



Медицинский Вестник

Выходит с января 1995 года

№ 4 (285) 29 апреля 2011 г.

СОБЫТИЯ И ФАКТЫ

СОБЫТИЯ И ФАКТЫ

СОБЫТИЯ И ФАКТЫ

ПЕРВЫЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ МЕДРАБОТНИКОВ

12-13 апреля Первый Всероссийский форум медицинских работников собрал руководителей органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, главных врачей лечебных учреждений, врачей, средних медработников и молодых специалистов. В работе форума приняла участие и делегация Чувашии во главе с министром здравоохранения и социального развития Республики Венеры Муллиной.



ских центров - в Пензе, Чебоксарах, Астрахани, Хабаровске, Красноярске, Челябинске, Тюмени. В текущем году должно быть введено в строй ещё пять таких центров", - сказал глава Правительства. - Мы будем и дальше вкладывать ресурсы в человека, в благополучие семьи, создание условий для полноценной жизни и самореализации наших граждан, в жилищные программы и образование, в охрану материнства и детства, в медицину. И от этих планов не отступим".

Владимир Путин сообщил, что планируется стимулировать регионы, заботящиеся о медработниках. По словам Путина, вводятся новые стандарты оплаты медработникам, в которых будет четко прописано, сколько получит за оказание того или иного вида помощи врач, фельдшер, медсестра.

"В результате, за два ближайших года фонд заработной платы медработников увеличится на 20-35 процентов", - сказал премьер, уточнив, что также будут повышены на 2 процента взносы в Фонд обязательного медицинского страхования. "Начиная с 2013 года, эти отчисления будут целиком направляться на финансирование медицинской помощи, включая оплату труда медработников", - отметил он.

Повышение эффективности работы первичного звена, рост квалификации участковых врачей, качества оказываемой ими медицинской помощи, вне всякого сомнения, даст весомую отдачу с точки зрения профилактики, раннего выявления заболеваний. Выиграют и сами медицинские работники: учитывая современный механизм финансирования медицинской помощи, когда деньги сле-

Цитата номера

"От того, может ли человек получить качественную медицинскую помощь, от того, в каких условиях работают врачи и медсестры, как они выполняют свой долг перед пациентом, зависит судьба конкретных людей, их семей, будущее всего нашего государства. Цена задуманных нами преобразований очень высока, но ещё выше цена надежд и ожиданий миллионов граждан России. И наша с вами общая цель - оправдать эти надежды и это доверие граждан".

В. В. Путин
На Всероссийском форуме медицинских работников

дуют за пациентом, значительная часть средств останется именно в первичном звене здравоохранения, что напрямую должно сказаться и на повышении зарплат участковых врачей и медсестёр.

"Отмечу, что положительный опыт перевода участковых служб в сельских районах на работу по принципу врача общей практики в регионах есть - например, в Астраханской и Пензенской областях, Республике Чувашия, в Татарстане, где врачебная помощь максимально приближена к сельскому населению," - заключил премьер-министр.

Актуально

Возврат к "старому"

Минрегион вернет в здравоохранение социальные нормы 1996 года. 19 апреля 2011 года Министерство опубликовало проекты изменений к двум документам правительства 2008-2009 гг., корректирующие методику расчета обеспеченности населения медперсоналом: речь идет о возвращении к нормам социального обеспечения населения медперсоналом, установленным еще в 1996 году.

Подробнее - на стр. 5.

Дополнительная иммунизация

С 4 по 9 апреля в Чувашии прошел первый тур "подчищающей" иммунизации против полиомиелита детей в возрасте от 1 года до 3-х лет в Батыревском, Порецком, Цивильском районах, г. Новочебоксарск и г. Чебоксары (районы обслуживания ГБ № 7 и ГДБ № 3). Привито - 5929, то есть 95,8%, из подлежащих прививке 6186 детей.

