



Scientia potentia est. Знание — сила.

ALMA MATER

№ 2 (160)
21 февраля 2018 г.

Газета ученого совета Института повышения квалификации
специалистов здравоохранения

Выходит с 2002 г.

*«Человек редко преуспевает
в чем бы то ни было,
если его занятие
не доставляет ему радости».*

Дейл Карнеги



- СУДЬБЫ И СОБЫТИЯ. К ДНЮ ЗАЩИТНИКА ОТЕЧЕСТВА -

Освобождение Будапешта от немецко-фашистских захватчиков

73 года назад, 13 февраля 1945 года, советские войска освободили город Будапешт от немецко-фашистских захватчиков.

Стратегическая наступательная операция войск 2-го Украинского (командующий — маршал Советского Союза Родион Яковлевич Малиновский) и части сил 3-го Украинского фронта (командующий — маршал Советского Союза Фёдор Иванович Толбухин) с целью освобождения Будапешта началась 29 октября 1944 года. Наземные войска поддерживали авиация и Дунайская военная флотилия (командующий — контр-адмирал Георгий Холостяков).

В Будапештской операции вместе с советскими войсками сражались 1-я болгарская армия (с января 1945 года), румынские соединения и венгерский добровольческий Будапештский полк.

Войскам двух фронтов противостояли группа армий «Юг» (командующий — генерал-полковник Йоханнес Фриснер) и часть сил группы

армий «Ф» — всего 51 немецкая и венгерская дивизия и две бригады.

К моменту начала операции войска 2-го Украинского фронта вышли на рубеж Чоп, Сольнок, Бай, где им противостояли войска немецко-фашистской группы армий «Юг», а также части венгерской армии. Войска 3-го Украинского фронта, освободив Белград, готовились наступать в Задунайскую Венгрию.

Противник создал на подступах к Будапешту глубокую оборону, состоявшую из трех обводов, которые опирались флангами на реку Дунай севернее и южнее города (составная часть оборонительной линии «Маргарита»).

В конце октября части 2-го Украинского фронта нанесли фронтальный удар с целью овладения Будапештом, но сил для этого оказалось недостаточно. Наступление было приостановле-

23 февраля отмечается День защитника Отечества. Это всенародный праздник, который олицетворяет искреннее уважение общества к людям, связавшим свои судьбы с военной службой. Этот день напоминает нам историю России, в которой многие героические и трудные периоды связаны с борьбой за свободу и независимость нашей страны. Безусловно, одним из самых трагических, грандиозных и славных событий, оказавших колоссальное влияние на ход развития не только России, но и всего мира, является Великая Отечественная война. Победа в той войне — результат невероятных усилий, мужества, героизма и единства всего нашего народа. Об одном из событий Великой Отечественной войны и двух ее участниках — военных медиках — рассказывается в предлагаемой читателям подборке материалов.

но. В начале декабря войска левого крыла фронта вышли к Дунаю севернее и северо-западнее Будапешта, отрезав будапештской группировке противника пути отхода на север. Войска 3-го Украинского фронта к этому времени форсировали Дунай, вышли в район северо-восточнее озера Балатон и создали условия для совместных действий со 2-м Украинским фронтом.

Начав 20 декабря наступление, советские войска прорвали оборону противника севернее и юго-западнее Будапешта и, развивая успех, 26 декабря соединились в районе Эстергома, завершив окружение. В дальнейшем бои за город вела специально созданная Будапештская группа войск (командующий — генерал-лейтенант Иван Афонин, затем генерал-лейтенант Иван Манагаров) при участии венгерских добровольцев.

29 декабря советское командование направило окруженному немецко-венгерскому гарнизону ультиматум о капитуляции, но он был отвергнут, а парламентарии убиты.

18 января 1945 года советские войска после тяжелых боев овладели левобережной

- СУДЬБЫ И СОБЫТИЯ. К ДНЮ ЗАЩИТНИКА ОТЕЧЕСТВА -

частью города – Пештом. В правобережной части – Буде, превращенной в гигантскую крепость, ожесточенные уличные бои продолжались еще почти четыре недели. Стремясь сохранить памятники архитектуры и не причинять городу сильных разрушений, советское командование избегало применять тяжелую артиллерию

и авиацию. Главная тяжесть боев на улицах легла на небольшие штурмовые группы и саперов. Ситуация осложнялась неоднократными попытками деблокировать окруженный гарнизон. Лишь после провала третьей, наиболее активной попытки прорыва (18 января – 7 февраля) окруженная в Буде группировка

13 февраля прекратила сопротивление. В плен сдались более 138 тысяч солдат и офицеров противника.

Командовавший гарнизоном генерал Карл Пфедфер-Вильденбрух был взят в плен.

Из взятых советскими войсками европейских столиц самые длительные уличные бои были в Будапеште.



Безвозвратные потери 2-го и 3-го Украинских фронтов и Дунайской военной флотилии составили более 80 тысяч человек, санитарные – более 240 тысяч человек.

Успешное завершение Будапештской операции резко изменило стратегическую обстановку и позволило развить глубокий охват южного фланга немецко-фашистских войск. Венгрия вышла из войны на стороне фашистской Германии. Создалась угроза коммуникациям балканской группировки противника, который был вынужден ускорить отвод своих войск из Югославии. Войска 2-го и 3-го Украинских фронтов получили возможность развивать наступление в Чехословакии и на Вену.

9 июня 1945 года Указом Президиума Верховного Совета СССР была учреждена медаль «За взятие Будапешта». Ею награждались непосредственные участники штурма города, а также организаторы и руководители боевых операций. Медалью «За взятие Будапешта» награждено около 370 тысяч человек.

www.ria.ru

фото: www.nfcity.ru

- СУДЬБЫ И СОБЫТИЯ. К ДНЮ ЗАЩИТНИКА ОТЕЧЕСТВА -

Вениамин Васильевич Волков



Вениамин Васильевич Волков родился 20 января 1921 года в г. Ташкенте в семье Василия Фирсовича (военного летчика) и Марии Семёновны Волковых. С 1923 года жил в Петрограде. В 1938 году окончил с отличием специальную среднюю школу и поступил в Военно-медицинскую академию имени С.М. Кирова. В 1941–1942 годах – боец истребительного батальона в блокадном Ленинграде. За проявленное мужество был награжден медалью «За оборону Ленинграда». По окончании в мае 1942 года с отличием Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова был назначен на должность врача батальона воздушно-десантных войск.

