процесса у больных хроническими дерматозами (с выраженным экссудативным компонентом). Наиболее выраженный противовоспалительный эффект Тумнинской минеральной воды отмечен у больных экземой и экссудативным псориазом.

3. При бальнеотерапии азотно-кремнистыми термальными водами с содержанием радона 4–6 нКи/л у дерматологических больных на источнике Тумнин

улучшается микроциркуляция и трофика тканей.

4. Радоновые воды источника «Тумнин» показаны для наружного применения и противопоказаны для приема во внутрь.

5. Эффективность бальнеотерапии азотно-кремнистыми термальными водами у дерматологических больных на источнике «Тумнин» составила 92,38 % (у 97 больных из 105).

А.В. Некипелова,

доцент кафедры инфекционных болезней и дерматовенерологии КГБОУ ДПО ИПКСЗ

## ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В СТАЦИОНАРАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Профилактика гнойно-септических осложнений в стационарах хирургического профиля является одной из главных задач медицинского персонала хирургического отделения.

Эпидемический процесс можно рассматривать в виде цепочки из трех звеньев: возбудитель — средство передачи — восприимчивый к инфекции организм человека. Чтобы инфекция возникла, должны быть задействованы все три звена. Профилактика гнойно-септических осложнений включает в себя комплекс противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий.

Важными составными элементами его являются предупреждение попадания в рану микробов извне, уничтожение микроорганизмов или подавление их жизнедеятельности, резкое снижение их численности в ране, удаление нежизнеспособных тканей, струпьев крови, патологического экссудата, являющихся питательной средой для микробов. Попадание инфекции в рану с объектов внешней среды можно исключить строжайшим соблюдением правил асептики, с рук хирурга — тщательной хирургической антисептикой рук, с кожи и слизистых оболочек пациента — антисептической обработкой операционного поля.

Обеспечение антиинфекционной защиты медицинских технологий также лежит в основе профилактики этой группы инфекций. Антиинфекционная защита медицинских технологий включает:

- достижение стандарта качества стерилизации материалов и инструментов;
- замену изделий многократного использования одноразовыми;

- защиту от реинфицирования стерильных материалов;
- разработку и внедрение стандартов выполнения медицинских процедур, включающих детальное описание мер антиинфекционной защиты;
- сокращение числа потенциальных источников контаминации материалов, растворов, инструментов за счет ликвидации промежуточных пунктов обработки материалов;
- обеспечение принципа дублирования барьеров защиты от потенциальных источников контаминации. Примером дублирования защиты может служить



включение в инфузионные магистрали бактериального фильтра.

Основополагающим принципом профилактики внутрибольничного инфицирования является разделение «чистых» и инфицированных потоков на всех этапах лечебно-диагностического процесса. Нарушение этого принципа может приводить как к цепной, так и к веерной передаче возбудителей от одного пациента другим. Кроме того, смешение этих потоков служит пусковым фактором в формировании госпитального штамма.

Эффективным методом профилактики является реализация принципа индивидуальной изоляции.

Выполнение манипуляций пациенту с индивидуальной укладки надежно предупреждает суперинфицирование возбудителями ВБИ и как минимум трехкратно снижает уровень заболеваемости этими инфекциями.

Сокращение сроков пребывания пациента в стационаре, прежде всего дооперационного, также относится к числу задач первоочередной важности. В стационаре систематически должны проводиться меры, направленные на ограничение селекции множественно-устойчивых штаммов микроорганизмов, что достигается рациональным использованием антимикробных химиотерапевтических препаратов в клинике. С этих позиций эффективной является обязательная ежеквартальная смена дезинфектантов.

Поддержание оптимальной степени микробиологической чистоты больничной среды предотвращает возможность накопления госпитальных штаммов, однако при этом следует учитывать, что необоснованное использование дезинфектантов или их избыточные концентрации способствуют быстрой селекции множественно-устойчивых микроорганизмов.

Систематическая деконтаминация рук медицинского персонала относится к числу едва ли не самых первых сформулированных принципов профилактики гнойно-септических ВБИ и сохраняет свое приоритетное значение.

Более половины случаев ВБИ развиваются в результате активизации эндогенной инфекции. Поэтому система профилактики в стационаре обязательно должна предусматривать адекватные схемы защиты пациента от эндогенного инфицирования, включающие санацию хронических очагов инфекции до операции; профилактическое применение антибиотиков; применение иммуностимулирующей терапии; селективную деконтаминацию перед операцией органа, содержащего в норме микрофлору, профилактическое применение зу-

биотиков, обеспечение хорошей хирургической техники выполнения операций.

Обсуждая принципы профилактики, следует учитывать, что эффективность ее определяется систематическим обучением персонала.

Эпидемиологическая оценка лечебно-диагностического процесса, в том числе риска инфекционных осложнений медицинских технологий, также может быть определена как важнейшее направление профилактики ВБИ в хирургическом стационаре. Последовательность ее основных этапов включает описание медицинской технологии, применяемых аппаратов и материалов; рас-

чет удельного веса изучаемой медицинской технологии в структуре всех медицинских пособий; выявление заболеваемости в группе пациентов, у которых применялась изучаемая технология; определение суммарной заболеваемости гнойно-септическими ВБИ после всех выполняемых медицинских вмешательств; расчет добавочного и относительного рисков присоединения гнойно-септической ВБИ, связанных с изучаемой медицинской технологией; сравнительную оценку риска; микробиологическое мониторингирование изучаемой технологии и эпидемиологическую оценку результатов с последующей коррекцией медицинской технологии и оценкой эффективности эпидемиологических мер.

Обсуждаемые принципы профилактики имеют наиболее высокий коэффициент влияния на частоту инфицирования пациентов и не зависят от профиля стационара. Реализация этих принципов должна быть признана обязательной при разработке стандартов качества оказания медицинской помощи.

**А.М. Дука,**  
врач-эпидемиолог ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России,  
**И.Н. Сидоренко,**  
заместитель главного врача ФГБУЗ ДВОМЦ  
ФМБА России

Формы: <http://www.bay-publishing-medical.com>  
<http://lagente.org>



## РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТОРАКАЛЬНЫМ БОЛЬНЫМ

**Актуальность рассматриваемой проблемы чрезвычайно велика. Обусловлена она тем, что заболеваемость болезнями респираторной системы с впервые установленным диагнозом неуклонно растет, как в России, так и в Хабаровском крае.**

Особенно заметный рост отмечается в Дальневосточном федеральном округе. Так, за последние восемь лет (2004–2011) заболеваемость болезнями респираторной системы с впервые установленным диагнозом в Хабаровском крае и РФ выросла на 15,0% и 15,3% соответственно; в ДФО этот рост составил 24,6% (диаграмма 1). Особую тревогу вызывает омоложение контингента больных, страдающих осложненными формами заболеваний респираторной системы, особенно деструктивными формами пневмониями, хроническими нагноительными заболеваниями легких. Среди болезней органов дыхания значительное место занимают травмы органов грудной клетки и их последствия; количество последних неуклонно растет.