Новое назначение



5 апреля 2011 года приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 7-тк на должность руководителя Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Чувашской Республике - Чувашии назначена Н.Ф. Луговская, ранее замещавшая должности начальника территориального отдела Управления Роспотребнадзора в Новочебоксарске, заместителя руководителя Управления Роспотребнадзора по Чувашской Республике - Чувашии.

О ценах на лекарства

19 апреля Президент России Д. Медведев поручил правительству разработать порядок формирования перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. В срок до 1 июня 2011 года Минздравсоцразвития РФ должно издать нормативно-правовые акты, разъясняющие требования к содержанию и оформлению документов, необходимых для формирования регистрационных досье на препараты.

Здоровая Чувашия

7 апреля прошла видеоконференция "Здоровая Чувашия", организованная Минздравсоцразвития Чувашии, Минспорта и Советом муниципальных образований Чувашской Республики.

"Мы должны признать роль здоровья населения как стратегического потенциала, фактора национальной безопасности, стабильности и благополучия общества!" - подчеркнула в своем выступлении министр Венеры Муллина. Подробнее - на стр. 4.

Болевые точки

В Канаше с участием Президента Чувашской Республики Михаила Игнатьева состоялась республиканская конференция медицинских работников.

Согласно данным ФСО России, удовлетворенность населения медицинской помощью в республике по итогам 2010 года составила 41,8%.

Подробнее об организации первичной медико-санитарной помощи в Чувашии, проблемах и путях решения - на стр. 2.

Белая ромашка

С 20 марта по 20 апреля в Чувашии в очередной раз прошел месячник по борьбе с туберкулезом "Белая ромашка". Что знают жители столицы Чувашии о заболевании? Каково значение хирургии в лечении туберкулеза легких? В чем состоит эффективность специфической профилактики? Ответы на эти вопросы - в нашей подробке материалов на стр. 6-7.

Конференция

Гастроэнтерологи Чувашии приняли участие в выездной научно-практической конференции гастроэнтерологов Приволжского федерального округа "Современная гастроэнтерология: что нужно знать практическому врачу?", которая состоялась в Нижнем Новгороде.

Об опыте работы Чувашии с пациентами с различными вариантами хронических гастритов читайте на стр. 3.

Реформа

В Чувашии образовано 26 казенных учреждений сферы здравоохранения и социального обслуживания населения. Они осуществляют оказание государственных услуг, а также исполняют государственные функции в целях обеспечения реализации предусмотренных законодательством РФ полномочий органов государственной власти. Негативных последствий для потребителей услуг и работников учреждений в связи с изменением не усматривается.

"Болевые точки" здравоохранения Чувашии обсудили в профессиональном сообществе медицинских работников

"Сегодня в профессиональной среде медицинских работников мы с вами будем обсуждать "болевые точки" системы охраны здоровья граждан Чувашской Республики и первоочередные мероприятия по решению обозначенных проблем", - отметила министр.

В условиях, когда сохраняется высокая доля хронических заболеваний, выявляемых в основном на поздних стадиях, обозначилась необходимость осуществления их медицинской профилактики, совершенствования деятельности амбулаторно-поликлинической службы.

Согласно данным ФСО России, удовлетворенность населения медицинской помощью в республике по итогам 2010 года составила 41,8%.

Проведенный в текущем месяце комплексный анализ работы службы на основе изучения медицинских и экономических статистических показателей, результатов социологических опросов и широкого обсуждения с Интернет-сообществом выявил ряд проблем, напрямую влияющих на доступность оказываемой медицинской помощи. Для их решения был утвержден и реализуется план первоочередных мероприятий.

Одной из ключевых проблем являются очереди на прием к врачу, диагностическое обследование и лечение, возникающие вследствие роста обращаемости населения за амбулаторной помощью. В 2010 году каждый житель республики в среднем обращался за медицинской помощью 11,5 раза в год, это выше аналогичного показателя по России на 20%.