С августа 1942 года и до последних дней войны В.В. Волков находился в действующей армии в составе 34-й гвардейской стрелковой дивизии. Служил врачом отдельного батальона, старшим врачом полка, командиром медицинского санитарного батальона. Прошел боевой путь от Астрахани до Линца – от Волги до Дуная. За успешную организацию медицинской помощи раненым при освобождении Ростова-на-Дону в феврале 1943 года был награжден орденом Красной Звезды. Позднее к его боевым наградам прибавились медали «За взятие Будапешта» и «За взятие Вены», а в конце войны – орден Отечественной войны 2-й степени.

В 1954 году В.В. Волков защитил кандидатскую, а в 1964 году – докторскую диссертации. В 1967–1989 годах возглавлял кафедру офтальмологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, будучи одновременно главным офтальмологом Министерства обороны СССР. При его руководстве научные исследования кафедры были направлены на изучение механических, химических, лучевых и комбинированных поражений органов зрения. В 1979 году присвоено воинское звание «генерал-майор медицинской службы».

16 февраля 1982 года за большие заслуги в развитии советской военной медицины начальнику кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова Волкову Вениамину Васильевичу присвоено звание Героя Социалистического Труда.

С 20 сентября 1989 года генерал-майор медицинской службы В.В. Волков – в отставке. Живет в Санкт-Петербурге. Продолжает работать профессором кафедры офтальмологии академии.

Более 20 лет В.В. Волков был председателем офтальмологической подсекции ученого

медицинского совета при начальнике Центрального военно-медицинского управления Министерства обороны СССР. С 1948 года был делегатом всех Всесоюзных и Всероссийских съездов офтальмологов. На протяжении более чем 30 лет является председателем правления Ленинградского (Санкт-Петербургского) научно-медицинского общества офтальмологов.

В.В. Волков – академик Лазерной академии наук РФ (1996), Академии медико-технических наук РФ (1997), почетный академик Российской академии естественных наук (2000). Состоит членом Международного общества исследователей глаза (ISER), Европейского общества офтальмо-онкологов (с 1993 года), Европейского общества исследователей глаукомы (с 1999 года). Почетный член Общества офтальмологов России (избран на VIII Съезде офтальмологов России). Почетный член Офтальмологических обществ Болгарии и Кубы.

Подготовил 13 докторов и 47 кандидатов наук. Многие из учеников возглавляли кафедральные коллективы и учреждения стран СНГ, более 10 из них стали профессорами.

Автор более 600 научных работ, в том числе 20 монографий, а также первого советского учебника для военных врачей «Общая и военная офтальмология» (1980). Ему принадлежит около 50 авторских свидетельств на изобретения оригинальных приборов и устройств для диагностики и лечения глазных болезней.

www.famous-birthday.ru

фото: www.eye-portal.ru

Георгий Синяков: как военврач спасал узников концлагеря

О многих подвигах советских людей во время Великой Отечественной войны стало известно лишь годы спустя. С помощью документов и очевидцев исследователи восстанавливали имена погибших героев. В 1961 году «ночная ведьма» летчица Анна Егорова (в замужестве Тимофеева) рассказала прессе, как ей спас жизнь в концлагере военврач Георгий Синяков. Журналисты начали поиск родственников погибшего героя. Оказалось, что Георгий Фёдорович Синяков жив, здоров и работает ведущим хирургом медсанчасти Челябинского тракторного завода. За 15 послевоенных лет скромный врач ни с кем не поделился рассказом о буднях концлагеря.

Фронт и плен

Георгию Синякову было 38 лет, когда фашисты вторглись в Советский Союз. Опытный врач с 13-летним стажем не колебался ни минуты — он решил, что его место на передовой. На второй день войны Георгий ушел на Юго-Западный фронт, где был назначен ведущим хирургом 119-го медсанбата.

Больше трех месяцев Синяков спасал раненых. В начале октября 1941 года под Киевом началась ожесточенная схватка отступающих соединений Красной Армии и атакующих гитлеровских войск.

5 октября у поселка Борщевка немцы окружили полевой госпиталь, который не успел эвакуироваться с отходящими советскими частями. Синяков не смог бросить раненых и вместе с ними попал в плен. Первоначально врач был направлен в лагерь Борисполь, позднее — в Дарницю. К маю 1942 года Синякова отправили в шталаг III А концлагеря Кюстрин, расположенный в 91-м километре от Берлина (сейчас это город Костшин-над-Одрой, находится на территории Польши). Заключенному Синякову был присвоен лагерный номер 97625.

Экзамен за колючей проволокой

Участок, где в Кюстрине содержались военнопленные из СССР, был огорожен дополнительными многослойными заграждениями из колючей проволоки. Изможденных полуголодных людей убивал тяжелый труд — добыча камня в карьере — а также избиения надзирателей.

В первые месяцы войны фашисты вообще не лечили советских заключенных. Приток десятков тысяч новых пленных сплошь покрывал убытки бесплатной рабочей силы, вызванные голодом и издевательствами. Но война приняла затяжной характер, и немцам пришлось задуматься о восстановлении человеческого ресурса. В Кюстрине был создан ревер (лазарет) для заключенных и предусмотрена должность бесплатного доктора из их числа.

Георгию Синякову был проведен настоящий экзамен. В комиссию вошли немецкий врач концлагеря Кошель и его коллеги, а также доктора-заключенные из Югославии, Великобритании и Франции. Полураспутый истощенный советский военврач уверенно и точно выполнил все задания, получив должность в ревере и неофициальное звание «русского доктора».

Лекарь на фабрике смерти

Палаты-баракы ревера вмещали до 1500 больных и раненых. Георгий Синяков ежедневно проводил до 5 операций и выполнял свыше 50 перевязок. Он лечил пневмонии, плевриты, прободающие язвы, остеомиелиты. Врач в буквальном смысле работал на износ — до 20 часов в сутки — но не мог дать себе передышку.

Как истинный врач Синяков не делал различия между пациентами. Как-то сын одного из лагерных сотрудников-немцев поперхнулся костью и начал задыхаться. Георгий Фёдорович блестяще провел операцию и буквально вернул мальчика с того света. Очевидцы рассказывали, что после этого рыдающая от страха за сына жена гестаповца стала на колени перед «русским доктором» и поцеловала ему руку.

После этого происшествия руководство лагеря назначило врачу усиленный паек и разрешило свободное перемещение по всей территории лагеря. Синяков большую часть дополнительного питания отдавал раненым. Он старался обменять дефицитное сало на картошку и хлеб — так продукты получало большее количество ослабленных людей.

Подпольщик

Несмотря на то, что почти круглосуточное лечение и спасение тысяч заключенных от смерти само по себе было подвигом, Георгий Фёдорович возглавил комитет подпольщиков концлагеря и нашел немало других способов вернуть пленным жизнь и свободу. Синяков организовывал заключенным побег, используя для этого свои медицинские познания. Это помогло ему спасти легендарную летчицу-штурмовика Анну Егорову. Враги мечтали устроить показательную казнь героини, дожидаясь ее выздоровления, а ей внешне становилось «все хуже и хуже». Георгий Фёдорович не устал изобретать новые способы спасения людей.