Правильная организация торакальной помощи с применением современных технологий, прежде всего – эндоскопических методов, а также профилактика перечисленных заболеваний составляют одно из приоритетных направлений торакальной помощи в современном здравоохранении.

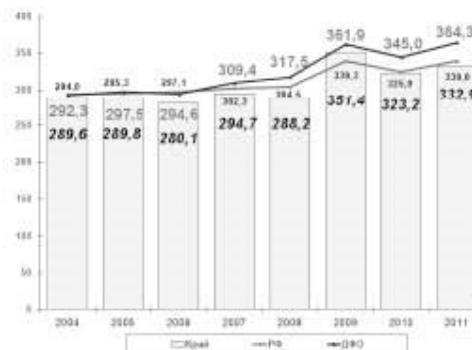


Диаграмма 1

Заболеваемость болезнями респираторной системы с впервые установленным диагнозом в РФ, ДФО и Хабаровском крае в 2004–2011 гг. (на 1000 населения)

Как показывает наш опыт, около половины смертей, вызываемых ежегодно болезнями органов дыхания, можно избежать, если ориентировать людей на здоровый образ жизни, правильное, здоровое питание, отказ от вредных привычек и в первую очередь – от курения и злоупотребления алкоголем. Существенную роль в этом играют школы здоровья – один из наиболее действенных и практичных методов профилактической работы с населением.

В последние годы (2007–2012) удельный вес торакальной патологии, особенно травматических повреждений органов грудной клетки, неуклонно увеличивается. Это обусловлено не столько старением населения, сколько истинным ростом патологии органов дыхания и средостения, особенно травматических повреждений груди. За последние шесть лет (2007–2012) рост составил 9,9% в абсолютных значениях. Четкая организация торакальной помощи в условиях специализированного отделения многопрофильной больницы, какой является Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева, позволила сократить средние сроки лечения торакальных больных на 2,5 дня в течение последних 15 лет, или на 13,9% (диаграмма 2).

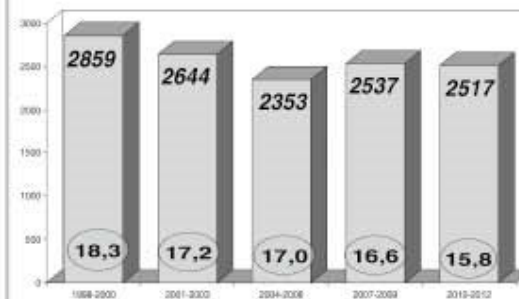


Диаграмма 2

Количество пролеченных больных в хирургическом торакальном отделении ККБ № 1 и средние сроки лечения торакальных больных в 1998–2012 гг.

В 2010–2012 гг. число пролеченных больных с торакальной патологией составило 2517 человек. Более половины пролеченных больных (55,1 %) подверглись хирургическому вмешательству; увеличилось число экстренных больных (75,9 % от числа пролеченных), большинство из них доставляются в больницу в тяжелом состоянии.

Большой процент экстренности и значительная доля тяжелых больных отражаются на работе сестринского персонала, особенно в области ухода за поступившими пациентами; большинство из них ограничены в передвижениях в пространстве; у них снижен психический статус, имеются нарушения соматического и духовного здоровья. Послеоперационные осложнения составили 4,5 %, при этом у плановых торакальных больных процент осложнений оказался выше (8,0 %). Из числа пролеченных больных умерло 71 человек, или 2,8 %.

Особую актуальность сегодня приобретают вопросы четкой организации медицинской помощи больным и пострадавшим, имеющих торакальную патологию, с позиции безопасности медицинских услуг. Главным здесь становится проблема организации медицинской помощи, которая зависит, в большинстве случаев, от совместной работы врачебного персонала и средних медицинских работников.

Для обеспечения населения гарантированной медицинской помощью необходима соответствующая система управления организацией медицинской помощи, которая, с одной стороны, позволяет предупреждать появление дефектов, ошибок на всех этапах лечебно-диагностического процесса; с другой – выявлять их на начальном этапе поступления больных в стационар и своевременно их устранять.

Анализ оказания медико-санитарной помощи 2517 пациентам за три последних года (2010–2012) позволил выявить два основных недостатка в организации торакальной помощи: во-первых, недооценку медицинскими работниками отделения в момент поступления больных и пострадавших основной составляющей медицинской помощи – состояния здоровья пациента как ограниченного, медицинского ресурса, играющего основную роль в процессах восстановления жизнедеятельности и трудоспособности человека; во-вторых, недоучет личностного деятельного начала в сохранении (восстановлении) собственного уровня здоровья.

Для ликвидации указанных недостатков медико-санитарной помощи торакальным больным, по нашему мнению, необходимо при поступлении пациентов и пострадавших с торакальной патологией решать следующие задачи:

- создать технологию оказания лечебно-диагностического процесса с учетом среднего медицинского персонала;
- сформировать механизмы, обеспечивающие качество медицинской помощи больным с торакальной патологией.

Качество медицинской помощи у больных с патологией органов дыхания и средостения, на наш взгляд, существенно зависит от профессионального уровня всего

медицинского персонала, в том числе и медицинских сестер; социального фактора – отношения пациента к своему здоровью в широком смысле слова.

Наша работа с пациентами торакального профиля показала, что основными элементами медицинской деятельности, особенно сестринского персонала, являются:

**Профессиональная деятельность** – как основной фактор формирования определенной сестринской медицинской помощи; существенную роль здесь играет наличие в отделении встроенного механизма стимулирования качества этой помощи;

**Ресурсы** – как возможность обеспечить выполнение самой технологии сестринской медицинской помощи;

**Технологии** – как результат альтернативного выбора метода диагностики и лечения каждого конкретного больного; особое внимание уделяется информированности пациента о возможности каждого предлагаемого метода и его эффективности;

**Здоровье** – как ограниченный и трудно восполняемый ресурс пациента, от уровня которого и мотивации самого пациента зависит само качество медицинской помощи.

