



Аккредитация как
подтверждение
соответствия
установленному
стандарту

стр. 2



12 июля состоялась торжественная церемония вручения дипломов выпускникам Медицинского института ЧГУ.

Поздравить молодых специалистов с успешным окончанием учебы приехал министр здравоохранения ЧР Эльхан Сулейманов.

Станет ли
скорая
помощь
платной?

5

Перелом шейки
бедря: симптоматика,
диагностика и
лечение

8

Трансжиры:
опасно для
здоровья!

10

Болезни,
от которых
вылечит лето

11

Аккредитация как подтверждение соответствия установленному стандарту

На базе Аккредитационного центра Медицинского института ЧГУ проходит первичная аккредитация выпускников медицинских вузов и выпускников Чеченского базового медицинского колледжа. Процедура призвана определить соответствие лица, получившего медицинское образование, требованиям к осуществлению медицинской деятельности.



Выпускники вуза по специальности «Лечебное дело» и выпускники отделений «Сестринское дело» и «Лабораторная диагностика» Чеченского базового медицинского колледжа проходят 3 этапа

аккредитации: тестирование, демонстрация практических навыков в симулированных условиях и решение ситуационных задач.

На днях площадку Аккредитационного центра посе-

тили заместитель руководителя Администрации Главы и Правительства ЧР Идрис Байсултанов и министр здравоохранения ЧР Эльхан Сулейманов. Гостей подробно ознакомили с возможностями

центра, продемонстрировали наглядно, как проходит процесс аккредитации.

Идрис Хасаевич и Эльхан Абдуллаевич остались довольны работой комиссии и технической оснащенностью

центра, отметив, что аккредитация позволит значительно повысить уровень подготовки врачебных кадров для МО республики.

Д. ДУДАЕВ

Актуальные вопросы психиатрии и психосоматики

Министр здравоохранения ЧР Э. Сулейманов принял участие в семинаре «Актуальные вопросы психиатрии и психосоматики», который проходил в стенах Клиники пограничных состояний профессора И.В.Боева в г.Грозном. Программа образовательного семинара была подготовлена при поддержке Минздрава ЧР специалистами Первого МГМУ им. И. М. Сеченова и Ставропольского государственного медицинского университета.

В рамках трехдневного мероприятия состоялись лекции и круглые столы на самые разные и актуальные на сегодняшний день темы, такие как: «Современные концепции шизофрении», «Расстройства личности», «Систематика психосоматических расстройств», «Депрессия в общемедицинской сети» и многие другие.

В качестве лекторов выступили известные в научной среде и мире медицины светила – академик РАН, профессор А. Б. Смуглевич, профессор, д.м.н. И. В. Боев, к.м.н., доцент Е. И. Воронова, к.м.н., врач-психиатр-психотерапевт В. В. Читлова и другие.

«Создание в нашем регионе Центра по оказанию психиатрической помощи, который стал вторым в Российской Федерации, стало большим достижением для всей системы здравоохранения Чеченской Республики. Развитие психиатрической службы – это огромный шаг вперед,



так как во многих патологиях, с которыми сталкивается современный человек, большую роль играет психический фактор. Именно поэтому данная конференция может стать очень полезной для наших специалистов, тем более, что у нас в гостях практически патриарх отечественной психиатрии Смуглевич Анатолий Болеславович, а также около

десять ведущих специалистов России, которые будут делиться с нами своими теоретическими знаниями и новым практическим опытом, что, в свою очередь, поможет нам поднять региональную медицину на качественно новый уровень», – отметил Э. Сулейманов на своей странице в Инстаграм.

Т. АТАЕВА

Семинар в Проектном офисе Минздрава ЧР

Директор Учебно-методического центра развития долгосрочных программ ФАПО ИОМ РАНХиГС, кандидат экономических наук, доцент Хан Нинель Викторовна провела консультацию для сотрудников проектного офиса Министерства здравоохранения Чеченской Республики.

Как отметил министр здравоохранения ЧР Э. Сулейманов на своей странице в соцсети Mylistory, проектный офис МЗ ЧР, в который вошли молодые, перспективные и наиболее активные специалисты, был создан в 2016 году с целью инициирования, подготовки и реализации проектов, направленных на улучшение качества оказания медицинской помощи гражданам нашего региона. «Хан Нинель Викторовна, которая достаточно длительное время сотрудничает с нами, отмечает, что видит в наших медиках заинтересованность и желание делать свою работу как можно лучше и продуктивнее, а потому считает подобные встречи очень полезными. По ее мнению, такие консультации необходимы и сотрудникам проектного офиса, так как у них возникает много сопутствующих вопросов, и Учебно-методическому

центру развития, специалисты которого приложили максимум усилий для его создания, занимались обучением, проводили оценку компетенций главных врачей, разрабатывали рекомендации и искали пути решения возникающих проблем. Я благодарен Хан Нинель Викторовне за активную помощь и позитивный настрой».

Обращаясь к сотрудникам ведомства, Э. Сулейманов отметил, что добиться ощутимых результатов в своей работе возможно только благодаря более активному, инициативному и ответственному подходу. «Каждый из вас должен отдавать себе отчет в том, что от деятельности проектного офиса зависит поступательное движение всего ведомства, а значит, вы должны приложить все усилия для его становления и развития...», – сказал он.

М. ТАГАЕВ

Минздрав ЧР проводит работу по совершенствованию медпомощи жителям республики

В целях совершенствования оказания медицинской помощи в Чеченской Республике Министерством здравоохранения ЧР проводится работа по открытию новых отделений и дополнительных коек при медицинских организациях ЧР

Так, в феврале текущего года на базе ГБУ «Грозненская ЦРБ» состоялось открытие отделения паллиативной медицинской помощи на 15 коек, оснащенного самым современным медицинским оборудованием.

Паллиативное отделение оказывает медицинскую помощь пациентам с дефицитом самоухода, страдающим хронической соматической патологией терапевтического, неврологического, хирургического профиля, требующим врачебного наблюдения, оказания сестринской помощи, но не нуждающимся в обязательном нахождении в специализированном стационаре.

Операционный блок, состоящий из шести операционных и оснащенный современным медицинским оборудованием, открылся в ГБУ «Гудермесская ЦРБ».

14 мая 2018 года, благодаря Региональному обществу имени Ахмат-Хаджи Кадырова, в рамках реализации проекта «Бережливая поликлиника» после проведенной реконструкции состоялось открытие ГБУ «Детская поликлиника № 4 г. Грозного». В ходе реконструкции была разработана специальная инфраструктура: расширена площадь регистратуры; появилась справочная стойка; были разделены потоки посетителей в целях исключения контакта здоровых детей с детьми, имеющими инфекционные заболевания; появились зона комфортного пребывания пациентов и игровая зона.

Благодаря проводимой работе стало возможным открытие на базе ГКУ «Республиканский противотуберкулезный диспансер» хирургического отделения, где уже проводятся оперативные вмешательства пациентам, имеющим легочный туберкулез. Пациенты диспансера в дальнейшем смогут получить полный спектр медицинской помощи в пределах одной медицинской организации, что является одним из главных достижений на пути улучшения и повышения качества оказываемой медицинской помощи в Чеченской Республике.

По данным Минздрава ЧР, в республике 60 медицинских организаций, в том числе 12 центральных районных больниц, 1 межрайонная больница, 25 городских медицинских организаций и 22 республиканские медицинские организации, сообщает Пресс-служба Главы и Правительства ЧР.

З. ТАГИЕВА

НОВОСТИ

Госдума разрешит доступ
родственников в реанимацию

Госдума приняла в I чтении законопроект, который обязывает медицинские организации предоставлять доступ в реанимационные отделения родственникам пациента.

Как отмечают авторы законопроекта - депутаты Госдумы, сейчас возможность посещения пациента и пребывание с ним в медицинской организации предусмотрена законом «Об основах охраны здоровья». При этом законодательство «не содержит прямых отсылок на обязанность медицинской организации обеспечивать возможность посещения пациентов, находящихся в реанимации или палате интенсивной терапии», констатируют они.

Парламентарии напоминают, что Минздрав еще в мае 2017 года выпустил информационно-методическое письмо «О правилах посещения родственни-

ками пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии (реанимации)». Однако этот документ, не являясь нормативно-правовым актом, необязателен для исполнения. «Доступ к пациентам в большинстве случаев является жестом доброй воли главного врача, - указывается в пояснительной записке. - Это вызывает негативную реакцию в обществе и зачастую снижает эффективность лечения пациентов».

«В большинстве стран родители, иные члены семьи, законные представители пациентов могут находиться рядом с пациентами, которым оказывается стационарная медпомощь, в том числе в от-

делениях реанимации и палатах интенсивной терапии, при условии соблюдения правил посещения таких пациентов», - пишут разработчики. Они приводят данные Минздрава, согласно которым доступ родственников к пациентам в отделениях реанимации и интенсивной терапии организован далеко не во всех медицинских организациях, имеющих такие палаты. В то же время депутаты предупреждают, что превращать реанимацию в проходной двор тоже нельзя. Поэтому правила посещения должны быть предельно строгими, чтобы не создавать риски для пациентов и не мешать врачам выполнять свою работу.

Матвиенко предложила подготовить
программу развития детских больниц

Валентина Матвиенко считает необходимым создать условия, чтобы детей не надо было отправлять на лечение за границу в сложных случаях.

В России надо создать программу по модернизации и развитию детских больниц. Об этом на совещании, посвященном реализации плана мероприятий Десятилетия детства, заявила спикер Совета Федерации Валентина Матвиенко.

«Есть детские больницы, где элементарно нет отопления, которые не ремонтировались по 50-60 лет. Есть также такие, которые являются отделениями просто многопрофильных больниц. Мы понимаем, что для их ремонта и переоснащения потребуются определенные средства, но это не космические

цифры. Необходимо сформировать программу приведения в порядок детских больниц под непосредственным контролем министра финансов А. Силуанова, заместителя председателя Правительства Т. Голиковой, Министерства здравоохранения», - сказала Матвиенко.