С учетом потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи дефицит обеспеченности медицинскими кадрами в поликлинике сохраняется на уровне 14%. Его наибольшие значения отмечаются по таким "узким" специальностям, как хирургия (40%), неврология (27%), психиатрия (26%), онкология (35%), отоларингология (35%), гастроэнтерология (33%), офтальмология (30%).

Так, лишь половина выпускников медицинского факультета Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова по специальности "Лечебное дело" трудоустроивается в Чувашской Республике, Чебоксарского медицинского колледжа - около 70%.

Венерой Петровной был также поднят вопрос нагрузки врачей на амбулаторно-поликлиническом приеме. В среднем дневная нагрузка на одного участкового врача по итогам работы за 2010 год составила: для участкового терапевта и педиатра - 21, для врача общей практики - 19 посещений в день при среднечасовой в 6,7 - для участкового терапевта и педиатра, 6 - для врача общей практики.

Особое внимание было уделено состоянию здоровья сельского населения, работе фельдшерско-акушерских пунктов, офисов врача



21 апреля в городе Канаш с участием Президента Чувашской Республики Михаила Игнатъева состоялась республиканская конференция медицинских работников "Организация первичной медико-санитарной помощи в Чувашской Республике: проблемы и пути их решения".

С основным докладом перед коллегами - представителями государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, руководителями надзорных органов, подведомственных предприятий и учреждений, общественных медицинских организаций, главными внештатными специалистами - выступила руководитель Минздравсоцразвития Чувашии Венера Муллина.

общей (семейной) практики, являющихся реальной площадкой сохранения и укрепления здоровья, внедрению по всей республике принципа работы единой диспетчерской службы с организацией центральной диспетчерской на базе станции скорой медицинской помощи г. Чебоксары.

В отдельную категорию выделены организационные проблемы, решение которых требует простых управленческих действий, - нарушение этики и деонтологии в работе врача, очереди в гардероб, регистратуру, кабинеты забора крови; "скупенность" пациентов в результате отсутствия оборудованных сидячих мест в коридорах, не соблюдаются, наконец, санитарно-эпидемиологические требования.

В результате предпринятых мер по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи, констатировала министр, в течение месяца удалось:

- создать в ряде учреждений комфортные условия для ожидания пациентов в течение 15 минут;
- уменьшить очереди в регистратуру и в гардеробы больниц, на прием в кабинеты врачей;
- оптимизировать формирование потока пациентов для сдачи лабораторных анализов и исполнения других диагностических процедур;
- установить во всех учреждениях здравоохранения "Электронную регистратуру".

По итогам выступления министра медицинская общественность выразила поддержку проводимому курсу на модернизацию здравоохранения, озвучила предложения по дальнейшему совершенствованию первичной медико-санитарной помощи.

В заключение конференции с основными итогами социально-

экономического развития Чувашской Республики за I квартал текущего года, собственной оценкой проделанной Минздравсоцразвитием Чувашии работы выступил Президент Чувашской Республики Михаил Игнатъев.

"Мы не должны быть черствыми, нельзя переставать обращать внимание на пациентов, стоящих в очереди", - обратился к врачам руководитель республики и предложил больше говорить о лучших представителях медицинской общественности, демонстрировать их положительный опыт.

Он заверил, что здравоохранение наряду с образованием, культурой спортом является той сферой, которая всегда будет поддержана. В дополнение к предусмотренному республиканским бюджетом Чувашской Республики финансированию Программы модернизации здравоохранения на 2011 - 2012 годы будут выделены дополнительные ресурсы на улучшение качества оказания медицинских услуг.

Кроме того, Михаил Игнатъев призвал увеличить показатели удовлетворенности населением качеством оказываемой медицинской помощи, задействовать ресурсы всех возможных целевых программ, позволяющих закрепить молодых специалистов на селе, активнее пропагандировать здоровый образ жизни, как среди населения, так и среди медицинских работников.