Четкое понимание сущности организации медицинской помощи торакальным больным позволило сделать определенный вывод. Качество сестринской медицинской услуги следует рассматривать как процесс взаимодействия медицинской сестры и пациента, основанный на квалификации специалиста, способного сохранить и восстановить уровень здоровья пациента, который был снижен во время болезни.

Для этого нужно:

- 1) оптимально использовать имеющиеся медицинские ресурсы и здоровьесберегающие технологии в лечебно-диагностическом процессе;
- 2) учитывать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с системой оказания медицинской помощи.

Практический опыт сестринской работы за последние 3 года (2010–2012) свидетельствует о том, что главным критерием в организации медицинской помощи больным и пострадавшим является степень восстановления здоровья, утраченного в результате заболевания, либо его повреждения. Уровень состояния здоровья должен измеряться на индивидуальном и популяционном уровнях. Средний медицинский персонал обязан обращать внимание на все три элемента здоровья человеческой личности (соматическое, психическое и духовное).

Мы считаем, что для обеспечения безопасности пациента с торакальной патологией при оказании медицинской помощи необходимы:

- 1) организация сестринского мониторинга как системного наблюдения за ходом и характером качественных и количественных изменений в состоянии торакального больного;
- 2) внедрение экспертной оценки – квалиметрии оказываемой медицинской помощи на основе анализа результатов сестринских вмешательств;

3) совершенствование процесса управления качеством сестринской медицинской помощи.

Наша сестринская практика показала, что только стандарты качества медицинской помощи должны иметь жесткую систему контроля, а остальные требования или алгоритмы по обследованию и лечению, в большинстве случаев, имеют индигитивный характер, т.е. несут информационный аспект.

Сестринский процесс, несомненно, является одним из основных понятий современной медицины. Это научный метод организации и исполнения сестринского ухода за пациентом, нацеленный на удовлетворение физических, психологических, социальных и духовных потребностей человека, семьи, общества.

Целью сестринского процесса в торакальной хирургии является поддержание и восстановление независимости пациента как личности, удовлетворение основных потребностей его организма. У пациентов торакальной клиники наиболее часто нарушены основные физиологические потребности: дышать, двигаться, спать, отдыхать, самостоятельно одеваться и раздеваться, поддерживать температуру тела, соблюдать личную гигиену, обеспечивать личную безопасность. Эти проблемы требуют особого внимания со стороны медицинских сестер. Она должна владеть хорошей профессиональной подготовкой, уметь работать с пациентом как с личностью, творчески относиться к удовлетворению потребностей заболевшего человека.

В большинстве случаев медицинские сестры первыми соприкасаются с пациентами при их поступлении в отделение. Они обязаны собрать информацию о состоянии здоровья пациента с торакальной патологией, которая имеет как субъективную, так и объективную оценку.

Субъективная оценка основывается на психологических и социальных данных о пациенте, которые получает медицинская сестра от самого пациента, его родственников, членов дежурной смены, из медицинской документации. Основным моментом в стратегии общения с пациентом является установление контакта с ним. Главным в оценке состояния поступившего является объективное обследование пациента, включающее описание и оценку внешнего вида, состояние сознания, положение в постели, определение окраски и влажности кожных покровов и слизистых оболочек, наличие отеков и т.д. В обследование также входит измерение роста пациента, определение массы его тела, измерение температуры, подсчет и оценка числа дыхательных движений, пульса, измерение и оценка артериального давления.

У пациента торакального профиля необходимо особенно внимательно оценить состояние респираторной системы, объем и частоту дыхания. Одновременно с этим медицинская сестра должна решать вопросы наличия проблем, которые волнуют поступившего пациента. Они, чаще всего, подразделяются на существующие в момент поступления и потенциальные (которые возможны в будущем).

К проблемам торакальных больных, которые возникают в момент поступления их в клинику, мы относим:

1. Адаптационные (сниженная адаптация организма к развившемуся патологическому процессу);
2. Психологические (чувство страха, вынужденное положение, затруднение при дыхании);
3. Индивидуальные (боль, снижение физической активности, ограничения в уходе за собой, повышение температуры и пр.).

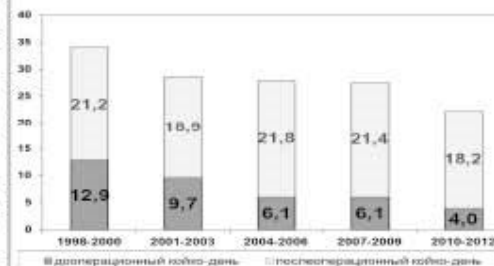
К потенциальным (возможным) проблемам пациентов относим:

1. Осложнения послеоперационного периода: полнейшее, неэффективное очищение дыхательных путей, инфекция в ране;
2. Неудобства, связанные с течением патологического процесса в легких (кашель с мокротой, наличие дренажных трубок в плевральной полости и т.д.).

Знакомство с поступившим завершается установлением сестринского диагноза. Он звучит как «дефицит гигиенических навыков», «снижение индивидуальной способности к преодолению стрессовых ситуаций», «беспокойство», «чувство страха при затруднении дыхания», «приступ удушья», «одышка» и т.п.

Совместно с врачебным персоналом медицинские сестры определяют цели сестринского ухода, после чего планируют сестринскую деятельность. План сестринского ухода за пациентом торакального профиля должен включать цели, направленные на достижение результатов краткосрочного или долгосрочного характера. Особое значение придается определению тактики ведения пациента с торакальной патологией. Будет ли ему предложено хирургическое вмешательство или назначена консервативная терапия. Именно, определив цели и задачи по уходу, медицинская сестра совместно с торакальным хирургом составляет план по уходу за больным, определяет мероприятия по тактике ведения больного, которые состоят из диагностических, лечебных и реабилитационных услуг.

Четкая организация торакальной помощи медицинским персоналом, особенно средними медицинскими работниками, позволила добиться определенных успехов у оперированных больных с торакальной патологией (диаграмма 3).



**Диаграмма 3**  
Дооперационный и послеоперационный сроки лечения торакальных больных, подвергшихся хирургическому лечению, в 1998–2012 гг.

За пятнадцать лет (1998–2012) более чем в 3 раза снизился дооперационный койко-день; на 14,2 % снизились сроки лечения больных в послеоперационном периоде. Существенную роль здесь сыграло умелое использование сестринских вмешательств.