По ее словам, надо создать условия, чтобы детей не надо было отправлять на сложное оперативное лечение за границу. «Давайте постараемся создать все условия для того, чтобы делать операции и выхаживать больных детей можно

было в России. У нас для этого есть потрясающие хирурги, необходимое оборудование», - сказала она.

Спикер также отметила, что все регионы РФ должны утвердить собственные планы мероприятий в рамках Десятилетия детства.

Напомним, в мае 2017 глава государства Владимир Путин подписал указ, по которому для совершенствования государственной политики в сфере защиты детства 2018-2027 годы объявлены в России Десятилетием детства.

ТАСС

Депутаты выступили
за оснащение
аптечек в самолетах
дефибрилляторами

«Современные дефибрилляторы довольно просты в использовании, и спасти жизнь человеку можно даже без медицинского образования, их необходимо вернуть в самолетные аптечки», - считает глава экспертного совета по медицине на транспорте при Комитете Госдумы по охране здоровья Леонид Огуль.



Ранее гендиректор «Аэрофлота» Виталий Савельев говорил, что дефибрилляторы, которые находились в аптечках, предназначенных для профессиональных врачей на авиабортах, попали под запрет. «Дефибрилляторы на транспорте должны быть, в том числе и на самолетах. Ведь при отсутствии врача среди пассажиров при сердечном приступе больше ничто не сможет помочь человеку выжить».

На спасение человека с внезапной остановкой сердца есть не больше 10 минут. Современный АНД — это автоматический наружный дефибриллятор, собранный в небольшую коробку, где также находятся ножницы, дезинфицирующая салфетка, перчатки, маска для искусственного дыхания и бритва. АНД нужен, если у человека возникла внезапная остановка сердца», — сказал Огуль РИА Новости.

Он пояснил, что наиболее распространенной причиной остановки сердца является желудочковая тахикардия или фибрилляция желудочков — нарушения сердечного ритма, когда электрическая активность сердца есть, а правильных сокращений, благодаря которым сердце выталкивает кровь, нет. В результате возникает остановка кровообращения, то есть клиническая смерть. Когда используется АНД, два электрода накладываются на грудь, аппарат проводит электрокардиографию и понимает, нужен ли разряд, чтобы остановить фибрилляцию и дать сердцу

возможность начать биться в правильном ритме. Если разряд нужен, устройство оповещает об этом голосом, и даже случайный спасатель, не врач, может нажать кнопку, пояснил депутат.

По его словам, вопрос оснащения АНД российских аэропортов, самолетов, вокзалов, поездов, поликлиник, торговых центров депутаты начали прорабатывать совместно с Минздравом и Минпромторгом в прошлом году. Депутат отметил, что во многих странах автоматические наружные дефибрилляторы размещены в общественных местах. «В самолетах российских авиакомпаний есть ниши для установки дефибрилляторов. И они не должны пустовать, я считаю. Все, что может помочь в спасении человека, должно присутствовать на транспорте», — заявил Огуль.

При этом он также согласился с действующей системой, при которой на борту находятся три вида аптечек: так называемая аптечка бортпроводников для оказания первой помощи, аптечка для аварийных ситуаций и аптечка только для профессионального врача, который может находиться в салоне.

«Правильно, что планируют выделить специальную аптечку для врача, так как есть медикаменты, правильно применить которые может только врач. Но, с другой стороны, среди пассажиров может не оказаться человека с медицинской подготовкой. И как быть в таком случае?» — говорит депутат.



Депутаты профильного Комитета ГД обсудили проблемы российского здравоохранения

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова приняла участие в расширенном заседании Комитета по охране здоровья, на котором были обсуждены приоритетные направления развития российского здравоохранения. Особое внимание было уделено вопросам повышения доступности медицинской помощи и качества лекарственных препаратов. Вероника Скворцова рассказала о ключевых показателях состояния системы здравоохранения России.

Обеспечение государственных гарантий граждан Российской Федерации в отношении качества и доступности лекарственных препаратов осуществляется в соответствии с принятой в 2013 году Стратегией лекарственного обеспечения до 2025 года, охватывающей поэтапное совершенствование всех этапов – от регистрации и экспертизы качества до регулирования рынка и государственных закупок.

В рамках реализации первого этапа стратегии было разработано и принято 8 федеральных законов, 12 постановлений правительства, 28 приказов. Принятие Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» и дальнейшее совершенствование его норм обеспечило создание нормативно-правовой базы, гармонизированной с лучшими международными регуляторными практиками и обеспечивающей развитие механизмов доступа на рынок новых лекарственных препаратов.

Предусмотрена возможность проведения ускоренной процедуры регистрации (не более 60 рабочих дней) для отдельных лекарственных препаратов, включая препараты по педиатрии, лечения орфанных заболеваний, а также для первых трех регистрируемых воспроизведенных препаратов.

За прошедшие 6 лет зарегистрировано более 2 тысяч отечественных лекарственных препаратов, удовлетворяющих критериям качества и безопасности, в результате их доля в общем числе зарегистрированных лекарств увеличилась с 61% в 2012 году до 84% в 2017.

Амбициозной задачей, стоящей перед министерством, является разработка механизмов ускоренного вывода на рынок «прорывных» лекарственных препаратов для терапии ранее неизлечимых или опасных для жизни заболеваний. Это возможно на основе механизма так называемой «регистрации на условиях», когда устанавливаются особые пострегистрационные меры, в том числе более жесткий фармаконадзор, что уже предусмотрено нормативной базой Евразийского экономического союза.

В целях подготовки к запуску общего рынка лекарственных средств в рамках Евразий-

ского экономического союза проведена масштабная работа по подготовке 22 нормативных правовых актов, направленных на гармонизацию и унификацию законодательства путем установления единых требований к безопасности, эффективности, качеству лекарственных средств, производству и проведению доклинических и клинических исследований, контролю (надзору).

Стандартизация качества лекарственных средств

Гарантия качества как производимых в России, так и ввозимых из-за рубежа лекарственных средств является одной из основных задач государства. Достижению данной цели служит стандартизация качества лекарственных средств на основе Государственной фармакопеи Российской Федерации, гармонизированной с международными стандартами.

Министерством проводится работа по совершенствованию механизма ввода в гражданский оборот лекарственных препаратов. 29 марта 2018 г. Государственной Думой принят в первом чтении законопроект, предусматривающий современную и экономически рентабельную, в том числе для лекарственных препаратов нижнего ценового сегмента, систему ввода лекарств в гражданский оборот. Не по механизму сертифицирования или декларирования на соответствие, а на основании документов по контролю качества производителя и разрешения уполномоченного лица производителя.

В течение 5 последних лет произошли существенные изменения в системе государственного контроля за качеством лекарственных средств как на законодательном, так и на организационном уровнях.

Объем проводимых экспертиз качества лекарственных средств увеличился с 2013 года более чем в 2 раза. При этом количество недоброкачественных лекарственных средств снизилось практически в 2 раза.

Введение с 2016 года выборочного контроля качества лекарственных средств создало условия для получения объективной информации о препаратах, поступающих в обращение.

Дополнительные меры

Дополнительной мерой по усилению государственного контроля за качеством лекарственных средств явилось принятие в 2014 году Федерального закона № 532-ФЗ, которым введены инструменты административного и уголовного воздействия к производителям и распространителям фальсифицированной, незарегистрированной и некачественной медицинской продукции.

Российская Федерация явилась 12-й страной, которая в 2017 году ратифицировала международную Конвенцию «Медикрим» по борьбе с распространением фальсифицированной продукции и сходными преступлениями.

Мероприятия, проводимые Росздравнадзором совместно с правоохранительными органами, Интерполом и в рамках Международной оперативно-профилактической операции «Пангея», подтвердили существенное снижение в последние годы количества фальсифицированной медицинской продукции в легальной цепи поставок Российской Федерации.

В то же время большую озабоченность вызывают дистанционные продажи лекарственных препаратов через интернет-сеть, продажа лекарств под видом биологически активных добавок, а также через почтовые отправления.

Наиболее эффективным механизмом борьбы с некачественной продукцией является использование Системы мониторинга движения лекарственных препаратов, которая начала внедряться с февраля 2017 года в рамках эксперимента по маркировке. С учетом принятого в декабре 2017 года Федерального закона о внедрении Системы маркировки к концу 2019 года система должна охватить свыше 380 тыс. участников и будет отслеживать свыше 6,5 млрд упаковок лекарственных препаратов.

Полномасштабное внедрение системы позволит предотвратить поступление в легальный оборот фальсифицированных препаратов и оперативно прекращать оборот контрафактных и недоброкачественных лекарственных препаратов.

Программа государственных гарантий

В соответствии с Программой государственных гарантий при лечении в условиях стационаров, дневных стационаров или при обращении за скорой помощью любой гражданин РФ имеет право на бесплатное обеспечение лекарственными препаратами из перечня ЖНВЛП.

Перечень ЖНВЛП является инструментом регулирования цен на необходимое лекарство, что позволило за последние 3 года, несмотря на экономические колебания, удержать цены на ЖНВЛП на стабильном уровне. Общий объем гарантированного лекарственного обеспечения в 2017 году составил более 456 млрд рублей.

Закупки лекарственных препаратов для лечебно-профилактических учреждений за 2017 год выросли на 17% (до 260 млрд руб.), для федеральных льготных категорий – на 7% (до 128 млрд руб.). Объем финансирования региональных льготников составил около 67 млрд рублей.

Объемы финансирования здравоохранения

В 2018 году, наряду с сохранением объемов финансирования 2017 года, Правительством выделены дополнительные финансовые средства в объеме более 11 млрд рублей на льготное лекарственное обеспечение, закупку обезболивающих и иммунобиологических препаратов.

По поручению Президента России В.Путина для оптимизации цен на лекарственные препараты, закупаемые для государственных и муниципальных нужд, разработана Информационно-аналитическая система, созданная на отечественном и свободном программном обеспечении, которая развернута на вычислительных мощностях Минздрава.

С 1 января 2018 года система введена в промышленную эксплуатацию, также вступили в силу нормативные правовые акты, направленные на предотвращение коррупционных рисков, связанных с «подгонкой» контракта под конкретного поставщика, а также манипуляцией начальной максимальной ценой контракта.