Ветеран-москвич Илья Эренбург в 2008 году поделился воспоминаниями. «К ноябрю 1944 года я был доведен в концлагере до полного изнеможения и должен был погибнуть. Меня спасли русский военнопленный доктор Синяков Георгий Фёдорович и немец-переводчик капрал Гельмут Чахер. Благодаря им меня поместили в отдельный бокс для больных туберкулезом, куда немецкий персонал старался не заходить», — рассказал он. Более того, Синяков сумел уничтожить документы солдата



с еврейской фамилией и сообщил гестаповцам, что это русский парень Белоусов. Вскоре был организован побег «Белоусова», после чего Эренбург дошел в звании лейтенанта до Берлина, после войны работал на заводе и прожил более 90 лет.

Освобождение из концлагеря и конец войны

12 марта 1945 года соединения Днепровской военной флотилии, 5-й ударной армии и 8-й гвардейской армии овладели городом Кюстрин. В преддверии отступления гитлеровцы загнали всех, кто еще мог передвигаться, в вагоны. Почти три тысячи человек — тех, кто был обессилен и не мог идти, — руководство лагеря приказало расстрелять. Рискуя сам нарваться на пулю, Георгий Синяков начал уговаривать фашистских охранников, чтобы те не убивали беспомощных людей. Врачу удалось совершить невозможное — гитлеровцы покинули концлагерь Кюстрин без единого выстрела, не тронув измученных заключенных.

Выйдя на волю, Синяков продолжил спасать людей. В первые же дни после освобождения он прооперировал более 70 раненых танкистов из соединения, освободившего лагерь. Георгий Фёдорович дошел с советскими войсками до Берлина и даже расписался на Рейхстаге. После демобилизации в 1946 году врач переехал в Челябинск, где преподавал в медицинском институте и руководил хирургическим отделением медсанчасти Челябинского тракторного завода.

Благодарность и память

Синяков после войны избегал воспоминаний о прошлом, считая, что он лишь выполнял свой долг, а «победа ковалась не в плену». После публикации в 1961 году воспоминаний летчицы Анны Егоровой журналисты отыскивали молчаливого героя и написали о нем. В адрес Георгия Фёдоровича хлынули тысячи писем от спасенных им когда-то людей.

Георгий Синяков прожил 74 года. На похороны врача пришли больше тысячи человек — многие прилетели издалека, чтобы проводить в последний путь «ангела концлагеря Кюстрин». Почти 40 лет прошло со дня смерти бескорыстного доктора, но до сих пор на его могилу приносят живые цветы. Подвигу Синякова посвящен раздел в Челябинском Музее медицины.

Здоровое питание – мистика?

Израильские ученые доказали, что здорового питания не существует.



Институт Вейцмана в Израиле провел необычное исследование. В течение нескольких лет ученые наблюдали за группой добровольцев из 800 человек. Участников эксперимента разделили на две группы. Первые ели только «здоровую» пищу,

а вторые – то, что принято считать нездоровым питанием: полуфабрикаты, чипсы, газированные напитки, замороженные продукты и т.д. (всего в исследовании было задействовано около 47 000 продуктов).

Профессоры Эран Элинав и Эран Сегал с коллегами, проводившие исследование, пришли к необычному выводу. Оказалось, что организм наблюдаемых реагировал на пищу сугубо индивидуально. У участников обеих групп наблюдались как положительные изменения, так и отрицательные.

В частности, изменения уровня сахара в крови в ответ на одну и ту же еду у разных участников эксперимента отличались кардинальным образом. Именно поэтому мы часто можем наблюдать, как один человек стремительно набирает килограммы, в то время как другой на такой же диете остается стройным.

В настоящее время диетологи ориентируются на так называемый гликемический индекс, который и определяет, насколько та или иная пища является «здоровой» для всех. Однако результаты исследования показали, что один и тот же продукт по-разному влияет на уровень сахара у разных людей. Например, у одной из женщин, участвовавших в исследовании, и до этого перепробовавшей множество диет в попытках похудеть, оказалось, что ее уровень сахара «подскакивает» после употребления томатов. У других, например, бананы провоцировали более явные изменения, чем сладкая выпечка.

В докладе, подготовленном по результатам исследования, говорится о том, что «здоровые» и «нездоровые» продукты должны определяться для каждого человека индивидуально, причем в определенный момент его жизни. Именно поэтому «здорового питания для всех» не существует, а подбирать продукты питания нужно основываясь на реакции микрофлоры кишечника на различную пищу.

www.vrachirf.ru

фото: www.dolgo-zivi.ru

Минздрав РФ вывел четыре обязательных критерия здорового образа жизни

Минздрав РФ определился с основными критериями здорового образа жизни, которые должны выполняться одновременно, сообщил гендиректор Национального медицинского исследовательского центра кардиологии, главный внештатный специалист министерства по профилактической медицине, профессор, доктор медицинских наук Сергей Бойцов.

«Что такое здоровый образ жизни? Не выдуманное понятие, а понятие вычисленное. Это когда человек выполняет четыре условия: первое – не курит, второе – если он потребляет не менее чем 400 граммов овощей и фруктов в день, третье – занимается умеренной и высокой активностью не менее 30 минут, например, ходьбой в интенсивном темпе. Четвертое условие – нормальное или низкое потребление соли, то есть не более 5 граммов в сутки», – заявил Бойцов на пресс-конференции в центральном офисе «Интерфакса» 24 января 2018 года.

Он отметил, что, например, «если человек курит и выполняет все остальные условия, то его образ жизни уже нездоровый». «Речь идет о том, что все четыре фактора должны быть одновременно, только тогда это реально здоровый образ жизни», – пояснил Бойцов.

«Если человек имеет такой набор положительных качеств образа жизни, то вероятность смерти от болезней системы кровообращения или общей смертности у него в течение трех лет снижается на 50 % в сравнении с теми людьми, у которых нет этих положительных признаков. Вот почему мы включили эти переменные», – сказал Бойцов.

Алкоголь пока изучают

Между тем, специалисты пока не определились по поводу потребления алкоголя и его влияния на смертность.

«По поводу алкоголя мы сейчас дополняем, но пока в своих расчетах, которые нам показали, что это действительно позволяет снизить смертность от болезней системы кровообращения и общую смертность примерно на 50 %, фактор алкоголя пока не был введен, поэтому эти расчеты еще не закончены», – сказал Бойцов.

По его словам, эти данные основаны на результатах исследований ЭССЕ-РФ (эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний), проводимых в России.