Существуют три категории сестринских вмешательств: зависимые, независимые и взаимозависимые. Выбор сестринских вмешательств, по нашему мнению, определяется нуждами пациентов, назначениями врача и необходимостью взаимодействовать с другими специалистами. Однако надо помнить, что при всех сестринских вмешательствах ее ответственность исключительно велика. От правильности и своевременности выполнения всех мероприятий сестринского ухода зависит качество жизни пациента торакального профиля, длительность послеоперационного периода у оперированных больных.

От эффективности сестринского ухода во многом зависит состояние пациентов, степень достижения целей сестринского ухода, уровень состояния здоровья пациентов.

Полноценный уход за тяжелыми больными в условиях «переполненного» отделения – задача достаточно трудная, а, зачастую, просто невыполнимая. Загруженность медицинских сестер отражается на качестве ухода за больными.

Сегодня нагрузка на постовую медсестру хирургического торакального отделения достаточно велика. Заработная плата медицинской сестры не соответствует испытываемым ею чрезмерным физическим и психологическим нагрузкам, что обуславливает наличие у них хронического эмоционального стресса, высокую степень неудовлетворенности оценкой своего труда.

Требовательность пациентов к уровню оказания медицинской помощи, в том числе и к его сестринской части, растет. Все чаще на лечении находятся пациенты, застрахованные в системе добровольного медицинского страхования, а также сложные, «конфликтные» больные, направленные в Краевую клиническую больницу № 1 им. проф. С.И. Сергеева из других лечебных учреждений Хабаровского края.

Тем не менее, как и прежде, не уделяется достаточного внимания материальному оснащению отделения, обеспеченности инструментарием, расходными материалами и высоко технологичными методами их обработки и стерилизации. Медицинская сестра затрачивает неоправданно много времени, связанного с неквалифицированным, техническим обеспечением бесперебойного лечебно-диагностического процесса в отделении (получение лекарств в аптеке, доставка «лежачих» больных на различные методы обследования, ожидание получения результатов анализов и т.д.).

Неуклюжесть отделения младшим медицинским персоналом и низкая заработная плата, вынуждает медицинскую сестру совмещать должность санитарки, что, несомненно, отражается на ее социальном статусе, особенно в лице пациента.



В реально сложившейся ситуации, медицинская сестра ни психологически, ни материально не заинтересована в обеспечении качественного ухода за больным, что в принципе ставит под сомнение качество оказания медицинской помощи на уровне среднего звена.

Таким образом, медицинская сестра в хирургическом торакальном отделении обязана быть: во-первых, главным участником в оказании специализированной торакальной помощи; во-вторых, высокооплачиваемым специалистом с соответствующим уровнем профессиональной подготовки; обеспеченной достойным уровнем заработной платы, отражающей ее реальный вклад в конечный результат лечения пациентов. Надо всем осознать, что без участия медицинских сестер невозможно добиться качественной организации медицинской помощи торакальным больным.

**Е.М. Колесникова,**  
*постовая медицинская сестра хирургического  
торакального отделения ККБ № 1,  
К.П. Топалов,  
*клинический руководитель хирургического  
торакального отделения ККБ № 1, доцент кафедры  
сестринского дела, к.м.н.**

## ВНИМАНИЮ НАУЧНЫХ РУКОВОДИТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕЛОВЫЕ СВЯЗИ В ЯПОНИИ

**Международный фонд Мацумае (The Matsumae International Foundation), Япония, объявляет конкурс стипендий 2014–2015 года для специалистов со степенью PhD (или эквивалентной) в области естественных, инженерных наук и медицины.**

Фонд является неправительственной организацией и существует с 1979 года исключительно за счет добровольных пожертвований японских граждан. Успешным заявителям настоятельно рекомендуется со всей серьезностью подойти к участию в программе и обеспечить наиболее эффективное использование стипендии.

К участию в конкурсе приглашаются исследователи, не имеющие японского гражданства.

### Условия участия в конкурсе:

- наличие степени PhD (или иной, которая будет признана экспертами Фонда как эквивалентная);
- возраст до 49 лет на момент подачи заявки;
- владение английским или японским языком;
- отсутствие опыта пребывания в Японии в прошлом и настоящем;
- твердое намерение вернуться на родину по окончании программы;
- отсутствие заболеваний, препятствующих проведению исследовательской работы.

Программа проводится в период с апреля 2014 г. по март 2015 г. При подаче заявки следует указать предполагаемую продолжительность пребывания заявителя в Японии (от 3 до 6 месяцев).

Участники конкурса свободны в выборе института (исследовательской лаборатории, университета, национального исследовательского института, частной корпорации), в исследовательской деятельности которого они хотели бы принять участие, однако конкурсантам необходимо самостоятельно получить согласие принимающей организации до оформления заявки. Фонд не дает советов или консультаций по подбору научно-исследовательских организаций, принимающих стипендиатов. Во время прохождения программы выезд из Японии, даже кратковременный, не допускается.

**Финансовые условия:** Фонд предоставляет стипендиату билеты экономического класса от ближайшего к его месту жительства международного аэропорта до Токио и обратно. Билеты не могут быть обменены на деньги. Ежемесячные выплаты составляют 240 тысяч иен. Они предназначены для оплаты обучения, расходных материалов для проведения исследований,

оплаты жилья и питания. Стипендиату предоставляется медицинская страховка. Разовое пособие в 100 тысяч иен выделяется на первоначальное обустройство. Стипендия не предусматривает финансовую поддержку семьи или иждивенцев.

Заявление должно быть отправлено из родной страны участника конкурса. **Не принимаются заявления, отправленные по факсу или электронной почтой.** Заявления должны быть получены Фондом до 31 августа 2013 года.

Подробная информация о конкурсе и бланк заявки представлены на сайте фонда Мацумае (<http://www.mars.dti.ne.jp/~mif/>). Бланк заявки также сохранен в формате MS Word в сети ИПКС3 (Agat MATSUMAE заявка).

Обращаем особое внимание на то, что документы на бумаге размера А4 должны быть представлены заявителем на английском языке в одном экземпляре. Документы, написанные на любом другом языке, кроме английского, не рассматриваются. Заявки с неполным комплектом документов будут автоматически отклонены. Фонд не несет ответственность за расходы, понесенные при подаче заявления, и оставляет за собой право запросить дополнительные документы, если это необходимо. Все полученные документы становятся собственностью Фонда и не будут возвращены. После получения документов Фонд отправляет заявителям подтверждение. Фонд не отвечает на отдельные запросы относительно поступления и рассмотрения заявок.