Экспертный анализ показал, что все эти меры привели к снижению почти 70% средневзвешенных цен (по некоторым орфанным препаратам – до 38%).

Конкурентоспособность лекарственного рынка

Для дальнейшего развития конкурентоспособности лекарственного рынка и снижения цен на лекарства при государственных закупках в настоящее время Минздравом совместно с ФАС разработан законопроект, расширяющий в разумных пределах понятие взаимозаменяемости препаратов в рамках одного Международного непатентованного наименования (МНН). Законопроект проходит межведомственное согласование.

С мая этого года министерству переданы полномочия по разработке единых требований к региональным информационным медицинским системам, в том числе в части льготного лекарственного обеспечения.

Утверждение этих требований позволит в следующем году всем регионам перейти на единый формат обмена информацией, визуализировать распределение закупленных препаратов в сети медицинских организаций и аптек и персонализировать доведение необходимого лекарства до каждого пациента.

В Российской Федерации один из самых высоких в мире показателей физической доступности лекарств – среднее число жителей на 1 аптеку составляет 1,2 тыс. человек (в то время как в Германии – 3,7 тыс., Великобритании – 4,8 тыс., США – 5,1 тыс.). Общее число аптечных объектов составляет на начало мая 2018 года более 114,5 тысяч.

Таким образом, в стране реализованы масштабные меры модернизации системы лекарственного обеспечения населения, благодаря которым наши граждане получили доступ к широкому спектру современных отечественных лекарственных препаратов, не уступающих зарубежным аналогам по качеству, эффективности и безопасности.

Материал по выступлению
В.Скворцовой подготовила
М.ТАГИЕВА



Станет ли скорая помощь платной?

В связи с принятием новой редакции приказа Минздрава №33н от 22.01.2016 года «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи», вступающего в силу с 1 октября 2018 года, в СМИ стали активно обсуждать слухи о том, что якобы скорая помощь станет платной.

Министерство здравоохранения Российской Федерации категорично отвергло эту информацию. Выяснилось, что ажиотаж в интернете по поводу платной скорой помощи в 2018 году не соответствует действительности. Упомянутый выше приказ внес некоторые изменения в порядок оказания скорой и скорой специализированной медпомощи, но он касается порядка работы медицинских бригад. Эксперты сделали вывод, что рассматриваемые нововведения – это изменения, с помощью которых хотят сделать скорую медпомощь более качественной и доступной для пациентов. Одна из главных задач изменений – доставить пациента к профильному специалисту, который окажет полный комплекс необходимых медуслуг. Также важны и новые полномочия врачей скорой медпомощи при Центре медицины катастроф. По новым правилам они могут не только привлекать к работе узких специалистов, но и организовывать дистанционные консилиумы и привлекать экстренные службы. По экспертным оценкам, новый приказ Министерства здравоохранения имеет определенную цель – распространить приоритетный проект санитарной авиации в пределах всей страны. К осени 2018 года он будет внедряться во всех регионах. Есть изменения касательно штатных нормативов для станций скорой медпомощи. Так, на одной станции должно быть не менее 5,5 ставок анестезиологов-реаниматологов и старших врачей отделений. Скорые, которые работают при Центрах медицины катастроф, могут взаимодействовать с полицией, пожарной охраной, аварийными службами.

Итак, суть изменений в работе скорой помощи можно представить следующими пунктами:

- бригады скорой помощи будут обязаны отвозить пациента не в ближайшую больницу, а в специализированные отделения;
- в определенных ситуациях бригада скорой помощи имеет право затребовать санитарную авиацию для транспортировки пациента;
- бригады скорой помощи при Центре медицины катастроф будут иметь больше полномочий — они смогут

самостоятельно созывать консилиумы, в том числе удаленные, осуществлять взаимодействие с транспортными операторами, силовыми службами и т.д. без специальных санкций;

- пациента нужно доставить до соответствующего медицинского учреждения в течение суток после вызова бригады скорой помощи.

Однако преобразования в системе оказания скорой помощи на этих изменениях не завершатся. Наряду с качеством обслуживания, возможно, возрастет и ответственность за ложные вызовы скорой помощи.

В Госдуму внесен законопроект, ужесточающий административное наказание за ложный вызов пожарной охраны, полиции, скорой медицинской помощи или иных специализированных служб. Инициатором выступила Московская областная дума. Зачинатели закона предлагают за заведомо ложный вызов пожарной охраны, полиции, скорой медицинской помощи или иных специализированных служб установить штраф в размере от 1,5 до 3 тысяч рублей или обязательные работы на срок до 100 часов. За повторный ложный вызов ответственность возрастает в виде штрафа в размере от 4 до 5 тысяч рублей или обязательных работ на срок до 200 часов.

Авторы привели статистику: должностные лица органов внутренних дел в России в 2016 году пресекли 19 614 административных правонарушений, предусмотренных статьей 19.13 КоАП, в том числе совершенных неоднократно — 983; в январе-мае 2017 года — 13 901, из которых совершены неоднократно — 1 340. Согласно статистике МЧС России, в 2016 году зафиксировано 77 757 ложных вызовов пожарной охраны, а за 6 месяцев 2017 года — 37 749. Отмечается, что в ходе реагирования на ложные вызовы затрачиваются значительные материальные ресурсы, объем затрат зависит от серьезности сообщения.

Кажется, комплексный подход к организации качественной скорой медицинской помощи в РФ переходит на серьезный уровень, и это будет на пользу гражданам.

М. ЭЛЬДИЕВА

Эндоскопия: новые правила

С 1 июля 2018 года вступил в силу приказ Минздрава России от 6 декабря 2017 года № 974н. В документе утверждены правила проведения эндоскопических исследований. Приказ также утвердил правила организации, штатные нормативы и стандарт оснащения эндоскопического кабинета и эндоскопического отделения. Правила обязательны для медицинских и иных организаций, которые осуществляют медицинскую деятельность на основании лицензии и выполняют работу (услуги) по эндоскопии. Эндоскопические исследования проводятся с целью диагностики, своевременного выявления социально значимых и наиболее распространенных заболеваний внутренних органов и выявления скрытых форм заболеваний.



Изменения:

По результатам эндоскопического исследования в день его проведения составляется протокол эндоскопического исследования.

- Протокол оформляется на бумажном носителе от руки или в печатном виде, заверяется личной подписью врача-эндоскописта, проводившего эндоскопическое исследование, и (или) с согласия пациента или его законного представителя оформляется в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи врача-эндоскописта, проводившего эндоскопическое исследование.

- К протоколу прилагаются эндоскопические изображения (в том числе цифровые фотографии, видео на электронном носителе), полученные при проведении эндоскопического исследования.

- При проведении эндоскопического исследования в рамках оказания медицинской помощи в экстренной форме протокол составляется непосредственно после проведения эндоскопического исследования и немедленно передается лечащему врачу.

- В сложных случаях врач-эндоскопист в целях вынесения заключения по результатам эндоскопического исследования может привлечь для проведения консуль-

таций других врачей-специалистов, в том числе с применением телемедицинских технологий.

- Протокол оформляется в двух экземплярах, один из которых вносится в медицинскую документацию пациента, оформленную в медицинской организации, проводившей эндоскопическое исследование, а второй выдается пациенту либо его законному представителю.

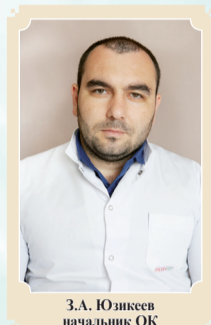
- В медицинскую организацию, направившую пациента на эндоскопическое исследование, направляется копия протокола, оформленная в форме электронного документа. А также по запросу пациента либо его законного представителя, направленному в том числе в электронной форме, выдается копия протокола.

Эндоскопические исследования должны проводиться при наличии медицинских показаний при оказании:

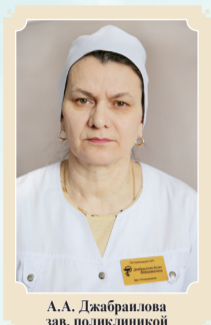
- первичной медико-санитарной помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи;
- паллиативной медицинской помощи;
- медицинской помощи при санаторно-курортном лечении.

М. АБАЕВА

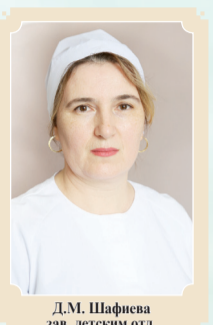
ГБУ «Шелковская ЦРБ»



З.А. Юзиков
начальник ОК



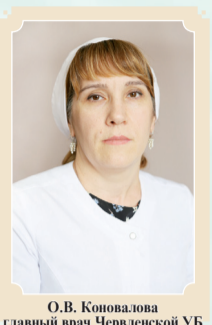
А.А. Джабраилова
зав. поликлиникой



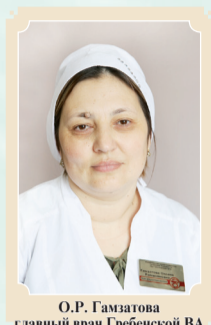
Д.М. Шафиева
зав. детским отд.



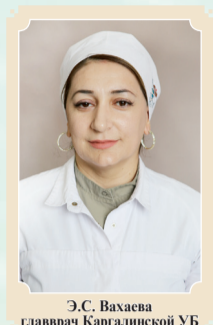
Д.Р. Мигичева
зав. род. отд.