"Мы работаем, направляем колоссальные усилия и ресурсы для того, чтобы добиться главного - создать благоприятные условия для оказания качественных медицинских услуг населению. Ключевой фигурой в сфере здравоохранения является пациент и его здоровье", - сказал в заключение глава республики.

Мастер-классы для хирургов

С 11 по 15 апреля в Федеральном центре травматологии, ортопедии и эндопротезирования в городе Чебоксары прошли курсы для травматологов по остеосинтезу длинных трубчатых костей современными имплантами. Обучение провел Президент международного альянса остеосинтеза, профессор кафедры травматологии и ортопедии РУДН, главный травматолог ГКБ № 20 г. Москва Сергеев Сергей Васильевич. 12 апреля в нейрохирургическом отделении МУЗ "Городская больница скорой медицинской помощи" под руководством Сергея Васильевича была проведена операция - открытая репозиция, костный остеосинтез нижней трети правого бедра пластиной с угловой стабильностью.



Стоматология по-голландски

В рамках программы "PUM - Опытные эксперты из Нидерландов" 11 апреля в Чебоксары по приглашению ОО "Ассоциация стоматологов ЧР" и клиники "Дент-а-Мед" прибыл эксперт-стоматолог Геррит Бруклендер. Цель его визита - распространение накопленного опыта европейских стран в области профилактической стоматологии - направления, получившего развитие в нашей стране совсем недавно.

Гость из Нидерландов посетил детское отделение МУЗ "Городская стоматологическая поликлиника", где зам.главного врача по детской стоматологии Елена Загребяева познакомила его с коллективом отделения и рассказала о новых методиках лечения детей, применяемых в поликлинике.

В ходе встречи господина Бруклендера с начальником управления здравоохранения и социальной политики администрации города Чебоксары Дмитрием Марковым обсуждался опыт европейских стран в области профилактических мер по сохранению здоровья граждан.

Геррит Бруклендер провел беседу о гигиене полости рта для старшеклассников чебоксарской гимназии №1, а 15 апреля 2011 года с его участием прошла лекция о профессиональной гигиене в стоматологии для студентов-выпускников стоматологического отделения медфакультета ЧГУ, врачей-интернов и врачей стоматологических клиник Чувашии.



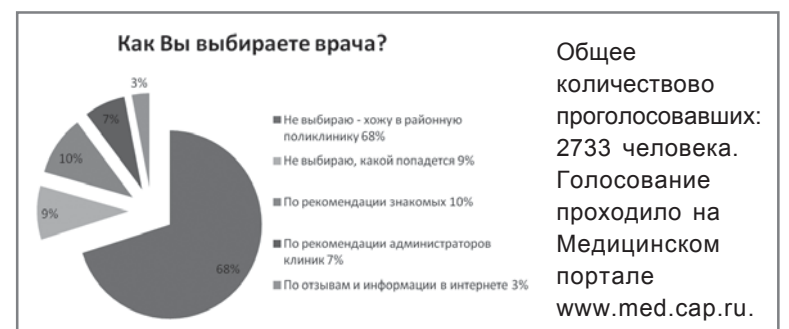
Медики прошли обследование

Коллектив МУЗ "Центральная городская больница" заботится не только о пациентах, но и о здоровье коллектива учреждения. В рамках Всемирного дня здоровья сотрудники больницы прошли обследование в Республиканском Центре здоровья на базе ГУЗ "Республиканский центр восстановительной медицины и реабилитации" по адресу: г.Чебоксары, ул. М. Сеспеля, д.24.

27 работников МУЗ "Центральная городская больница" прошли обследования на кардиовизоре, доплер-анализаторе, смеклайзере, биоимпедансном анализаторе состава тела, компьютеризированном спирометре. Все остались довольны внимательным отношением, прекрасными условиями и отсутствием очередей. Прошедшие обследование приняли к сведению рекомендации специалиста, указанные в индивидуальном паспорте здоровья.