Опросы не помогут

По словам эксперта, одним из ключевых вопросов является количественное определение качества реализации как Стратегии здорового образа жизни (ЗОЖ) населения, контроля и профилактики неинфекционных заболеваний до 2025 года, так и приоритетного национального проекта ЗОЖ россиян.

- ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ -

«Самый простой путь – это то, что делает фонд изучения общественного мнения – проводит опросы: вы привержены, то есть вы знаете, что такое здоровый образ жизни? 70 % говорят, что знают, 60 % говорят, что привержены, хотя на самом деле это не так», – заявил Бойцов.

Между тем, несмотря на необходимость подобных опросов, которые показывают тренды, судить о количественной точной оценке можно только на основании специальных исследований – федеральных и региональных, которые реализуются в России с 2011 года. Бойцов пояснил, что речь идет об ЭССЕ-РФ: в федеральном масштабе реализуется большой проект с 2011 года, и с регулярностью в пять лет делаются замеры распространенности факторов риска, в то же время с регулярностью раз в год измеряется наличие конечных точек в 12 субъектах РФ.



«Плюс ко всему сейчас создан механизм, конечно, менее точный, но более дешевый, более масштабный – ВОЗовская технология STEPS (предложенный Всемирной организацией здравоохранения поэтапный подход), которая позволяет оценить меньшее количество факторов риска, но более доступными, дешевыми средствами», – отметил Бойцов.

www.interfax.ru

- ХАБАРОВСКИЙ КРАЙ. НОВОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ -

Бригады скорой помощи в Хабаровске будут работать под защитой

Врачи хабаровской станции скорой медицинской помощи смогут послать сигнал о нападении.

Нападения и угрозы в адрес врачей, прибывших по экстренному вызову, к сожалению, не редкость. По словам заместителя главного врача станции скорой медицинской помощи Хабаровска Андрея Духовного, бригадам достаточно часто приходится сталкиваться с неадекватным поведением пациентов, среди которых встречаются люди в состоянии алкогольного и сильного наркотического опьянения. Находясь в квартире, врачи, большинство из которых женщины, как правило, не могут сообщить водителю об угрозе их жизни и здоровью.

Теперь врачей обеспечат «тревожными» кнопками.

– Мы достигли договоренностей с Росгвардией, – говорит Андрей Духовный. – Сейчас внедряется система безопасности. Врачи получат возможность незаметно подать сигнал на пульт централизованного наблюдения Росгвардии. Время реагирования составляет 3–4 минуты в любом районе города. На место придут бойцы, имеющие право применять оружие и спецсредства, а также задерживать злоумышленников. У ЧОПов таких полномочий нет.

Система начнет функционировать в ближайшее время. Сейчас сотрудники станции скорой помощи знакомятся с оборудованием, которым будут пользоваться все 62 хабаровские бригады.

www.todaykhv.ru

«Я твой донор!» скажут хабаровчанам

Хабаровский край вошел в число 10 регионов страны, где будет реализовываться общероссийское гуманитарно-образовательное движение «Я твой донор». Оно направлено на увеличение числа доноров. Для этого в крае будут проведены дополнительные мероприятия по работе с населением.

– Это президентский грант, который мы будем реализовывать совместно с «Красным Крестом». Это будут различные фестивали, флешмобы с привлечением волонтеров, информационные встречи, а также наши постоянные акции. Несмотря на то, что доноров сейчас хватает, всё может измениться. Например, доноры со стажем – им нужна постоянная замена, потому что ресурсы человека не безграничны. Или даже тот факт, что около 60 % доноров – это студенты до 25 лет. Молодые люди после учебы могут уехать, поэтому рекрутирование должно происходить, – рассказала

заместитель главного врача по медицинской части КГБУЗ «Краевая станция переливания крови» Елена Зейлер.

Стоит отметить, что на весь Хабаровский край на сегодняшний день работают всего две таких станции: в Хабаровске и в Комсомольске-на-Амуре. Приходящие сюда доноры закрывают все потребности края.

www.todaykhv.ru

Узнать всё о состоянии здоровья хабаровчане могут за 40 минут

О рисках развития заболеваний хабаровчане могут узнать в одно посещение. В рамках национальной программы «Здоровая Россия» каждый желающий может пройти скрининговое обследование бесплатно в одном из центров здоровья.

– Можно определить развитие ишемической болезни сердца, заболевания органов дыхания, сахарный диабет, глаукому, заболевания полости рта, в том числе и онкологические. Также специалисты проводят оценку уровня психологического и соматического здоровья на основании тестирования на аппаратно-программном комплексе. Хабаровчане смогут получить также рекомендации по питанию, двигательной активности, формированию здорового образа жизни. А при необходимости выдаются направления на дополнительное обследование, – рассказали в городском управлении здравоохранения.

Жители Хабаровска могут сдать кровь на холестерин, сахар, проверить работу сердца при помощи компьютерного расчета и 3D-визуализации, изучить функции внешнего дыхания. Также система специального скрининга позволяет оценить качество артериального кровотока в нижних конечностях для диагностирования инфаркта миокарда, инсульта. В центрах измерят соотношение содержания в организме мышечной массы, жира и воды, определят внутриглазное давление.

– Центры здоровья созданы для здоровых и практически здоровых людей, ведь основной задачей этих учреждений является профилактика заболеваний, а не их лечение. Любую болезнь в большинстве случаев можно предотвратить, если узнать о ней как можно раньше. Тем более что обследование займет около 30–40 минут, – уточнили в управлении.

В Хабаровске получить подробную диагностику можно в КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр «Вивея», КГБУЗ «Клинический центр восстановительной медицины» и КГБУЗ «Клинико-диагностический центр». К слову, для детей также действует подобная программа. Проверить своего ребенка можно в Детской городской клинической поликлинике № 3 и в Детской краевой клинической больнице имени А.К. Пиотровича.

www.todaykhv.ru

В Хабаровске создается Центр колопроктологии

Первый шаг на пути создания в Хабаровске Центра колопроктологии, на котором бы «замыкался» весь Дальний Восток, уже сделан. Об этом рассказал министр здравоохранения Хабаровского края Александр Витько.

– Александр Валентинович, как сильно нашему краю необходим такой Центр?

– Очень необходим. В статистике смертности от онкологических заболеваний рак толстой кишки вышел на второе место в РФ. Сегодня одной из серьезнейших проблем в современной гастроэнтерологии являются воспалительные заболевания кишечника (ВЗК). Поздняя, несвоевременная диагностика ВЗК приводит к увеличению числа тяжелых форм заболевания, их осложнений и частоты оперативных вмешательств, выходу на инвалидность людей молодого, трудоспособного возраста. Наиболее часто подвержены таким заболеваниям люди 20–40 лет, дети.