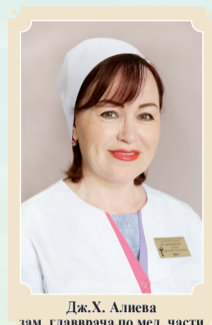
О.В. Коновалова
главный врач Червленской УБ



О.Р. Гамзатова
главный врач Гребенской ВА



Э.С. Вахасва
главврач Каргалинской УБ



Дж.Х. Алиева
зам. главврача по мед. части

Январь

	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
1		1	2	3	4	5	6
2	7	8	9	10	11	12	13
3	14	15	16	17	18	19	20
4	21	22	23	24	25	26	27
5	28	29	30	31			



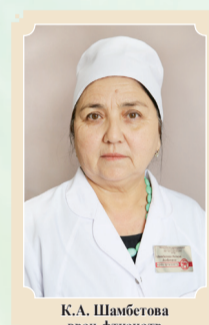
З.В. Тимиева
врач ВИЧ-лаборатории



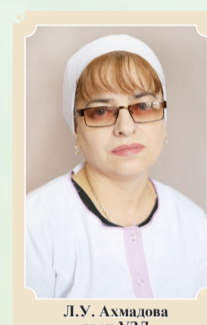
Н.С. Абдурашидов
врач-ревматолог



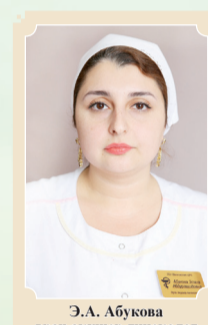
Е.С. Салимгерсва
врач-терапевт



К.А. Шамбетова
врач-фтизиатр



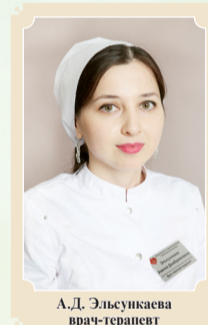
Л.У. Ахмадова
врач УЗИ



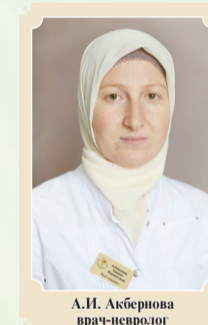
Э.А. Абукова
врач акушер-гинеколог

Февраль

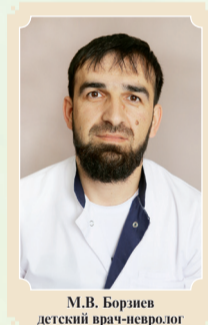
	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
5					1	2	3
6	4	5	6	7	8	9	10
7	11	12	13	14	15	16	17
8	18	19	20	21	22	23	24
9	25	26	27	28			



А.Д. Эльсункаева
врач-терапевт



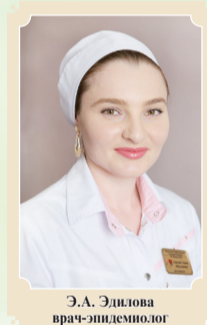
А.И. Акбернова
врач-невролог



М.В. Борзев
детский врач-невролог



З.М. Джабраилова
врач акушер-гинеколог



Э.А. Эдилова
врач-эпидемиолог



А.М. Эскиева
врач-психиатр

Март

	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
9					1	2	3
10	4	5	6	7	8	9	10
11	11	12	13	14	15	16	17
12	18	19	20	21	22	23	24
13	25	26	27	28	29	30	31



Х.Н. Гумисва
врач-педиатр



Х.Л. Джабасва
врач-офтальмолог



Э.А. Чулава
врач-рентгенолог



Э.И. Дималасва
старший фельдшер



Ю.И. Магомедов
старший фельдшер



А.А. Солтаханова
старшая медсестра

Апрель

	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
14	1	2	3	4	5	6	7
15	8	9	10	11	12	13	14
16	15	16	17	18	19	20	21
17	22	23	24	25	26	27	28
18	29	30					

Май

	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
18			1	2	3	4	5
19	6	7	8	9	10	11	12
20	13	14	15	16	17	18	19
21	20	21	22	23	24	25	26
22	27	28	29	30	31		



М.М. Усманова
старшая медсестра



Ф.А. Таушева
старшая медсестра



А.И. Хасултанов
программист



А.К. Атыгоев
программист



Р.М. Сулейманова
программист

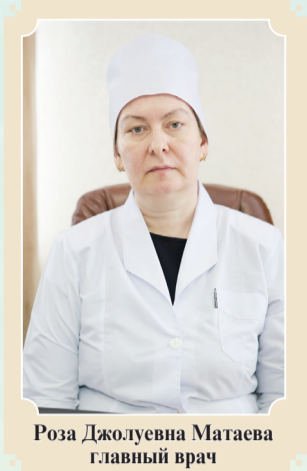


М.С.Э. Кагиров
программист

Июнь

	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
22						1	2
23	3	4	5	6	7	8	9
24	10	11	12	13	14	15	16
25	17	18	19	20	21	22	23
26	24	25	26	27	28	29	30

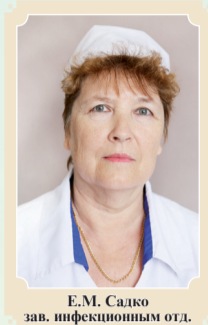
Медицинский вестник ЧР



Роза Джолуевна Матаева
главный врач



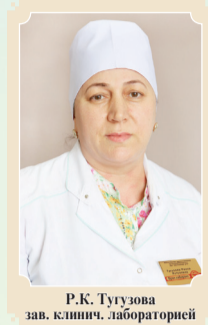
Р.А. Рабданов
зам. главврача по КСР



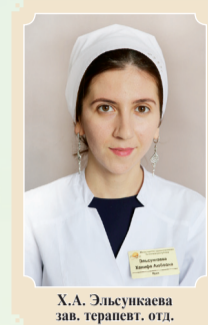
Е.М. Садко
зав. инфекционным отд.



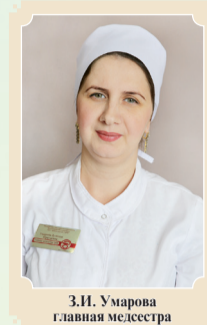
З.Н. Коканасева
зав. гинеколог. отд.



Р.К. Тутузова
зав. клинич. лабораторией



Х.А. Эльсункаева
зав. терапевт. отд.



З.И. Умарова
главная медсестра



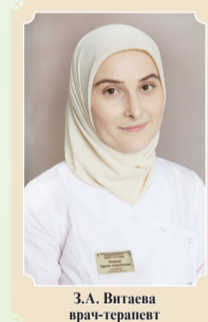
М.А. Исраилова
врач-педиатр



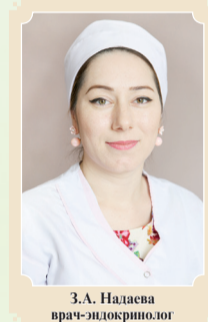
Х.С. Байсурсаева
врач-невролог



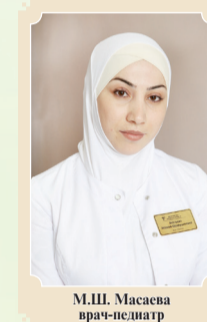
М.Л. Гаираханова
врач-педиатр



З.А. Витасева
врач-терапевт



З.А. Надаева
врач-эндокринолог



М.Ш. Масаева
врач-педиатр



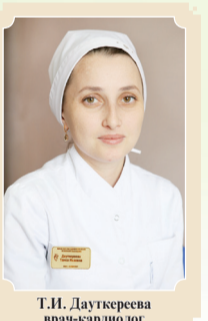
А.Э. Солтанбеков
врач-травматолог



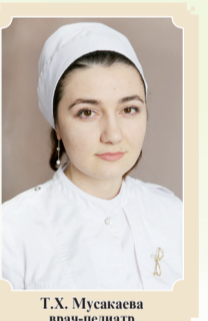
Р.М. Гараев
врач-онколог



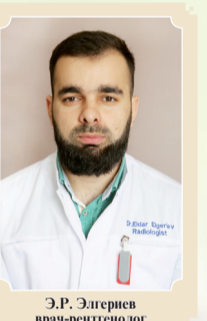
С.З. Худайбердиев
врач-хирург



Т.Н. Дауткерсева
врач-кардиолог



Т.Х. Мусакаева
врач-педиатр



Э.Р. Элгериев
врач-рентгенолог



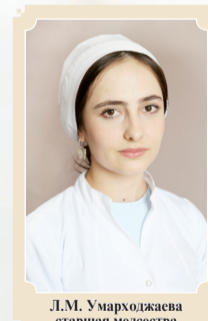
Х.М. Умалатова
старшая медсестра



Х.Н. Маалисева
старшая медсестра



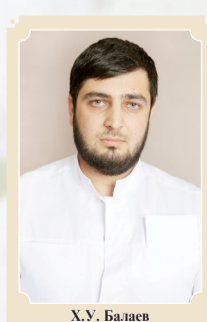
О.Н. Ахматова
старшая медсестра



Л.М. Умарходжайева
старшая медсестра



М.А. Витасева
провизор



Х.У. Балиев
программист



Х.А. Алибекова
программист

2019

Июль

	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
27	1	2	3	4	5	6	7
28	8	9	10	11	12	13	14
29	15	16	17	18	19	20	21
30	22	23	24	25	26	27	28
31	29	30	31				

Август

	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
31				1	2	3	4
32	5	6	7	8	9	10	11
33	12	13	14	15	16	17	18
34	19	20	21	22	23	24	25
35	26	27	28	29	30	31	

Сентябрь

	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
35							1
36	2	3	4	5	6	7	8
37	9	10	11	12	13	14	15
38	16	17	18	19	20	21	22
39	23	24	25	26	27	28	29
40	30						

Октябрь

	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
40		1	2	3	4	5	6
41	7	8	9	10	11	12	13
42	14	15	16	17	18	19	20
43	21	22	23	24	25	26	27
44	28	29	30	31			

Ноябрь

	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
44					1	2	3
45	4	5	6	7	8	9	10
46	11	12	13	14	15	16	17
47	18	19	20	21	22	23	24
48	25	26	27	28	29	30	

Декабрь

	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
48							1
49	2	3	4	5	6	7	8
50	9	10	11	12	13	14	15
51	16	17	18	19	20	21	22
52	23	24	25	26	27	28	29
1	30	31					

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Перелом шейки бедра: симптоматика, диагностика и лечение

В XXI веке перелом шейки бедра – не приговор



У.Х. ХАТУЕВ,
главный травматолог Минздрава ЧР,
заведующий отделением ортопедии и
травматологии РКБ
им. Ш.Ш. Эпендиева, к.м.н.

Одной из наиболее распространенных травм в медицинской практике является перелом шейки бедра, чаще всего диагностируемый у пациентов пожилого и преклонного возрастов. При переломе шейки бедра у более молодых людей: при ДТП, падении с высоты, производственных травмах, его лечение обычно не вызывает таких опасений или осложнений, которые возникают в случае с пожилыми больными.