### Перечень документов

№ 1. Заявка по форме. Кандидаты должны использовать оригинальную форму, предоставляемую Фондом, или точную фотокопию. Самодельные формы не принимаются. Форма состоит из двух страниц. Заявитель должен приложить фотографию, сделанную не ранее трех месяцев. Заявители должны обеспечить заполнение каждого пункта анкеты. Кандидаты должны подписать и поставить дату в форме.

№ 2. Описание научно-исследовательского проекта. Заявитель должен составить этот документ самостоятельно. Он должен включать подробную информацию о цели, методологии, содержании исследования, а также график проекта. Проект должен быть согласован с принимающим учреждением.

№ 3. Полный список публикаций. Он должен включать полную информацию о публикации: когда и где опубликована, имена соавторов, размер и количество страниц и т.д. Пожалуйста, отметьте красным цветом названия особенно значимых публикаций.

№ 4. Копия наиболее важных публикаций. Если публикации не на английском языке, пожалуйста, приложите краткую аннотацию (резюме) на английском языке.

№ 5. Автобиография (Curriculum Vitae).

№ 6. Рекомендательное письмо от работодателя заявителя и/или руководителя (например, декана факультета), свидетельствующее об академических способностях и подтверждающее возможность отпуска на период стипендии.

№ 7. Заверенная копия документа о получении ученой степени на английском языке.

Заявки рассматриваются комитетом Фонда с точки зрения академической ценности и научного уровня исследовательских проектов. Результаты будут направлены непосредственно заявителям к концу декабря 2013 года. Успешные кандидаты будут извещены письменно.

#### Адрес фонда:

The Matsumae International Foundation  
4-14-46 Kamiogi,  
Suginami-ku, Tokyo  
JAPAN 167-0043  
E-mail: contact2mif@mist.dti.ne.jp

Управление по НР и МС

## БИБЛИОТЕЧНАЯ ОРБИТА

### СПРОСИ У БИБЛИОГРАФА

С развитием информационных технологий в библиотеках различных уровней и подчинения происходят процессы совершенствования видов и методов обслуживания. Основные цели таких инноваций – удобство и быстрота доставки информации пользователям. Таким требованиям вполне соответствует новая услуга научной библиотеки ИПКСЗ «Спроси у библиографа», предоставляемая виртуальной справочной службой на сайте института со 2 сентября 2013 г. Подобная форма библиографического обслуживания достаточно давно, активно и успешно работает в Российской государственной библиотеке, Дальневосточной государственной научной библиотеке, Самарском областном медицинском информационно-аналитическом центре, Республиканском медицинском библиотечно-информационном центре (Татарстан, г. Казань), а также в других крупных общенациональных и специализированных информационных учреждениях.

Теперь любой медицинский специалист Дальневосточного региона имеет возможность воспользоваться основными библиографическими услугами, не обращаясь непосредственно в специализированный отдел научной библиотеки ИПКСЗ, а лишь оформив свой запрос через интернет на сайте института в соответствующем разделе.

Для начала необходимо выйти на сайт ИПКСЗ – <http://www.ipksz.ru/>. На выбор посетителя представлены два вида основополагающего – библиографического и текстового, – в котором следует найти раздел «Научная библиотека». Внутри раздела обозначена рубрика «Виртуальная спра-

вочная служба «Спроси у библиографа», после открытия которой нужно заполнить определенные поля регистрационного и содержательного характеров.

Сотрудники отдела справочно-библиографической и информационной работы научной библиотеки ИПКСЗ отвечают только на вопросы в области медицины и здравоохранения, пользуясь всеми локальными и доступными удаленными базами данных. Свои вопросы следует задавать, используя точные формулировки. В течение одного рабочего дня специалисты принимают не более пяти запросов, которые выполняют в порядке очереди. Стоит отметить, что разовое сообщение может содержать только один вопрос. В противном случае сотрудник ответит лишь на какой-либо по своему усмотрению. Сроки выполнения каждого запроса – в течение пяти рабочих дней.

Ответ на Ваш запрос будет отправлен по указанному Вами электронному адресу.

Более подробно ознакомиться с правилами пользования виртуальной справочной службой и ее возможностями можно на сайте ИПКСЗ в указанной выше рубрике, либо обратившись в отдел справочно-библиографической и информационной работы научной библиотеки ИПКСЗ (каб. 139).

Материал подготовила  
заведующая отделом  
справочно-библиографической  
и информационной работы  
С.В. Шершнев

## КНИЖНЫЕ НОВИНКИ К НАЧАЛУ УЧЕБНОГО ГОДА

Научная библиотека ИПКСЗ предлагает вашему вниманию наиболее интересные книжные новинки, приобретенные к началу нового учебного года от издательства «ГЭОТАР-Медиа».

**Контроль симптомов в паллиативной медицине / под ред. Г. А. Новикова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 248 с. – (Б-ка врача-специалиста: Онкология). – ISBN 978-5-9704-2367-7.**

В руководстве рассмотрены общие принципы и структура системы паллиативной помощи, изложены этиология и патогенез, клинические проявления и подходы к контролю патологических симптомов, наблюдающихся у пациентов с прогрессирующими неизлечимыми хроническими заболеваниями с неблагоприятным прогнозом. Описанные методы лечения эффективны, безопасны и удобны для применения как в стационарных условиях, так и в амбулаторно-поликлинической практике. Предназначено для онкологов, врачей общей лечебно-профилактической сети, сотрудников структурных подразделений системы паллиативной помощи.

**Роговская, С. И. Практическая кольпоскопия / С. И. Роговская. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с. – (Б-ка врача-специалиста: Акушерство. Гинекология). – ISBN 978-5-9704-2452-0.**

В книге представлены основы кольпоскопии – метода ранней диагностики предраковых состояний и рака, а также других доброкачественных заболеваний нижних отделов половых путей. Описаны основные методики ведения женщин с различной патологией и технологии лечения. Представлен вариант протокола кольпоскопического исследования.

**Управление и экономика здравоохранения: учеб. пособие / под ред. А. И. Валкова. – 3-е изд., доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 664 с. – ISBN 978-5-9704-2494-0.**

В учебном пособии представлены сведения по управлению и организации здравоохранения, экономике отрасли. Книга предназначена студентам медицинских вузов, слушателям системы послепланового образования, аспирантам, специалистам в области управления и экономики здравоохранения.