– Это должно быть такое же масштабное учреждение, как, к примеру, Центр сердечно-сосудистой хирургии или онкологический центр в Хабаровске?

– В перспективе да, таковы наши намерения. Сейчас Центр колопроктологии создается на базе 10-й городской больницы Хабаровска. Сейчас идет ремонт помещения, затем будет установлено оборудование, прописана идеология.

– Что значит идеология?

– Мы четко пропишем, куда и с какой патологией пациенты должны направляться. Для этого будем собирать хирургические данные больных,



в том числе раком прямой и толстой кишки. Когда этот центр будет приведен в соответствие всем требованиям, он будет оказывать помощь пациентам не только Хабаровского края, но и всего Дальнего Востока. Нас в этом плане поддержал директор Государственного научного центра колопроктологии имени А.Н. Рыжих, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН Юрий Шелыгин.

– Центр в 10-й больнице может стать предтечей Дальневосточного центра колопроктологии в Хабаровске?

– Конечно. Сейчас нужно, чтобы нас взяли за руку и провели по этому сложному пути, чтобы мы нигде не споткнулись. Нужно подготовить специалистов. Нужно владеть технологиями, которых сегодня много, но мы о них не знаем. Поэтому с научным центром имени А.Н. Рыжих мы будем подписывать соглашения. Хотим, чтобы наши врачи учились на базе этого ведущего в стране Центра, чтобы московские врачи приезжали к нам и помогали нашим хирургам проводить операции, ставить на ноги пациентов именно в нашем лечебном учреждении, чтобы могли при необходимости консультировать особо сложных пациентов. Мы создадим базу для такого Центра, но важно привезти сюда самые современные органосохраняющие технологии в лечении воспалительных и онкологических заболеваний кишечника и обучить этим технологиям наших специалистов.

И еще один момент касается бюджетных средств. Распылять их по субъектам ДФО – дорого. На наш взгляд, было бы хорошо аккумулировать эти средства на территории Хабаровского края. Из проктологического отделения 10-й больницы сделать настоящий проктологический центр и оказывать помощь всем жителям Дальневосточного региона. Другим дальневосточным регионам РФ останется хорошо наладить диагностику и оплачивать проезд в Хабаровск тем пациентам, которые нуждаются в медицинской помощи.

КСТАТИ

Эти и другие вопросы здравоохранения обсуждались в Законодательной думе Хабаровского края при участии представителей Комитета Совета Федерации по социальной политике, Экспертного совета по здравоохранению этого комитета, депутатов регионального парламента, представителей исполнительных органов государственной власти Хабаровского края и

других субъектов РФ, научных и профессиональных организаций, ведущих медицинских экспертов.

Чтобы не допустить роста инвалидности людей из-за поздней диагностики заболеваний, участники сошлись во мнении – краю необходим Центр по диагностике и лечению заболеваний кишечника. Он позволит увеличить доступность специализированной помощи, проводить современные диагностики и лечение.

По итогам выездного заседания эксперты рабочей группы сформулировали ряд предложений Министерству здравоохранения РФ, в том числе по оказанию информационной и организационно-методической поддержки при создании Федерального регистра пациентов, страдающих ВЗК.

www.todaykhv.ru

фото: zdrav.khv.gov.ru

Жители Хабаровского края выбрали лучшие медицинские организации

В Хабаровске вручили дипломы победителям народного рейтинга «Клиника года – 2017». Такое голосование проводилось в регионе впервые.

Жители края отдавали свои голоса в течение четырех месяцев, с сентября по декабрь. Номинировались на звание лучших и крупные, и небольшие медучреждения, причем как государственные, так и частные.

– В работе врача есть сегодня две самые главные составляющие. Это передовые технологии и безупречное отношение к пациенту. И чем больше и лучше мы будем трудиться, тем больше доверия к системе здравоохранения будет у людей. С удовольствием вручаю призы сегодня лидерам народного рейтинга. А для тех, кто в него не попал – это повод задуматься над повышением качества обслуживания населения, – отметил министр здравоохранения Хабаровского края Александр Витько.

Лучшие клиники выбирались по нескольким позициям, в том числе «Лучшая многопрофильная клиника» (победителем стала Дорожная клиническая больница), «Лучшая клиника семейного здоровья» (победитель – медцентр «Доктор А»), «Клиника с лучшим сервисом» (первенство у детской городской больницы № 9).

– Факт именно народного признания крайне приятен и важен для нас. Это говорит о том, что, начиная свое дело десять лет назад, мы пошли в верном направлении и смогли стать полезными для нескольких тысяч пациентов, которые сегодня есть в нашей базе данных, – поделился впечатлениями главный врач клиники стоматологического и ЛОР-профиля «Иволга», победившей в категории «Услуги оториноларингологии», Иван Бурлака.

Дипломы и памятные символы были вручены также и победителям рейтинга, который составили эксперты регионального минздрава. Причем в одном случае их мнение полностью совпало с мнением обычных людей: лучшим травматологическим пунктом признан травмпункт ККБ № 2.

www.todaykhv.ru

НМО: на перекрестке мнений

Непрерывное медицинское образование (НМО) – большой вопрос для медицинских работников и провизоров. С одной стороны, кажется, что получение баллов по системе НМО не представляет особой сложности. С другой стороны, сама система представляется медработникам и провизорам непонятной, абсолютно непродуманной и, главное, не приспособленной для специалистов.

НМО вводится для того, чтобы медицинский или фармацевтический работник постоянно повышал свою квалификацию, был в курсе современных подходов и методик лечения заболеваний. Для этого специалист должен регулярно получать кредитные единицы, посещая конференции, образовательные курсы и семинары. Каждому специалисту требуется

набрать определенное количество баллов, чтобы подтвердить действительность своего сертификата врача или провизора, без которого он не может осуществлять свою профессиональную деятельность. Обучение в системе НМО должно быть бесплатным для работников системы здравоохранения и оплачиваться из средств ФОМС.

НМО за свой счет

Однако на деле ситуация значительно отличается от того, что декларируется. Провизоры и врачи жалуются, что чаще всего ФОМС ничего не оплачивает, и проходить обучение они вынуждены за свой счет.

Так, фтизиатр из Орла пишет, что уже два года учится за собственные деньги просто потому, что их медицинская организация не работает с ФОМС. «В итоге для меня «бесплатные» баллы обходятся дороже платных», – комментирует врач.