в ЧР методах лечения, относится с большим недоверием к местным медучреждениям, до сих пор по малейшему поводу стремится выехать за пределы республики. Раньше это действительно было так, нам приходилось по федеральным квотам направлять больных в другие регионы России: Москву, Санкт-Петербург, Саратов, Курган. Но уже несколько лет все операции по переломам шейки бедра проводятся в РКБ, наше отделение ортопедии и травматологии располагает самым современным оборудованием, высококвалифицированными специалистами, мы успешно проводим более 100 операций в год на безвозмездной основе по ежегодно выделяемым местным квотам. К нам нередко обращаются за лечением пациенты из соседних регионов. В частности, недавно нами была успешно прооперирована жительница Ингушетии с переломом шейки бедра.

Но лучшее средство в лечении как этой болезни, так и другой – профилактика. Надо максимально оградить себя от ситуаций, которые могут спровоцировать падение, ушибы. Особенно осторожными и внимательными следует быть людям пожилого и старческого возраста.

Перелом шейки бедра для определенной категории больных еще не так давно становился серьезной проблемой, чуть ли не приговором. В первую очередь это касается пожилых людей старше 70–80 лет, которые почти на 90% составляют контингент пациентов с описываемым видом травмы. Это связано с тем, что с возрастом костные ткани теряют способность удерживать кальций, из них вымываются органические вещества, кости становятся более хрупкими, т.е. развивается остеопороз, которому часто сопутствует также ряд других заболеваний: сахарный диабет, бронхиальная астма, сердечно-сосудистая недостаточность и т.д. У таких пациентов (особенно у женщин) даже при ходьбе, малейшем ушибе, падении с высоты собственного роста может произойти перелом тазобедренного сустава в его самом уязвимом месте – шейке – тонкой части бедренной кости, соединяющей ее головку с телом. Консервативное лечение раньше предписывало таким больным обездвиживание конечности наложением гипсовой повязки, постельный режим в течение полугода, а то и более, что приводило к множественным тяжелейшим осложнениям – пролежням, легочной и сердечной недостаточности, образованию тромбов в обездвиженной ноге, депрессии, ухудшению общего состояния – и в 70% случаев заканчивалось ле-

тальным исходом. В народе это называлось колоколом смерти.

В настоящее время медицина ушла далеко вперед. Сегодня врачи в лечении перелома шейки бедра применяют узкотехнологическую операцию – блокируемый интрамедуллярный остеосинтез (БИОС), в котором вертельные, подвертельные и межвертельные переломы можно малоинвазивно оперировать, и на вторые-третьи сутки больной уже становится на ноги. Самая распространенная операция – эндопротезирование тазобедренного сустава. Этим методом с использованием проводниковой, спинномозговой анестезии мы можем успешно оперировать самых пожилых пациентов. В нашей операционной не редкость больные старше 90 лет, даже был столетний.

Некоторые виды перелома шейки бедра, так называемые вколоченные переломы, могут быть выявлены не сразу (порой даже снимок в первые дни их не показывает, но постепенно в течение недели-двух в месте перелома происходит разрежение кости, что потом можно будет увидеть на снимке). Больной может несколько дней передвигаться, как обычно, и, испытывая постоянную боль в области таза, в паху, относить это на обострение уже имеющегося заболевания. Вот буквально недавно у нас произошел подобный случай – больной два месяца пролежал дома, испытывая

боли в области таза, грешил на позвоночник, воспаление седалищного нерва, применял различные мази, но никакого улучшения не наступало, и только после рентгеновского снимка у него был обнаружен полный перелом шейки бедра со смещением. Поэтому очень важно знать симптоматику, клиническую картину, которые должны насторожить пострадавшего и заставить обратиться к врачу: резкая боль в области тазобедренного сустава, невозможность поднятия и фиксации прямой ноги в лежачем положении на весу (синдром прилипшей пятки), поворот сломанной конечности наружу (наружная ротация стопы), сильная боль при ходьбе и опоре на травмированную ногу, наличие кровоподтека в области травмы, боль при пальпации тазобедренного сустава, характерный звук хруста при переворачивании в лежачем положении.

Лечение перелома шейки бедра зависит также и от его вида. Латеральные переломы (межвертельный, подвертельный, чрезвертельный) более благоприятны в лечении, на них инвазивно через маленький разрез накладываются специальные блокирующие штифты, и переломы успешно срастаются. На второй-третий день больной уже садится, через день встает, начинает потихоньку ходить, конечно, при помощи костылей, ходунков и т.д. Через несколько дней болевой синдром

купируется, человек становится более активным, может передвигаться по комнате, ухаживать за собой. Через 7–10 дней пациент выписывается домой. Полностью реабилитационный период занимает 1–1,5 месяца, где нагрузка на травмированную ногу увеличивается постепенно. Обязательно проведение ЛФК, массажа. Медиальные переломы (цервикальный и наиболее сложный субкапитальный) требуют тотального эндопротезирования, что несет с собой определенные сложности, увеличивает сроки лечения и реабилитации (может занимать от трех месяцев до полугода в зависимости от возраста), но в целом также имеют благоприятный исход.

Хочу отметить здесь, что наше население еще плохо информировано о существующих

Практические советы:

- пожилым людям, даже если в этом нет прямой необходимости, на прогулке желательно пользоваться тростью, особенно в зимнее время;
- быть внимательными при переходе через дорогу;
- медленно спускаться с лестниц, не гулять в гололед;
- при принятии ванны, посещениях санитарных помещений, где наиболее вероятно падение, стараться не делать резких и быстрых движений, быть предельно сконцентрированными.

Также необходимо придерживаться сбалансированного питания, богатого минералами, кальцием, белком, витамином Д. Нужно чаще бывать на свежем воздухе, и хоть чрезмерные физические нагрузки противопоказаны в старческом возрасте, но рациональная двигательная активность должна обязательно присутствовать. Раз в год нужно проходить плановые осмотры, стараться поддерживать оптимальную массу тела, не выходить на прогулку в плохом самочувствии.

Ученые Института неорганической химии имени А.В. Николаева СО РАН создали специальное антибактериальное покрытие, которое в виде лака можно наносить на любые поверхности.

Сибирские ученые создали антибактериальное покрытие для больниц

«Такое покрытие со временем сохраняет свои свойства и внешний вид в отличие от наиболее распространенных сейчас разработок на основе серебра или меди, рассказал один из авторов разработки», – старший научный сотрудник института Михаил Шестопапов.

– В состав лака входит вольфрам или молибден, соединенный с модифицированным тефлоном. При нанесении на любую поверхность образуется пленка, губительная для бактерий, – пояснил суть

технологии старший научный сотрудник института Михаил Шестопапов. – В отличие от покрытий, в которых применяется медь или серебро, оно не портит внешний вид поверхности и не вызывает аллергии.

Он уточнил, что при создании этого покрытия необходимо было сохранить свойство кислородопроницаемости, так как для того, чтобы бактерии погибли, покрытие нужен доступ к кислороду. Такие покрытия могут применяться в больницах или, например, на пищевых производствах.

В дальнейшем ученые планируют работать над удешевлением разработки, так как ряд ее компонентов приходится заказывать из-за рубежа по очень высокой цене, поэтому исследователи находятся в поиске отечественных аналогов. По словам Шестопапова, если у проекта появится постоянный источник финансирования, то примерно через год лак, способный создать антибактериальное покрытие, можно будет вывести на рынок, сообщает Рамблер.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

Факторы риска заболевания туберкулезом

Туберкулез продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной медицины

Факторы риска развития туберкулеза — это условия, которые сами по себе не являются причиной возникновения заболевания. Они только повышают вероятность его развития. Многих интересует вопрос: почему одни инфицированные лица заболевают, а другие нет? Необходимо учитывать, что туберкулез является не только медико-биологической проблемой, связанной с взаимодействием организма человека и возбудителя, но и проблемой социальной, поскольку социальные факторы влияют на состояние здоровья населения в целом и отдельных его групп. В частности, большое значение имеют материальный уровень жизни, санитарная грамотность и культура, род занятий, жилищные условия, обеспеченность медицинской помощью и другие.

**Источники заражения**

Основным источником заражения окружающих является больной туберкулезом легких с массивным бактериовыделением, который за сутки может выделить с мокротой более миллиарда микобактерий туберкулеза (МБТ). При скудном бактериовыделении, когда МБТ обнаруживаются лишь с

помощью специальных методов (бактериологические пробы), заражение окружающих значительно меньше. Опасность также невелика при выделении больными МБТ не с мокротой, а с мочой или гноем.

Вторым по значимости источником заражения является крупный рогатый скот, больной туберкулезом. При этом

наибольшая опасность создается для животноводов и других лиц, контактирующих с животными. Остальные источники заражения туберкулезом имеют меньшее эпидемиологическое значение, так как встречаются гораздо реже. Такими источниками могут быть различные домашние животные (овцы, коровы, кошки, собаки) и птицы.

Пути передачи инфекции

Заражение туберкулезом может произойти при наличии прямого контакта с больным, который рассеивает микобактерии при кашле, чиханье, с капельками слюны при разговоре, поцелуе и т. д. С давних пор основным путем заражения считался воздушно-капельный. Однако заражение возможно и без прямого контакта с больным — при соприкосновении с зараженными предметами, бельем, с пылевыми частицами, содержащими засохшую мокроту, другим материалом, содержащим микобактерии (воздушно-пылевой путь заражения). Естественно, что опасность воздушно-пылевого заражения возрастает при несоблюдении больным правил личной гигиены, недостаточной дезинфекции или ее отсутствии, при некачественной уборке помещений. В связи с тем, что микобактерии туберкулеза обладают высокой устойчивостью к воздействию внешних факторов, они длительное время (месяцы и даже годы) сохраняют жизнеспособность и патогенность в темноте, в почве и сточных водах, при низкой температуре и обработке многими дезинфицирующими средствами — именно поэтому воздушно-пылевой путь заражения заслуживает особого внимания.

Заражение туберкулезом возможно также алиментарным путем при пользовании общей посудой.