Библиотекой приобретен также ряд изданий издательства «Бином. Лаборатория знаний»:

**Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 т. Т. 2 / К. Вольф, Л. А. Голдсмит, С. И. Кацидр; под ред. А. А. Кубанова, О. Л. Иванова, А. Н. Львова; пер. В. П. Адакесевич. – М.: Бином, 2012. – 1000 с. – ISBN 978-5-9963-1113-2.**

Книга ведущих мировых специалистов представляет собой наиболее полное издание, охватывающее все аспекты клинической дерматологии. Авторам удалось представить весь спектр современных представлений о патогенезе, симптоматике, дифференциальной диагностике и комплексному лечению как наиболее распространенных, так и редких кожных болезней. Издание содержит более 1200 полноцветных иллюстраций. Книга предназначена для дерматологов и врачей общей практики.

**Морган, Дж. Э. Клиническая анестезиология: в 3 кн. / Дж. Э. Морган, М. С. Михаил, М. Дж. Марри; пер. А. М. Цейтлин. – 4-е изд. – М.: Бином, 2013.**

Новое издание подверглось значительным изменениям, отражающим последние изменения в специальности. В первой книге рассматриваются предмет и история развития анестезиологии; устройство и правила эксплуатации анестезиологического оборудования; методы мониторинга состояния больных во время оперативных вмешательств. Представлена подробная информация по клинической фармакологии анестетиков и лекарственных средств, использу-

емых при проведении анестезии. В специальном разделе освещены вопросы регионарной анестезии и лечения боли. Во второй книге рассмотрены физиологические основы проведения анестезии у пациентов с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, нервными и психическими расстройствами, нарушениями водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния. Руководство предназначено для врачей анестезиологов, реаниматологов и студентов медицинских учебных заведений.

Серия «Национальные руководства» пополнилась рядом изданий:

**Акушерство: нац. рук. / Рос. о-во акушеров-гинекологов, Ассоц. мед. о-во по качеству; под ред. Э. К. Айламазян, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1200 с. – (Национальные руководства). – ISBN 978-5-9704-2334-9.**

**ВИЧ-инфекция и СПИД: нац. рук. / Ассоц. мед. о-во по качеству; под ред. В. В. Покровского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 608 с. – (Национальные руководства). – ISBN 978-5-9704-2442-1.**

**Кардиология: нац. рук.: крат. изд. / Всероссийское науч. о-во кардиологов, Ассоц. мед. о-во по качеству. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 846 с. – (Национальные руководства). – ISBN 978-5-9704-2134-5.**

**Неонатология: нац. рук.: крат. изд. / Ассоц. мед. о-во по качеству, Рос. ассоц. специалистов перинатальной медицины; под ред. Н. Н. Володина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 896 с. – (Национальные руководства). – ISBN 978-5-9704-2443-8.**

**Общая врачебная практика: нац. рук.: в 2 т. Т. 2 / Ассоц. мед. о-во по качеству. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 888 с. – (Национальные руководства). – ISBN 978-5-9704-2346-2.**

Ортопедия: нац. рук. / Ассоц. мед. о-в по качеству, Ассоц. ортопедов и травматологов России; под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельниковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 944 с. – (Национальные руководства). – ISBN 978-5-9704-2448-3.

Офтальмология: нац. рук. / Ассоц. мед. о-в по качеству, О-во офтальмологов России, Межрегион. ассоц. офтальмологов России; под ред. С. Э. Аветисова, Е. А. Егорова, Л. К. Мошетовой, В. В. Нероева, Х. П. Тахиди. – М.:

ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 944 с. – (Национальные руководства). – ISBN 978-5-9704-2342-4.

Педиатрия: нац. рук.: крат. изд. / Ассоц. мед. о-в по качеству, Союз педиатров России; под ред. А. А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 768 с. – (Национальные руководства). – ISBN 978-5-9704-2343-1.

Психиатрия: нац. рук.: крат. изд. / Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. о-во психиатров; под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке,

А. С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 624 с. – (Национальные руководства). – ISBN 978-5-9704-2358-5.

Пульмонология: нац. рук.: крат. изд. / Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. респиратор. о-во; под ред. А. Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 800 с. – (Национальные руководства). – ISBN 978-5-9704-2445-2.

Информация предоставлена редактором библиотеки Н.В. Пассар

## ИНФОРМАЦИЯ, СОБЫТИЯ

### IV Дальневосточный съезд специалистов ультразвуковой диагностики

13–14 июня 2013 года в Хабаровске в Институте повышения квалификации специалистов здравоохранения Хабаровского края состоялся 4-й Дальневосточный Съезд специалистов ультразвуковой диагностики. Зарегистрировано 318 участников из большинства регионов Дальневосточного федерального округа. Наиболее представительными были делегации из Хабаровска и Хабаровского края (159 врачей), из Приморского края (47 врачей) и из Амурской области (27 врачей). Кроме того, были зарегистрированы и принимали активное участие в работе Съезда специалисты из Петропавловска-Камчатского, Еврейской автономной области, Сахалинской области, Магаданской области, Забайкальского края, Иркутской области и Якутии.

Инициаторами проведения Съезда выступила кафедра лучевой и функциональной диагностики Института повышения квалификации специалистов здравоохранения и Региональное отделение Российской Ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине. Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения были предоставлены прекрасные аудитории, в которых удобно разместились все участники Съезда. Были организованы выставка новинок литературы по вопросам ультразвуковой диагностики, продажа литературы по данной специальности. Портфель участников Съезда включал 2 пособия по ультразвуковой диагностике, подготовленные сотрудниками кафедры лучевой и функциональной диагностики. Гостей Съезда приветствовали скрипачи Хабаровской филармонии.



В фойе была развернута хорошо организованная выставка современных ультразвуковых сканеров ведущих производителей ультразвукового оборудования. В работе Съезда приняли участие и оказали спонсорскую помощь фирмы: ООО «Соноскейн-Самара», ЗАО «Тошиба Медикал Системз», ООО «Филипс», ООО «Миндрей Медикал Рус», ООО «ДжиИ Хэлскеа», ООО «Интермедика Ультрасаунд Групп», ООО «СоноРэй Медикал Групп», ЗАО «НПФ «БИОСС», Хитахи Алока Медикал Лтд., ЗАО «Медизис» SAMSUNG MEDISON, Smart Solutions (ООО «Техинвест»), ООО «Прайд Лайн», ООО «РУМЭКС Медикал», ЗАО «СПЕКТРОМЕД».