Его коллега из Санкт-Петербурга говорит, что в их городе ситуация не лучше: «Я пыталась подать заявку на обучение за полгода. В сентябре, когда появилось расписание, мне сказали, что заявки подаются за 21 день. Когда я сделала это вновь, оказалось, что бесплатных мест не осталось, да и на работе отказались согласовывать заявку. В итоге недельный курс я прошла за свои деньги – 10 тыс. рублей. Ничего нового не узнала».

Отдельная каста – врачи частных клиник. «О нашем существовании вообще забывают при создании регистров, при организации НМО, подсчете зарплат. Даже если предположить, что не все из нас одинаково хороши, это вовсе не значит, что частной медицины совсем нет, и что нам не нужны рабочие места», – добавляет кардиолог из Москвы.

НМО не дает знаний

Медработников особо огорчает и то, что знаний образовательные курсы в системе НМО, как правило, не дают. Педиатр из Оренбурга добавляет, что многие преподаватели сами ни разу не видели больного, «так чему они могут научить?»

Медицинские специалисты совершенно не против того, что врач должен постоянно обучаться, но организовано это должно быть иным образом.

«Гораздо полезнее научить обобщать информацию из научных журналов, систематизировать или проводить свои небольшие наблюдения, пусть хоть это будет минимальная выборка из 10 или 20 пациентов, – считает кардиолог из Москвы. – Надо так всё организовать, чтобы у врача были время и силы на самостоятельную работу. Врач должен сам читать, набирать минимальный материал, взаимодействовать с профессорами. А у нас профессора – сами по себе, врачи – отдельно».

Нефролог из Омска подтверждает мысль: «В свое время меня научили всему и, главное, научили мыслить самостоятельно, не бояться принимать решения, постоянно читать, искать нужную информацию, чтобы поставить пациенту правильный диагноз и назначить лечение. Таким должно быть обучение!» «А именно этого у нас в системе НМО нет, – соглашается кардиолог из Набережных Челнов. – Можно перечитать хоть все нужные тебе источники, но баллов ты за это не получишь. Зато принудительно в десятый раз слушать одно и то же ты обязан».

Система НМО не продумана

Помимо претензий к качеству образования, врачи считают систему громоздкой и неудобной. Зато, как выразился терапевт из Уфы, «все сыты и загружены работой».

«Я считаю, что достаточно раз в пять лет пройти дистанционное обучение, также дистанционно сдать экзамен, получить по электронной почте сертификат и всё. А это НМО только мешает людям работать», – пишет рефлексотерапевт из Читы.

Система НМО не предусматривает и того, чтобы обучение проходили женщины-врачи, находящиеся в декрете. Судя по комментариям медицинских работников, набрать баллы во время декретного отпуска сложно, а получить «отсрочку» нельзя. «Набрать дистанционно свои баллы через Интернет нельзя, да и возможности у меня такой нет, так как сижу дома со школьником и грудничком. И что, меня увольт по выходу из декрета?» – интересуется невролог из Смоленска.

«Действительно, женщина, родившая ребенка, имеет законное право на 3 года полностью отойти от профессиональной деятельности. Получается, НМО этот факт игнорирует. Даже в вузе можно взять академический отпуск, а здесь – нет», – соглашается офтальмолог из Йошкар-Олы.

Врач функциональной диагностики из Волгограда выход из этой ситуации видит в прохождении заочных циклов повышения квалификации, которые длятся 36 часов. «Только оплачивать такой цикл придется самостоятельно на договорной основе как физическое лицо. Хотя даже работающим врачам работодатели не оплачивают эти циклы НМО, ссылаясь на отсутствие приказа Минздрава, обязывающего это делать», – добавляет он.

Получается, что система НМО только на бумаге выглядит стройной и продуманной. Однако при реальном применении ее в жизнь всё оказы-

вается намного сложнее и запутаннее. «Мне кажется, что само Министерство здравоохранения до конца не понимает, что такое НМО, поэтому в данном вопросе такая неразбериха», – комментирует офтальмолог из Йошкар-Олы. А психиатр из Москвы уверен, что «все эти проекты с НМО – преступление, направленное на выдавливание остатков медицинских кадров».

Врачи, обсуждая систему непрерывного медицинского образования, пытаются рассуждать логически: если у специалиста есть диплом врача, удостоверение об окончании интернатуры, запись в трудовой

книжке об окончании клинической ординатуры и учебе в аспирантуре, сертификат специалиста по другой медицинской специальности, то понятно, что он приложил максимум усилий для достижения такого результата. Это – и множество прочитанных монографий, и учебников, прослушанных лекций, и самостоятельно изученного материала. Такой «послужной список» уже является главным подтверждением действительности сертификата. И если врач пять лет каждый день удаляет пациентам аппендикс, то он знает, как это делать. Забыть он этого уже не сможет. Зачем же каждый раз это доказывать?

Так считают многие специалисты. Они не видят смысла в НМО. Подытоживая, врач-педиатр из Санкт-Петербурга сказал, что сам игнорирует НМО и не собирается набирать баллы: «У меня нет времени этим заниматься. Считаю, что врач должен иметь выбор: или НМО, или обучение один раз в пять лет».

www.lekoboz.ru

фотомо: www.tass.ru



Профстандарт пульмонолога с новыми функциями появится в 2018 году

В профстандарте пульмонологов будут принципиально новые функции, права и обязанности. Новый профстандарт пульмонолога Минздрав выпустит в первой половине 2018 года. Об этом сообщил Андрей Белевский, главный пульмонолог Москвы.

«И это многое изменит: у нас будут во многом другие функции, права и обязанности. Соответственно, изменятся стандарты образования – чему и как учить. Нам предстоит тяжелая, но очень интересная работа по собственному перевоспитанию», – отметил Белевский.

www.zdrav.ru

Новые сроки аккредитации

Минздрав уточнил сроки и этапы аккредитации медицинских работников. Сроки и этапы обозначили для тех, кто будет проходить процедуру в 2018, 2019 и 2020 годах.

Минздрав России Приказом № 1043н уточнил сроки и этапы аккредитации специалистов, имеющих медицинское и фармацевтическое образование.

С 1 февраля 2018 года аккредитацию проходят:

- лица, получившие высшее образование по основным образовательным программам «Здравоохранение и медицинские науки» (уровень специалитета) и имеющие документы об образовании и (или) о квалификации;
- лица, получившие после 1 января 2018 года среднее профессиональное образование в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами в области образования «Здравоохранение и медицинские науки».