При контакте с больными животными заражение также чаще происходит воздушно-капельным или воздушно-

пылевым путем. Возможен и алиментарный путь заражения — при потреблении некипяченого или непастеризованного молока, а также приготовленных из него продуктов. Следовательно, алиментарный путь заражения может иметь место и при отсутствии прямого контакта с больными животными.

Человек обладает высокой естественной сопротивляемостью к туберкулезу. Однако сопротивляемость на протяжении жизни неодинакова и на заболеваемость туберкулезом влияют пол, возраст, сопутствующие заболевания, условия жизни и др. Наиболее опасно заражение туберкулезом в детском возрасте, особенно в раннем детском возрасте (до года и в 1-5 лет). Определенную роль играет наследственная предрасположенность или, наоборот, резистентность к туберкулезу.

С возрастом эти механизмы совершенствуются, приобретают значение другие факторы, которые отрицательно влияют на восприимчивость: недостаточное питание, сопутствующие заболевания, тяжелая работа, приводящая к систематическому переутомлению, нервно-психические срывы (стрессовые состояния) и т. д. Очень большое влияние на течение инфекционного процесса оказывает наличие или отсутствие приобретенного иммунитета у заразившихся туберкулезом людей.

Факторы риска

К факторам, повышающим риск возникновения туберкулеза, относятся:

наличие ВИЧ (стал наиболее значимым в мире в последнее время);

курение (особенно более 20 сигарет в день) увеличивает вероятность развития туберкулеза в 2-4 раза;

сахарный диабет; хронические неспецифические заболевания легких;

повторные пневмонии, сахарный диабет, психические заболевания;

пылевые заболевания легких; тяжелые операции и травмы, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; алкоголизм и наркомания;

беременность и роды; заболевания, при которых необходимо длительное применение гормональных или цитостатических препаратов; врожденные и приобретенные иммунодефициты;

нахождение в местах лишения свободы.

Согласно статистике, среди впервые заболевших туберкулезом 90%, составляют лица из групп риска.

Главными причинами, вызывающими увеличение распространенности туберкулезной инфекции, являются: ухудшение социально-экономических условий жизни населения; увеличение миграционных процессов; рост численности социально дезадаптированных групп населения и континентов, находящихся в местах заключения. Способствуют активизации эпидемического процесса туберкулезной инфекции и медико-биологические, возрастно-половые, социально-профессиональные эпидемиологические обстоятельства. Например, сахарный диабет и другие хронические заболевания со сниженной сопротивляемостью, пубертатный и старческий возраст, алкоголизм, контакт с больным туберкулезом человеком или животным и т. д.

Пересмотрев свой образ жизни (отказавшись от вредных привычек, перейдя на здоровое питание, больше уделяя внимание двигательной активности), мы меньше подвергнем себя риску заболеть туберкулезом!

Материал подготовила
М. МЕЖИЕВА,
врач-фтизиатр
ГБУ РДТС с. Чишки

Туберкулез
в цифрах и фактах

10–15 человек способен заразить за год одной открытой формой туберкулеза. У 1/3 населения нашей планеты в организме содержатся туберкулезные палочки, подсчитала ВОЗ. В 20–30 раз повышается риск развития туберкулеза у людей с ВИЧ. В 4 раза увеличивает риск заболевания туберкулезом регулярное курение.

От 15 млн до 7 млрд бацилл Коха выделяет в сутки с мокротой больной с открытой формой туберкулеза, которые распространяются в радиусе 1–6 м. До минус 269 °С выдерживает замораживание палочка Коха. До 3–4 месяцев она живет в высохшей мокроте на одежде, до 6 месяцев — на книгах, до года — в молочных продуктах.

В 1919 году микробиолог Альбер Кальметт и ветеринарный врач Камилль Герен создали вакцинный штамм микобактерии туберкулеза для противотуберкулезной вакцинации людей, который получил название бациллы Кальметта - Герена (Bacilles Calmette Guerin BCG или БЦЖ). Впервые вакцина БЦЖ была введена новорожденному ребенку в 1921 году.

Начиная **с 2000 года** заболеваемость туберкулезом снижалась в среднем на 1,5% в год. С 2016 года прекращение эпидемии туберкулеза вошло в число задач, предусмотренных задачами здравоохранения в рамках принятых целей в области устойчивого развития (2016–2030 гг.), и в Стратегию ВОЗ по борьбе с туберкулезом (2016–2035 г.). Принятая Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2014 года Стратегия ВОЗ по борьбе с туберкулезом представляет собой концепцию, позволяющую странам положить конец эпидемии туберкулеза путем снижения заболеваемости и смертности.

ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ

Трансжиры: опасно для здоровья!

В европейских странах уже давно бьют тревогу по поводу вреда трансжиров

Несмотря на то, что мы привыкли с опаской относиться к жирам, правильные жиры являются основным источником энергии и помогают организму усваивать определенные витамины. Жир также имеет значение для роста, развития и хорошего самочувствия. И, тем не менее, один из видов жиров, называемый трансжиры (или трансжирные кислоты), является нездоровым и не несет в себе ровным счетом никаких преимуществ. О том, что такое трансжиры, чем они опасны, каких видов нужно сторониться в первую очередь, откуда они берутся и когда о них впервые заговорили в гастрономическом сообществе, корреспондент нашей газеты узнавала у консультанта-диетолога Республиканского онкологического диспансера г.Грозного Ф.Салатовой.



– **Фатима Валерьевна, что такое трансжиры?**

– Трансжиры – это побочные продукты, образующиеся в результате реакции гидрогенизации при получении саломасов (твердых жиров). Когда жидкий жир насыщают водородом, не все его молекулы обрастают недостающими атомами. Некоторые из них меняют пространственную структуру, превращаясь в опасные соединения. То есть они могут не принимать водород, а менять форму, разворачивать какую-либо из своих частей в другую сторону. И тогда уже можно говорить о появлении трансизомера – вещества аналогичного состава, но другой структуры.

Часто можно встретить еще одно название — «трансгенные жиры», но оно неверно, так как здесь идет речь не о геноме, а лишь о строении молекулы. В небольшом количестве трансжиры присутствуют в составе природных масел. Они образуются в результате

деятельности бактерий, населяющих желудок жвачных животных, частично переходят в мясо и молоко, откуда попадают в продукт.

В твердом молочном жире их содержание колеблется от 2 до 8%. В то время как в гидрогенизированных маслах, полученных промышленным путем, их доля может вырастать до 67%. Стоит отметить, что трансжиры, полученные искусственным и естественным путем, имеют совершенно разные свойства.

– **Чем опасны трансжиры для организма человека?**

– Трансжиры имеют способность замещать липиды, которые входят в состав мембраны клетки, нарушая ее структуру. Пораженная клетка утрачивает способность полноценно питаться и выводить вредные вещества. Впоследствии она перестает выполнять свою функцию. Когда таких клеток становится много, это начинает сказываться на ра-

боте органа или даже целой системы.

Употребление трансжиров ведет к нарушению обмена веществ и накоплению токсинов.

Все это может явиться причиной любого заболевания.

На вопрос «Как вывести трансжиры из организма?», сразу можно ответить – никак. Самостоятельно они не выводятся. Их утилизация возможна только вместе с пораженными клетками. Все ткани нашего организма постоянно обновляются. Одни клетки отмирают, другие появляются. Лишь только благодаря этому процессу организм со временем очищается, но при условии, что в него вновь не попадают опасные изомеры.

– **Так какие болезни могут вызвать трансжиры?**

– С накоплением «плохого» холестерина в организме возрастает риск возникновения инфаркта, инсульта, ишемической болезни сердца, атеросклероза, диабета, ожирения и

многих других.

– **Во всех странах используют трансжиры и запретят ли их в России?**

– Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) призывает все страны полностью отказаться от трансжиров промышленного производства к 2023 году. По данным организации, ежегодно от них погибает 500 000 человек в мире.

Для России это особенно актуально. Если США и ряд стран Европы отказались от этих особо опасных жиров, то у нас их продолжают использовать. С 1 января этого года в России были приняты первые меры по снижению трансжиров в масложировой продукции. В ней должно быть не больше 2% этих жиров. Такие меры тогда соответствовали рекомендациям ВОЗ и применялись во многих странах мира. Но, как показывает опыт, их оказалось явно недостаточно.

Употребление продук-

тов с высоким содержанием трансжиров повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний на 21%, а смертность — на 28%. При отказе от них риск существенно снижается. Это наглядно подтвердилось на примере Дании, первой страны, где в 2003 году законодательно ограничили потребление трансжиров промышленного производства. Потом их запретили в США и некоторых странах Европы. В настоящее время во многих странах Европейского региона наблюдается заметная тенденция по решению проблемы трансжиров. Австрия, Венгрия, Дания, Исландия, Норвегия и Швейцария ввели аналогичные ограничения, устанавливающие практически полный запрет на использование трансжиров в продуктах питания. Но в тех странах, где такого запрета нет, уровень потребления до сих пор остается высоким.

Хела ХАЧУКАЕВА

Согласно разрабатываемой общенациональной программе по борьбе с онкологическими заболеваниями, в онкоцентрах могут появиться психологи для пациентов и врачей. Об этом рассказал один из авторов программы, гендиректор ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России Андрей Каприн.



В российских онкоцентрах могут появиться психологи для пациентов и врачей

«С инициативой о работе психологов для пациентов и врачей в онкологических центрах выступил член Комитета Госдумы по охране здоровья

Николай Герасименко, и мы эту идею с разработчиками программы сейчас обсуждаем, она правильная. Например, в одном из самых больших институтов

онкологии в Брюсселе самое большое отделение, в котором работают 18 врачей, — это онкопсихологи», — сказал А. Каприн.

По его мнению, отдельным вопросом является также работа с родственниками пациентов

В свою очередь, Н. Герасименко заявил Агентству «Москва», что российские вузы сейчас выпускают большое количество психологов, поэтому проблем с кадрами не будет. «Я недавно встречался с организацией пациентов, и они подняли очень важный вопрос, касающийся медицинских психологов. Потому что для человека, когда ему говорят, что у него онкология, это тяжелейший удар — некоторые даже кончат жизнь самоубийством. Также человеку нужно помочь, когда он не смог излечиться

полностью. И очень важно здесь участие психологов. То же самое касается выгорания врачей — действительно онкологи выгорают, и психолог нужен прежде всего им самим. В штате онкодиспансеров сейчас нет таких специалистов — есть разные врачи, но не психологи. Нужно подумать, чтобы в штат онкодиспансеров ввести медицинского психолога», — сказал депутат.