Мониторинг очередей

В течение двух недель в МУЗ "Городская клиническая больница №1" шел мониторинг очередей, результаты которого ежедневно публиковались на официальном сайте учреждения. Упорядочению очередности и планированию работы способствует система предварительной записи на приём непосредственно в регистратуре поликлиники и в режиме он-лайн через электронную регистратуру. Кроме того, для улучшения работы регистратуры поликлиники был введен дополнительный номер вызова врача на дом (8352) 23-57-05. Также руководство больницы старается выстроить всю работу учреждения с учетом пожеланий пациентов. Для этого на сайте создан раздел "Замечания и предложения", где посетители могут оставить свои отзывы об учреждении, написать свои замечания и пожелания. Обратная связь помогает оперативно улучшить работу и качество оказания медицинской помощи.



В преддверии очередного Дня Победы, в Городской больнице скорой медицинской помощи предусмотрены специальные условия для пребывания и лечения ветеранов.

ЗАБОТА О ВЕТЕРАНАХ



По данным на 10 апреля 2011 года на лечении в Городской больнице скорой медицинской помощи находились 6 инвалидов и участников ВОВ, членов их семей, тружеников тыла. С начала года прошли лечение 34 пациента – участника ВОВ и приравненные к ним лица.

Предусмотрены специальные условия для пребывания и лечения участников ВОВ. Организован круглосуточный медицинский пост, для оказания ме-

дицинской помощи участникам и инвалидам войны на стационарном этапе выделены отдельные палаты на 27 коек. Все палаты после капитального ремонта. Созданы улучшенные условия в палатах для ветеранов. Палаты оснащены телевизором, металлическими тумбами, холодильниками, имеются шкафы, умывальники. При оказании стационарной помощи для участников войны организуется дополнительное питание в виде второго завтрака, обеда и ужина. Лекарственные средства назначаются больным с учетом имеющихся заболеваний, состояния здоровья и рекомендаций врачей-специалистов. Решение о назначении участникам ВОВ лекарственных средств, не входящих в утвержденный Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, но необходимых по жизненным показаниям, принимает врачебная комиссия МУЗ "Городская больница скорой медицинской помощи".

Приоритеты Чувашии - укрепление здоровья человека

3 апреля 2011 года Президент Михаил Игнатьев провел заседание Кабинета Министров Чувашии. Члены Правительства подвели итоги реализации целого ряда республиканских целевых программ в сфере здравоохранения.

В ходе рассмотрения республиканской целевой программы "Здоровое питание (2006-2010 гг.)", благодаря которой увеличилось массовое потребление овощей и фруктов, а также производство продукции, богатой минеральными веществами, Президент обратил особое внимание на результаты ее реализации. "От правильного питания зависит здоровье человека, а значит и будущее, поэтому мы с вами должны постоянно говорить об этом и разъяснять. Дети еще со школьной скамьи должны знать о здоровом питании и соблюдать спортивный образ жизни", - сказал Президент и отметил, что уже в ближайшее время необходимо принять новую программу по здоровому питанию.

Выполнение республиканской целевой программы демографического развития республики на 2008-2010 гг. позволило достичь основных показателей, однако, не

обеспечено снижение смертности трудоспособного населения в результате онкозаболеваний: число больных злокачественными образованиями увеличивается с каждым годом. Напомним, что на реализацию Программы было выделено 5 млрд 480 млн рублей.

На заседании Правительства утвердили правила предоставления средств из республиканского бюджета Чувашской Республики на реализацию Программы модернизации здравоохранения Чувашской Республики на 2011-2012 гг. Они регламентируют порядок предоставления средств из республиканского бюджета, а также средств, поступающих из ТФОМС ЧР в республиканский бюджет в форме иных межбюджетных трансфертов. Отметим, что первый транш средств уже поступил, закупка современного оборудования будет проводиться централизованно для всех лечебных учреждений.