С 1 января 2019 года аккредитацию проходят:

- лица, получившие после 1 января 2019 года высшее образование по основным образовательным программам в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами в области образования «Здравоохранение и медицинские науки» (уровень ординатуры), требования к результатам освоения основных образовательных программ профессионального образования в части профессиональной компетенции которых сформированы на основе соответствующих профессиональных стандартов;
- лица, получившие после 1 января 2019 года высшее образование по основным образовательным программам в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами в области образования «Здравоохранение и медицинские науки» (уровень бакалавриата, уровень магистратуры);

• лица, получившие после 1 января 2019 года дополнительное профессиональное образование по программам профессиональной переподготовки, разработанным на основании установленных квалификационных требований, профессиональных стандартов и требований соответствующих федеральных государственных образовательных стандартов среднего профессионального и (или) высшего образования к результатам освоения образовательных программ.

С 1 января 2020 года аккредитацию проходят:

- лица, получившие после 1 января 2020 года медицинское и фармацевтическое образование в иностранных государствах;
- лица, получившие после 1 января 2020 года иное высшее образование по основным образовательным программам в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами, требования к результатам освоения основных образовательных программ профессионального образования в части профессиональной компетенции которых сформированы на основе соответствующих профессиональных стандартов.

Иные лица, не прошедшие процедуру аккредитации специалистов, будут проходить ее с 1 января 2021 года.

Приказ Минздрава России от 22 декабря 2017 года № 1043н зарегистрирован в Минюсте России 19 января 2018 года.

www.zdrav.ru

В 2018 году у врачей-гериатров будут профстандарт и новые функции

Профстандарт врачей-гериатров сейчас находится на завершающей стадии согласования с Минздравом России.



Гериатры будут не только лечить пожилых людей, но и выявлять их биологический возраст, разрабатывать индивидуальные программы для замедления старения, решать социальные вопросы. Об этом сообщила главный внештатный гериатр Минздрава Ольга Ткачева.

По ее словам, до настоящего времени врачи-гериатры дублировали работу терапевтов для пожилых людей. В соответствии же с профстандартом у таких специалистов появятся новые задачи.

Одна из них – комплексная гериатрическая оценка, позволяющая определить функциональную, когнитивную и физическую сохранность человека. На ее основе для каждого пациента будет разрабатываться индивидуальная программа.

Цель – не просто лечение хронических заболеваний, но еще и замедление процессов старения, оценка влияния внешней среды и бытового окружения на здоровье пожилого человека.

После согласования профстандарта в Минздраве России последует обсуждение документа профессиональным сообществом. Предполагается, что он начнет действовать уже в следующем году.

www.zdrav.ru

фото: www.riaami.ru

Российские ученые избавят диабетиков от необходимости сдавать «кровь на сахар»

Сотрудники МГУ им. М.В. Ломоносова предлагают анализировать уровень сахара по выдыхаемому человеком воздуху. Этот метод не повреждает кожу и снижает риск случайного заражения.

Комментирует профессор кафедры аналитической химии химического факультета МГУ Аркадий Карякин: «Мы доказали, что в выдыхаемом человеком воздухе содержится глюкоза, и показали, почему раньше ее не удавалось зарегистрировать. Мы выявили положительную корреляцию: изменение концентрации глюкозы в крови вызывает похожее изменение ее содержания в выдыхаемом воздухе. Это открывает возможности неинвазивного мониторинга диабета».

Исследователи провели эксперимент. Сначала они измеряли у доб-



ровольцев уровень сахара по крови. А потом сравнили полученные результаты с итогом анализа конденсата выдыхаемого воздуха. Выдыхаемый воздух исследовали с помощью биосенсоров. Оказалось, тестирование воздуха является надежным методом оценки уровня сахара, вполне сравнимым по точности с анализом крови.

www.rg.ru

фото: www.med.cap.ru

Ученые Томска и Германии создадут первый в мире прототип рентгеновского микроскопа

Радиофизики Томского государственного университета вместе с учеными из немецкого электрон-синхротронного центра DESY к 2020 году создадут первый в мире прототип рентгеновского микроскопа. Его можно будет применять для изучения клетки, тканей и длинных белковых молекул.

Микроскоп создается для исследования клеток и их структур. Сегодня есть приборы, которые позволяют делать это при помощи электронной микроскопии. Однако в этом случае происходит разрушение объекта исследования вследствие его бомбардировки электронным пучком. В рентгеновском микроскопе воздействие будет не таким сильным и, соответственно, разрушение объекта будет проходить медленнее, что увеличит время его возможного изучения.



Это новый инструментарий для исследований в области биологии и медицины, подчеркивают разработчики. Ученые смогут изучать процессы на клеточном уровне, проводить достаточно длительные наблюдения без разрушения объекта. Возможно, микроскоп позволит приблизиться к пониманию развития каких-то заболеваний. Также можно будет наблюдать, какие изменения происходят в клетках при воздействии лекарственных препаратов.

www.vesti.ru

ВОЗ промахнулась: в вакцинах от гриппа не оказалось самого активного в этом эпидсезоне вируса

В Европе – эпидемия гриппа, а значит, скоро она придет в Россию. Чаще всего там инфицируются вирусом гриппа В (Ямагата) – а как раз его и нет среди вирусов, вошедших в вакцину, которой привили 46 % населения нашей страны. Четырехвалентные вакцины, в которые этот тип включен, в России не производятся.

«Австралийский грипп» – наш давний знакомый

Центральные телеканалы рассказывают о страшном вирусе гриппа А, который стал причиной эпидемии в Австралии полгода назад. Действительно, Австралийский центр по наблюдению за гриппом сообщает: «На национальном уровне заболеваемость по гриппу была самой высокой с 2009 года. Болело больше людей, чем в прошлые сезоны, но инфекция была не более серьезной, чем всегда. А летальность выше, поскольку число заболевших больше». Население Австралии поражал известный нам грипп А(Н3N2) – тот же, что лидировал в России и Европе в прошлом году.

В первую неделю 2018 года в Европе заболеваемость гриппом и ОРВИ росла, в трех странах отмечалась высокая заболеваемость, в 15 – средняя, в 28 странах – низкая. У заболевших был выявлен 671 вирус А(Н1N1) pdm09 – «свиной», 847 – подтипа А(Н3N2), 3372 – несубтипированные А и 6528 вирусов типа В.

Что такое «ямагатский» вирус?

Как сообщил Роспотребнадзор, в конце декабря в Европе среди циркулирующих вирусов преобладали А(Н3N2) и В/Ямагата: «В образцах из дозорных источников доля вирусов гриппа В преобладала по сравнению с вирусами типа А, а в структуре выявленных вирусов гриппа А преобладал «свиной».

Значит, как и в Европе, у нас, скорее всего, будет самым активным грипп В/Ямагата. Это тем более вероятно, что в соседней Финляндии в начале января объявлена эпидемия, и заболевших чаще всего поражает он.