Как сообщалось ранее, бюджет Федерального фонда ОМС расширится с целью увеличения тарифа на оказание помощи пациентам с диагнозом «онкология».

РЕКОМЕНДАЦИЯ

Болезни, от которых
вылечит лето

Сахарный диабет 2 типа

Ученые из Швеции исследовали, как меняется уровень сахара в крови в зависимости от сезона. Для эксперимента они набрали участников с севера страны, где длина солнечного дня в течение года меняется от 4,5 до 22 часов. Оказалось, что с ноября по апрель – в «темный» сезон – уровень глюкозы, измеренный натощак, у испытуемых был выше, чем в «светлые» месяцы. А если у человека, который давно ничего не ел, уровень сахара в крови растет, он рискует заболеть сахарным диабетом 2 типа (а возможно, диабет у него уже есть).

Исследователи обнаружили, что количество солнца влияет на работу генов, ответственных за углеводный обмен. И некоторые гены, которые помогают поддерживать сахар в норме, «включаются» только в теплое время года. Так что, если вам поставили диагноз «преддиабет» или «сахарный диабет 2 типа», вам стоит проводить больше времени на солнце – это должно помочь организму лучше переваривать глюкозу. Если нет возможности переехать в более теплый климат, попробуйте хотя бы установить дома лампу полного спектра и использовать ее зимой – ведь именно дневной свет, судя по всему, влияет на метаболизм углеводов.

Экзема

Атопический дерматит, или экзема – это кожная реакция в форме высыпаний, которые зудят, трескаются и болят. По виду и проявлениям экзема напоминает аллергическую реакцию, однако она ею не является. Проблемы с кожей у людей с атопическим дерматитом – «атопиков» – вызывают сбой в ее защитных функциях. Из-за них кожа пересыхает и становится более чувствительной к факторам внешней среды, в том числе к погоде.

Медики заметили, что экзема чаще встречается у людей, которые живут в холодном климате. И переохлаждение, сухость воздуха зимой могут вызывать рецидивы болезни. Так что летом многим «атопикам» становится лучше: тепло, солнце и влажность помогают коже прийти в норму и высыпания исчезают.

Слишком жаркая погода – тоже не лучший вариант для пациента с экземой. Например, пот и солнечные ожоги могут также нарушать нормальные функции кожи, в результате из-за чего высыпания появляются вновь. Поэтому «атопикам» и летом нельзя расслабляться: в жаркие дни стоит выби-



рать более прохладные места, прикрывать кожу одеждой и пользоваться солнцезащитным кремом.

Артрит

Для людей с больными суставами лето – это передышка от своих страданий. Многие слышали, что человек с артритом может предсказывать изменения погоды не хуже метеобюро. Ноют суставы? Значит, скоро будет похолодание. Ученые подтверждают, что такие суперспособности – не миф: снижение температуры действительно усиливает боли у пациентов с артритом. И зимой им оказывается сложнее справиться с болезнью, чем в более теплые месяцы. Правда, переезд в другой климат вряд ли поможет излечиться: исследования показывают, что сухая и теплая погода несколько уменьшает боли при артрите, но кардинально не влияет на течение болезни.

Астма

Лето – приятная пора для астматиков, которые в это время могут, в прямом смысле, вздохнуть свободно. Лучшая погода для тех, кто страдает астмой, – когда не слишком жарко и не слишком холодно. Экстремальная жара в России встречается не везде и не очень часто, а вот повсеместные морозы зимой приносят астматикам много проблем.

Холодный и сухой воздух заставляет просвет дыхательных путей сужаться – это явление называется бронхоконстрикцией. Человеку становится трудно дышать, чтобы снять спазм, нужен ингалятор. Пациенты с астмой, которая так реагирует на морозы – она называется «астма физического напряжения», – летом испытывают большое облегчение.

Однако теплое время года идет на пользу не всем астматикам. Для тех, у кого астма аллергического происхождения, лето – напротив, самый труд-

ный сезон. Все цветет, в воздухе полно пыльцы, а влажность помогает распространению бытовых аллергенов – в частности, плесени и пылевого клеща. Так что теплая погода пойдет на пользу лишь людям с астмой физического напряжения. А вот аллергику с атопической астмой стоит готовиться к лету заранее и, возможно, на время мигрировать в более прохладный и сухой климат.

Псориаз

Это аутоиммунное заболевание, при котором иммунитет становится слишком активен и начинает атаковать собственные клетки – а именно, клетки кожи. Во время обострения болезни у человека на теле появляются очень сухие красные бляшки. Они сильно болят и зудят – все это вызывает физический и психологический дискомфорт. Лечение у псориаза на данный момент нет, и периоды ремиссии сменяются рецидивами. На это влияет много факторов – в том числе погода и время года.

Зимой людям с псориазом может стать хуже по нескольким причинам: низкие температуры, сухой воздух, слои одежды, раздражающие кожу, дефицит солнца. А еще в холодный сезон люди чаще сталкиваются с простудами и другими инфекциями – все это заставляет иммунную систему работать активнее и усиливает симптомы псориаза.

Летом же, напротив, течение болезни облегчается. Помогает солнце – псориазные бляшки реагируют на ультрафиолет и уменьшаются в размерах.

Так что, если у вас псориаз, воспользуйтесь летними солнечными днями по полной программе – чаще гуляйте, открывайте как можно больше участков тела. Только не забывайте про крем с SPF – его нужно наносить на кожу во всех местах, где у вас нет высыпаний.

Майл.ру

В ГОСТЯХ У ЮРИСТА

- Как получить компенсацию при некачественном установлении брекетов или неправильном лечении зубов?

- В соответствии со статьей 41 Конституции РФ каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Согласно требованиям статей 309 и 310 Гражданского кодекса РФ, обязательства, в том числе и оказание медицинской помощи, должны исполняться надлежащим образом, в соответствии с условиями обязательства и требованиями закона. При этом вред, причиненный личности, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим данный вред (статья 1064 ГК РФ). Кроме того, в статье 14 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей» от 07.02.1992г. №2300-1 также указано, что вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу потребителя вследствие конструктивных, производственных, рецептурных или иных недостатков работы (услуги), подлежит возмещению в полном объеме. Взыскание причиненного ущерба проводится в судебном порядке.

- Как доказать фальсификацию результатов анализов, которые ты не сдавал?

- Ответить конкретно на заданный вопрос не представляется возможным по причине отсутствия сведений об обстоятельствах происшедшего и о фальсификации каких анализов идет речь.

При фальсификации результатов анализов для восстановления справедливости можно, например, сдать повторный аналогичный анализ или пройти повторное медицинское освидетельствование, провести независимый генетический анализ и др.

- Имею ли я право подать в суд на стоматолога за некачественно оказанные 2 года назад услуги, в результате которых мне сделали тяжелую операцию – гайморотомию?

- В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации каждый гражданин России вправе защищать собственные интересы в судебном порядке. Согласно статьи 196 Гражданского кодекса РФ, общий стаж исковой давности по гражданским делам составляет три года, а поэтому в конкретном случае у заявителя есть право на обращение в суд.

А.С. КАДЫРОВ,
специалист по найму МЗ ЧР,
заслуженный юрист ЧР

В Минздраве
спрогнозировали
продолжительность жизни
в России в 2030 году

Гериатры прогнозируют увеличение продолжительности жизни в России к 2030 году до 80,1 года.

«Ожидаемая продолжительность жизни при рождении для мужчин и женщин на 2018 год составляет 73,5 лет. Прогнозируется, что к 2030 году она возрастет до 80,1 года. Если говорить о мужчинах, то средняя продолжительность жизни будет составлять 75,8 лет, о женщинах – 83,7 года», – сообщила главный гериатр Минздрава РФ Ольга Ткачева, отвечая на вопрос о средней продолжительности жизни в России в 2018 году и прогнозах демографов.

При этом она отметила, что в настоящее время появляются научные подтверждения того, что люди мед-

леннее стареют, медленнее утрачивают когнитивные и физические функции.

Ткачева сообщила, что ученые сравнили когнитивные и физические функции у людей, которым было 50 лет и более в 2003-2004 гг., и у тех, кому было 50 лет и более в 2013 году. Оказалось, что позже рожденные люди имели достоверно лучшие когнитивные функции, чем их ровесники 10 лет назад, и когнитивные функции 50-летнего человека в 2003 году соответствовали когнитивным функциям 58-летнего человека в 2013 году, сообщает РИА Новости.

СМЕХОТЕРАПИЯ

Вот, здесь, нажимаете «новая вкладка» и появляется новое окно в браузере...

– Так, стоп! То есть, я зря второй ноутбук покупал?!

Мои соседи – сплошь одни пенсионерки. Поэтому пусть лучше думают, что я слесарь, чем узнают, что я терапевт.

– Скажите, доктор, у меня тут болит (показывает пальцем) и тут болит, и тут болит. Что это означает?

– Это у вас просто палец сломан.

У офтальмолога:

– Какую я букву показываю?
– А где вы?!

– Доктор, вы обещали, что после операции я буду похож на Алена Делона!

– Правильно! Он теперь тоже старый, больной человек...

Пациент пришел к врачу:
– Доктор, вы советовали мне, чтобы уснуть, сосчитать до 100000!

– Ну и как, уснули?
– Нет, утро наступило!