Научная программа Съезда оказалась обширной и включала интересные лекции, доклады и круглые столы по всем основным направлениям применения ультразвуковой диагностики в медицине, спателитные симпо-

зиумы с мастер-классами, а также презентации ведущих фирм – производителей ультразвуковой аппаратуры.

На пленарных заседаниях выступили с обзорными лекциями профессор из Москвы, Владимир, Новосибирска, Хабаровска (Митков В.В., Рыбакова М.К., Салтыкова В.Г., Зубарев А.Р., Зубарева Е.А., Балахонova Т.Е., Буланов М.Н., Миткова М.Д., Заболотская Н.В., Трофимова Е.Ю., Макагон А.В., Глазун Л.О.). Второй день Съезда состоял как из пленарных лекций, так и из секционных заседаний, проходивших параллельно в двух залах (ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии, ультразвуковая диагностика в педиатрии, ультразвуковая диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы, ультразвуковая диагностика в урологии, нефрологии, заболеваний поверхностно-расположенных органов, костно-мышечной системы). Многочисленные выступления ученых и специалистов на пленарных и секционных заседаниях охватывали основные аспекты ультразвуковой диагностики. Наряду с известными специалистами на Съезде выступило довольно много молодых ученых, при этом уровень сообщений в целом был достаточно высоким.

Представленная информация была полезна и интересна широкому кругу специалистов, практическим врачам, клиницистам различных направлений. На Съезде была единодушно принята резолюция, в которой ставятся и вопросы, требующие своего решения в министерстве здравоохранения Российской Федерации.

Культурная программа Съезда включала поездку на теплоходе по Амуру и товарищеский ужин с возможностью неформального общения между специалистами ультразвуковой диагностики.

Съезд явился большим событием в жизни врачей ультразвуковой диагностики Дальнего Востока, позволившим ознакомиться с последними научными достижениями в нашей специальности, обменяться опытом практической работы, ознакомиться с возможностями современного диагностического оборудования и новыми технологиями ультразвуковой диагностики.

Л.О. Глазун,  
заведующая кафедрой лучевой и функциональной диагностики

### О конкурсе молодых ученых

28–31 мая 2013 года министерство здравоохранения Хабаровского края и Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения провели в Хабаровске XII Международный конгресс «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения». В рамках программы конгресса 31 мая 2013 года состоялся конкурс молодых ученых, участие в котором приняли обучающиеся и молодые исследователи в возрасте до 35 лет. На конкурс было представлено работы одиннадцати докладчиков, из них пятеро являлись участниками прошедшей накануне итоговой конференции врачей-интернов и ординаторов. Всем участникам и зрителям предоставлялась «Программа конкурса молодых ученых», в которой подробно была указана информация о членах жюри, участниках конкурса, расписании выступлений. Выступление конкурсантов лимитировалось 10 минутами и 5 минут отводилось на обсуждение и вопросы по представленной теме. Однако, по нашему мнению, отведенного времени было не достаточно, т.к. представленные работы охватывали достаточно обширные области выбранной медицинской тематики и уложиться в отведенное время для выступления очень сложно, что наглядно было продемонстрировано большинством конкурсантов. Темы докладов затрагивали различные области медицинских наук, и каждая из представленных работ отличалась практической новизной и значимостью для развития современной медицины.

Победителями «Конкурса молодых ученых», проводимого в рамках XII Международного конгресса, стали: Астахова Н.А. «Консервативное лечение компрессионных переломов позвоночника I-II степени у детей

и подростков с применением реклинирующих устройств». Ассистент кафедры детской хирургии, травматологии и ортопедии ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России (научный руководитель: к.м.н., доцент Боляев Ю.В.).

Якимов Н.Н. «Операция трансплантации послылого слизистого желудка с области неба». Врач-интерн кафедры стоматологии ГБОУ ВПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» (научный руководитель: к.м.н., доцент Лучшева Л.Ф.).

Паненков А.Н. «Ранняя лапароскопическая диагностика и лечение острого аппендицита при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка». Аспирант кафедры хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии ФПК и ППС ГБОУ «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России (научный руководитель: д-р медицинских наук, проф. Ташкинов Н.В.).

Все участники отметили добродушную и приветливую атмосферу конкурса, положительную критику и интересные вопросы по докладом со стороны членов жюри и присутствующих гостей, выразили пожелания по поводу дальнейшего развития работы конкурса молодых ученых.

От всей души поздравляем участников конкурса и желаем творческих успехов во всех начинаниях!

О.Г. Рыбак,  
участница конкурса молодых ученых

## ОТ ЧИСТОГО СЕРДЦА

\*\*\*

Выражаем свою признательность заведующему кафедрой клинической фармакологии Сулейманову С.Ш. за интересные занятия, сообщения и расширение нашего кругозора в этой области. Приведенные примеры помогут в нашей повседневной практике. Материал доступен слушателям. Выражаем свою признательность Салавату Шейхвичу за представленную информацию и приятное общение.

Главный врач КГБУЗ «Инфекционная больница»  
С.И. Привалов  
и слушатели цикла «Побочные действия лекарственных средств»

\*\*\*

Выражаем благодарность коллективу кафедры анестезиологии и реаниматологии. Хотим отметить высокий уровень организации учебного процесса, профессионализм и доброжелательное отношение к слушателям. Огромную роль в организации учебного процесса играют учебные пособия, изданные коллективом кафедры в широком спектре методик с обобщенной методологией на основании собственного многолетнего опыта.

Хотим отметить тех, чьи труды и вклад в обучение, развитие и подготовку специалистов очень высоки и, безусловно, незаменимы: заведующего кафедрой, профессора Сухотина С.К., сотрудников кафедры Кима Е.С., Быкова Е.Л., Унжакова В.В. и куратора цикла О.В. Морозову.

Хотим пожелать нашим коллегам успешного дальнейшего развития и совершенствования.

Слушатели цикла «Избранные вопросы анестезиологии и реаниматологии»

\*\*\*

Военный комиссар Хабаровского края в связи с профессиональным праздником – Днем медицинского работника – отмечает доцента кафедры лучевой и функциональной диагностики Игоря Яковлевича Лупаненко за активное содействие и помощь в проведении медицинского обеспечения призыва, своевременного обследования граждан, призываемых на военную службу.

Военный комиссариат Хабаровского края

\*\*\*

Управление здравоохранения администрации города Хабаровска выражает благодарность руководителю победителя открытого конкурса в номинации «Лучшая творческая работа среди слушателей курсов повышения квалификации специалистов здравоохранения», кандидату медицинских наук Гончару Владимиру Владимировичу.