– До 1988 года существовала лишь одна разновидность гриппа В, а потом появились два подтипа, которые циркулируют в мире одновременно в разных пропорциях, – викторианский и ямагатский. Вирус Ямагата давно известен, мы встречались с ним неоднократно, в большей степени он циркулировал у нас 2 года назад, тогда же был активным и грипп

А(Н1N1)pdm09. В прошлом сезоне инфицирование происходило чаще гриппом А(Н3N2), который теперь прозвали австралийским, и гриппом В викторианской линии, – рассказал Игорь Никоноров, к.м.н., заведующий отделом НИИ гриппа. – Значит, в этом эпидемическом сезоне у нас из вирусов А в структуре заболеваемости будет превалировать тип Н1N1 pdm09, из В – возможно, ямагатская линия.

Почему ВОЗ сделала неправильный выбор?

Активность вирусов гриппа В ямагатской линии повысилась весной 2017 года в Европе и в Китае, и в ВОЗ предположили, что эпидемия 2017–2018 годов будет вызвана вирусами гриппа А(Н1N1)pdm09, А(Н3N2), а также вирусами гриппа В двух линий, с возможным (а не 100-процентным) доминированием вирусов ямагатской разновидности в некоторых регионах России. В состав четырехвалентных вакцин, которые используются за рубежом, вошли все четыре типа вируса: ямагатский и викторианский грипп В плюс «свиной» А(Н1N1)pdm09 и А(Н3N2). В нашей стране пока производятся только трехвалентные вакцины. И выбирая между двумя типами гриппа В, ВОЗ рекомендовала включить в состав вакцины не ямагатский, а викторианский тип вируса гриппа В.

В Институте гриппа объясняют: «Какой компонент включить в состав трехвалентных вакцин на предстоящий сезон, эксперты ВОЗ решают на основе анализа глобальных данных о циркуляции вирусов гриппа за полгода до начала кампаний по вакцинации, так как именно такой срок необходим производителям вакцин, чтобы произвести и поставить вакцины на рынок. Выбор викторианского, а не ямагатского компонента для включения в трехвалентную вакцину в этом сезоне был сделан на основе фактических данных, имеющихся на тот момент».

Получается, несмотря на то, что едва ли не половина населения страны (46 %) к этому сезону гриппа сделала прививки, вряд ли удастся избежать эпидемии.

– Хорошее дело – новогодние каникулы, они разобщают людей, уменьшая, таким образом, распространение респираторных вирусов. И за рубежом в период рождественских каникул снижается уровень заболеваемости, – говорит Игорь Никоноров. – Эпидемия в странах Западной Европы и Северной Америки началась в декабре 2017 года. Будет она и в России, это обычное дело. Она уже начинается. Превышение эпидемического порога по заболеваемости гриппом на 50 % зарегистрировано в Коми, в Пензе. По сути, это эпидемия. В других регионах уровень заболеваемости тоже высокий, и он продолжает расти. Но ничего страшного в этом нет – грипп, вызванный вирусом В, протекает, как правило, легко, если выполнять рекомендации врача. Заболевание, вызванное другими типами вирусов, в этом сезоне тоже протекает традиционно.



Косметология: эффективные решения сложных проблем

Новая косметология. Методы косметологии в дерматологической практике / под ред. Е.И. Эрнандес. – М.: ООО «ИД «Косметика и медицина», 2018. – 548 с. + DVD-ROM : ил.

Книга опубликована издательским домом «Косметика и медицина» (основан в 1997 г.), выпускающим книги и журналы по косметологии и эстетической медицине. За более чем 20 лет работы издательством выпущено несколько сотен номеров журналов и несколько десятков наименований книг, многие из которых стали настоящими бестселлерами. В профессиональном сообществе издательский дом заслуженно приобрел устойчивую репутацию уважаемого и авторитетного издателя. Об этом свидетельствуют социологические опросы и маркетинговые исследования, регулярно проводимые на рынке косметологии и эстетической медицины.

В создании книги «Новая косметология. Методы косметологии в дерматологической практике» принял участие большой авторский коллектив. Среди авторов книги есть и наша коллега, доцент кафедры общей врачебной практики и профилактической медицины Елена Юрьевна Пьянкова. Наряду с авторами, которые работают непосредственно с кожей (дерматологами, косметологами, физиотерапевтами и пластическими хирургами), книгу создавали и другие специалисты: аллергологи-иммунологи, онкологи, эндокринологи, гастроэнтерологи, психиатры. Практически каждая глава – это совместный труд разных врачей, рассказывающих о своих наблюдениях и предлагающих свои подходы к решению данных задач.

Книга состоит из трех частей. Первая часть посвящена особенностям ухода за кожей пациентов с дерматологическими заболеваниями и состояниями и включает десять глав, каждая из которых посвящена одной из следующих проблем: атопический дерматит, псориаз, себорейный дерматит, аллергодерматозы, акне, розацеа, рубцы кожи, нарушения пигментации, заживление ран и новооб-



разований. В каждой главе представлена информация о причинах, патогенезе и дифференциальной диагностике данной патологии и рассказывается о выборе методов и составлении программ косметологического ухода за кожей с учетом заболевания и клинической картины. Во второй части речь идет о косметологической помощи больным, имеющим

кожные проблемы на фоне общих заболеваний. Описывается типичная клиническая картина кожных проявлений ряда эндокринологических, гастроэнтерологических, иммунных, психических заболеваний, а также проблемы с кожей, возникающие у беременных женщин и у больных вследствие медикаментозного лечения. В третьей части книги собрана информация об инструментальных методах диагностики, позволяющих быстро и неинвазивно оценить первичное состояние кожных покровов и наблюдать за динамикой изменений в ходе лечения. Отдельно дается каталог профессиональных средств и методов, в котором приводится описание косметологических продуктов и технологий, представленных на российском рынке.

«Новая косметология. Методы косметологии в дерматологической практике» – седьмая по счету в серии книг, объединенных в курс «Новая косметология». Она представляет собой богатый источник систематизированной теоретической и практической информации, посвященной косметической помощи людям с кожными патологиями. Это первая попытка систематизировать клинический опыт в данном направлении. Издание вышло под редакцией Е.И. Эрнандес-Хименес, кандидата биологических наук, главного редактора издательского дома «Косметика и медицина» (г. Москва), и была подана на научную библиотеку ИПКСЗ Еленой Юрьевной Пьянковой. Книга предназначена для косметологов, дерматологов, пластических хирургов, эндокринологов, онкологов, физиотерапевтов, специалистов эстетической медицины и рекомендована в качестве учебного пособия по специальности «Косметология».

Приглашаем всех заинтересовавшихся данным изданием ознакомиться с ним на абонементе научной библиотеки.

**Информация предоставлена
библиотекарем НБ И.Г. Якимовой**

- ПОЗДРАВЛЯЕМ -



- ЮМОР -