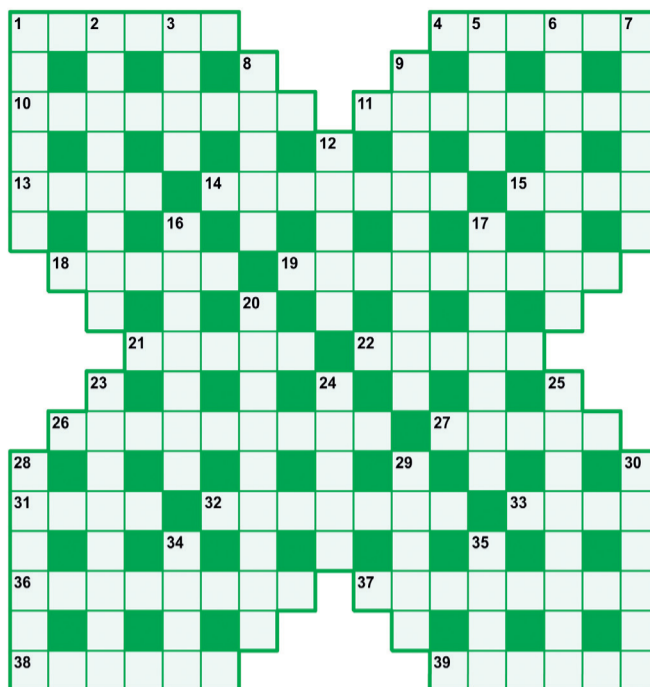
КРОССВОРД

ПО ГОРИЗОНТАЛИ:

1. Часть тела, на которой хорошо видно. 4. Музыка, которая чаще всего звучит в кабине водителя маршрутки. 10. Домосед, живущий на диване. 11. «Квартирный труженик». 13. «Ристалище» сестер Уильямс. 14. Она бывает и железнодорожная, и переливания крови, и метео. 15. Учебный взрыв химички. 18. Творог, подвергшийся глазировке. 19. Способ заявить своей отчизне, что ее не считают родной матерью. 21. «Мягкая» кличка котенка. 22. Водитель скакуна. 26. Походный аэродром. 27. Возглас с «адресом». 31. Лаз для нити. 32. Заморский драчун. 33. Гордо реюющий флаг. 36. «Пятидолларовый» президент. 37. Признак солнышка на лице. 38. Зажимщица. 39. Чудачества божьего одуванчика.

ПО ВЕРТИКАЛИ:

1. Кроватка - закачаешься! 2. Блюститель порядка на день. 3. В него попадают пальцем, когда говорят невпопад. 5. «Мирный» чернобылец. 6. «Пророк погоды». 7. Имя вождя, насаждавшего кукурузу. 8. «Монолог сухомятки». 9. Однодолларовый президент. 12. Гордо реет, но не буревестник. 16. Птица-говорун. 17. «Сострадательная» дудочка. 20.



Торжественное начало капитального ремонта квартиры. 23. Лягушачья болтовня. 24. Коровий сын. 25. «Треснутый» орешек. 28. Грызун, «вытянувшийся по струнке». 29. «Взволнованный» кровельный материал. 30. Одиночная камера желаний. 34. Еда для «братьев наших меньших». 35. Толстой бросил ее на рельсы, а Чехов повесил на шею.

ОТВЕТЫ

ПО ГОРИЗОНТАЛИ: 1. Ладонь, 4. Шансон, 10. Лежебока, 11. Надомник, 13. Корт, 14. Станция, 15. Опыт, 18. Сырок, 19. Эмпратив, 21. Пушок, 22. Жюк, 26. Авианосец, 27. Ожик, 31. Ушко, 32. Дабодун, 33. Стр, 36. Линкольн, 37. Бенджамин, 38. Кемма, 39. Марам.
ПО ВЕРТИКАЛИ: 1. Лопатка, 2. Держрвн, 3. Небо, 5. Атом, 6. Синоптик, 7. Никита, 8. Икота, 9. Вашингтон, 12. Знам, 16. Попугай, 17. Жакетта, 20. Новоселье, 23. Кваканы, 24. Телок, 25. Фисташка, 28. Суслик, 29. Шифер, 30. Эгоизм, 34. Корм, 35. Анна.

<http://www.graycell.ru>

ТЕСТ

Скажи, как ты любишь сидеть, и я скажу, кто ты

Вам нужно выбрать наиболее удобную и привычную для вас позу сидеть, а мы расскажем, о чем это говорит с точки зрения психологии. Сразу нужно заметить, что мы всегда сидим по-разному. Однако некоторые позы, все же, являются для нас более привычными и комфортными. Просто расслабьтесь и постарайтесь вспомнить, в каком положении вы сидите, находясь в каком-нибудь обществе.



1. С прямой спиной
Вы сильный духом и уверенный в себе человек, который практически никогда не сомневается в правильности своих поступков и решений. Вы любите быть в курсе всех дел и все контролировать.

При этом в общении с близкими и коллегами вы крайне надежны, всегда стараетесь прийти на помощь и оказать поддержку в трудный момент.



2. Отклоняясь назад
Вы чуткий и участливый человек, который старается никогда не оставить

ся равнодушным к переживаниям других. Как правило, вы проявляете осторожность в решениях и поступках и склонны к анализу: прежде чем приступить к важному делу, вы можете долго наблюдать за ситуацией, сравнивая аргументы за и против.



3. Наклоняясь вперед
Такая поза характерна для натур, увлекающихся и интересующихся самыми разнообразными вещами. Вы в меру любопытны, открыты новым знакомствам. Вы можете расположить к себе человека, умело делаете комплименты и можете похвалить собеседника, если чувствуете, что это будет уместно.



4. Держа ноги вместе
На первый взгляд может показаться, что вы человек с холодным сердцем, но при более близком общении открываются совсем иные стороны вашей личности: доброта, приветливость и искренность. При этом в серьезных вопросах вы весьма прямолинейны. Вы предпочитаете во всем строго придерживаться плана, пунктуальны и педантичны.

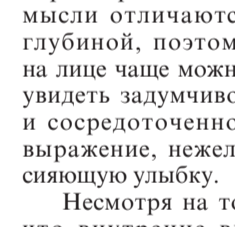


5. Со скрещенными лодыжками
Вы целеустремленный человек, который часто проявляет ярко выраженные лидерские качества. Всегда стараетесь

быть в курсе всех дел, любите контролировать процесс, порой и окружающих людей, поэтому вас можно назвать властным человеком. В общении вы открыты для всего нового, а в отношениях довольно ревнивы.



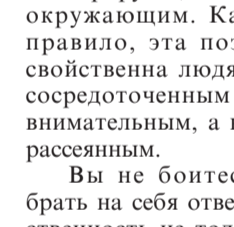
6. Закинув ногу на ногу
Вы отличаетесь скромностью и даже некоторой застенчивостью, часто смущаетесь в присутствии незнакомых людей. Вас вряд ли можно назвать человеком, уверенным в себе, свои переживания и чувства вы стараетесь скрывать от окружающих, поэтому вас часто считают замкнутым и закрытым человеком.



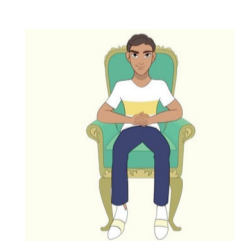
7. Со скрещенными на груди руками
Вы серьезный человек с сильным



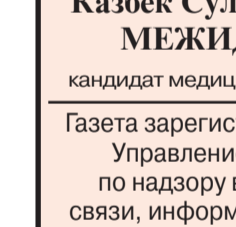
характером. Ваши мысли отличаются глубиной, поэтому на лице чаще можно увидеть задумчивое и сосредоточенное выражение, нежели сияющую улыбку. Несмотря на то, что внутренне вы вполне уверены в себе, вы не спешите открываться другим людям.



8. С руками, зажатыми между ног
Вы очень нежная, трогательная и добродушная натура. Не оставляете без внимания чужие проблемы, реагируя незамедлительно и стараясь оказать посильную помощь.



При этом вы довольно стеснительны, часто сомневаетесь в сказанных словах и принятых решениях.



9. С руками на коленях
Вы явный лидер, смелый и уверенный человек, ярко де-



монстрирующий это окружающим. Как правило, эта поза свойственна людям сосредоточенным и внимательным, а не рассеянными. Вы не боитесь брать на себя ответственность не только за свои, но и за чужие решения, не страшитесь проблем и довольно быстро находите пути их решения.

Общественный совет газет:

- Э.А. СУЛЕЙМАНОВ** – министр здравоохранения ЧР, доктор медицинских наук (председатель);
- И.Х. БАЙСУЛТАНОВ** – заместитель руководителя Администрации Главы и Правительства ЧР (ответственный секретарь);
- О.О. САЛАГАЙ** – заместитель министра здравоохранения Российской Федерации;
- Д.Ш. АБДУЛАЗИЗОВ** – директор ТФ ОМС ЧР;
- М.С. ХАСИЕВ** – руководитель, главный эксперт ФГУ «ГБ МСЭ по ЧР» кандидат медицинских наук;
- Р.А. БАРТИЕВ** – главный врач РЦМК кандидат медицинских наук;
- С.Г. ГАНАТОВ** – главный врач ГБУ «РКВД», кандидат медицинских наук.

Почетный совет ветеранов:

- С.А. МЕЖИДОВ** – заслуженный врач РФ;
- А.К. ЯХИХАЖИЕВ** – первый заместитель председателя ЧРОО «Медицинская палата», заслуженный врач ЧР, кандидат медицинских наук;
- Т.З. АХМАДОВ** – заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук;
- В.М. ЯНДАРОВ** – заслуженный врач ЧИАССР, кандидат медицинских наук.

Главный редактор Казбек Султанович МЕЖИДОВ

кандидат медицинских наук
Газета зарегистрирована Управлением ФС по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по ЧР ПИ № ТУ 20-00096 от 23.04.2014 г.

Учредитель - М.С. Межидова
Адрес редакции/издателя: г. Грозный, ул. Маяковского, 92, 8 эт. Контактный телефон: 8 (928) 780 80 31 E-mail: mvchr@mail.ru сайт: www.mvchr.ru

Дизайн – М.П. Даудов
Рукописи не возвращаются и не рецензируются. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов публикуемых материалов.

+12 Свободная цена

Газета отпечатана в ООО «Медиаграф». Адрес: 344008, г. Ростов-на-Дону, пер. Халтуринский, 130/1 Тираж 3000 экз. Заказ № Подписано в печать по графику: 16.07.2018 г. в 10:00 по факту: 16.07.2018 г. в 11:30