Начальник управления здравоохранения  
И.А. Шапиро

## КОНКУРС

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края объявляет выборы на должность заведующего кафедрой:

1. Заведующий кафедрой стоматологии – 1 ставка.

объявляет конкурс на замещение должностей профессорско-преподавательского состава:

1. Ассистент кафедры педиатрии и неонатологии – 0,5 ставки;

2. Доцент кафедры лучевой и функциональной диагностики – 1 ставка;

3. Ассистент кафедры нервных болезней, нейрохирургии и психиатрии – 1 ставка;

4. Старший научный сотрудник лаборатории медицинской экологии центральной научно-исследовательской лаборатории – 0,5 ставки.

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

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

## Поздравляем юбиляров!

ДУБРОВИНУ ГАЛИНУ ПАВЛОВНУ

КАЛОШИНУ ИРИНУ ПАВЛОВНУ

КОЖАРСКУЮ ОЛЬГУ ВАЛЕРЬЕВНУ

КОТЛОВСКУЮ НИНУ НИКОЛАЕВНУ

Желаем вам в работе вдохновения,  
В кругу семьи — тепла и доброты.  
Среди друзей — любви и уважения,  
А в жизни — сбывшейся мечты.

## Поздравляем с Днём рождения!

БОКАЧЕВУ ВАЛЕНТИНУ ПАВЛОВНУ

БЫКОВУ СВЕТАНУ АЛЕКСЕЕВНУ

ВАЩЕНКО ТАТЬЯНУ АНАТОЛЬЕВНУ

ВОЛОВИКА ВАЛЕРИЯ ЕВГЕНЬЕВИЧА

КАМЫШАНСКУЮ ОКСАНУ ИВАНОВНУ

КЛИМЕНКО ИВАНА ИВАНОВИЧА

КО СУН ОК

КОВАЛЕНКО ВИТАЛИЯ ЛЕОНИДОВИЧА

КОЗЫРЕВУ ТАМАРУ ГЕОРГИЕВНУ

КОНОПЛИНУ ТАТЬЯНУ НИКОЛАЕВНУ

КОРЗУНА ЮРИЯ АЛЕКСАНДРОВИЧА

КОРСАКОВА АЛЕКСАНДРА МАРАТОВИЧА

КОТЛОВСКУЮ НИНУ НИКОЛАЕВНУ

КРЮКОВА СЕРГЕЯ ГЕННАДЬЕВИЧА

ЛЕДОЩУК ЕВГЕНИЮ ВАЛЕРЬЕВНУ

МЕНЬШИКОВУ ОЛЬГУ ИВАНОВНУ

МИТНИКОВУ ВАЛЕНТИНУ ВАСИЛЬЕВНУ

МУРАВЬЕВА ИВАНА СЕРГЕЕВИЧА

ПАРШИНУ АЛЕНУ ВЯЧЕСЛАВОВНУ

ПОШАТАЕВА КИРИЛЛА ЕВГЕНЬЕВИЧА

САМСОНОВА ДМИТРИЯ АЛЕКСАНДРОВИЧА

СПИЦЫНУ ЛЮБОВЬ ФЕДОСЕЕВНУ

ТОВАРИЩЕВУ ТАТЬЯНУ АЛЕКСАНДРОВНУ

ТОПАЛОВА КЛИМЕНТИНА ПЕТРОВИЧА

ТУРОВЦЕВУ ЕЛЕНУ АЛЕКСЕЕВНУ

ЩЕРБАКОВУ ТАТЬЯНУ АЛЕКСАНДРОВНУ

## Здоровья, радости и счастья!

# Поздравляем с Днём рождения!

БУХОНКИНУ ЮЛИЮ МИХАЙЛОВНУ  
ВИТЬКО ЛЮДМИЛУ ГЕННАДЬЕВНУ  
ВОЖКОВУ ЕЛЕНУ ГРИГОРЬЕВНУ  
ГЛАЗУН ЛЮДМИЛУ ОЛЕГОВНУ  
ЗИГАНОВА АЛЬБЕРТА НУРИСЛАМОВИЧА  
КИМ ВОН ГИ

КОВАЛЕВСКУЮ АЛЛУ МИХАЙЛОВНУ  
КОЖАРСКУЮ ОЛЬГУ ВАЛЕРЬЕВНУ  
КОЗИНУ НАТАЛЬЮ АНАТОЛЬЕВНУ  
КОЛЕСНИКОВУ СОФЬЮ МИХАЙЛОВНУ  
КРАВЧУК АННУ ВАСИЛЬЕВНУ  
ЛИТВИНОВУ НАДЕЖДУ ИВАНОВНУ  
МОРОЗОВУ ОЛЬГУ ВЛАДИМИРОВНУ  
НАГАВКИНА АНАТОЛИЯ НИКОЛАЕВИЧА  
НЕСТЕРЕНКО ЕЛЕНУ ВАЛЕРЬЕВНУ  
НОСОВА СЕРГЕЯ ИВАНОВИЧА  
ПОЛУХИНУ ЕЛЕНУ ВЛАДИМИРОВНУ  
ПОПОВУ ОКСАНУ АЛЕКСЕЕВНУ  
ПРИХОДЬКО НИНУ ВЛАДИМИРОВНУ  
РУМЯНЦЕВУ НАТАЛЬЮ МИХАЙЛОВНУ  
САВОССКУЮ МАРИНУ МИХАЙЛОВНУ  
СИН НАТАЛЬЮ ХЕЕЛОВНУ  
СМИРНОВУ ВИКТОРИЮ ВАЛЕРЬЕВНУ  
СУЛЕЙМАНОВА САЛАВАТА ШЕЙХОВИЧА  
ФОРОНОВУ ЕЛЕНУ ВИКТОРОВНУ  
ЧЕРЧЕЛ НАТАЛЬЮ ВАЛЕРИЕВНУ  
ЧУГУНОВУ МАРГАРИТУ АЛЕКСАНДРОВНУ  
ЯКИМОВУ ИРИНУ ГЕНРИКОВНУ

## Здоровья, радости и счастья!

Ежемесячное информ. издание «Alma Mater»  
Учредители: ученый совет ИПКСЗ  
Гл. редактор: д-р мед. наук К.В. Жмеренецкий  
Ответственный секретарь: М.В. Рапопорт

Редактор: Е.Г. Вожикова  
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.ru