Семинары, общества, лекции

КОНФЕРЕНЦИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ

Гастроэнтерологи Чувашии приняли участие в Выездной научно-практической конференции гастроэнтерологов Приволжского федерального округа (ПФО) "Современная гастроэнтерология: что нужно знать практическому врачу?", которая состоялась в Нижнем Новгороде.

6 апреля первое пленарное заседание открыл доклад главного гастроэнтеролога Минздрава Чувашии, заведующей Республиканским гастроэнтерологическим центром, к.м.н. Тарасовой Ларисы Владимировны, посвященный опыту работы Чувашии с пациентами с различными вариантами хронических гастритов. Лариса Владимировна подчеркнула, что гастроэнтерологи недостаточно уделяют внимание позиционированию правильного питания, как важного фактора профилактики и лечения заболеваний органов пищеварения. Было показано, что реализация концепции государственной политики в области здорового питания населения Чувашии привела к снижению в 2010 году показателей распространенности и заболеваемости болезнями пищеварительной системы среди населения республики на 14,3% и 24,4% соответственно по сравнению с 2008 г.

Последующие пленарные заседания были посвящены оптимальному выбору кислотосупрессивных препаратов, безопас-

ности их применения, современным возможностям профилактики осложнений язвенной болезни.

Современные данные трактовки утолщенной стенки желчного пузыря были представлены руководителем научно-клинического отдела патологии желчных путей ЦНИИ гастроэнтерологии г. Москвы, профессором, д.м.н. Ильченко Анатолием Афанасьевичем.

Достаточно много внимания было уделено современным возможностям диагностики и лечения заболеваний печени. Так, тактика ведения больных с неалкогольной жировой болезнью печени была отражена в докладе доцента кафедры пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета МГМУ им. И. М. Сеченова, д.м.н. Буеверова Алексея Олеговича, а междисциплинарный подход к ведению пациентов с вирусными гепатитами осветила главный инфекционист Центрального и Северо-Западного Федерального округов, профессор, д.м.н. Сологуб Тамара Васильевна.

ИНФАРКТ МИОКАРДА - НЕ ПРИГОВОР

15 апреля состоялась школа-семинар Всероссийского научного общества кардиологов "Диагностика и лечение острого коронарного синдрома. Как лечить больного после перенесенного инфаркта миокарда".

Проблема сердечнососудистых заболеваний касается буквально каждого доктора, поэтому в семинаре приняли участие не только кардиологи, но и врачи терапевты, врачи общей (семейной) практики, специалисты по медпрофилактике, врачи и фельдшеры скорой медицинской помощи, фельдшерско-акушерских пунктов.

Открыла семинар главный внештатный специалист кардиолог Минздрава Чувашии Татьяна Винокур:

– Новая эффективная модель организации помощи больным с острым инфарктом миокарда, включающая догоспитальный этап, региональный и три первичных сосудистых центра, позволила обеспечить госпитализацию в специализированные отделения до 95% пациентов с острым инфарктом миокарда, и снизить смертность больных данной категории за последние три года на 17%. Однако от врачей зависит не все. "Медиана смертности приходится на первые полтора часа. Поэтому сами пациенты должны быть к себе очень внимательны, они должны знать первые признаки этого грозного заболевания", - отметила Татьяна Винокур.

С докладами о методах лечения острого инфаркта миокарда и методах лечения больного после перенесенного инфаркта миокарда выступил руководитель отдела неотложной кардиологии Института



кардиологии им. А.Л. Мясникова Российского кардиологического научно-производственного комплекса Минздрава Чувашии, профессор, д.м.н. Руда Михаил Яковлевич. Руководитель клиники кардиологии Первого московского государственного университета, профессор, д.м.н. Сыркин Абрам Львович рассказал о диагностике острого коронарного синдрома. Также участникам семинара был предложен вариант клинического разбора.

"Инфаркт никогда приговором не был, но он до сих пор остается болезнью с очень высокой смертностью, - отмечает профессор А.Л. Сыркин. - Во-первых, необходимо строго следовать рекомендациям доктора и принимать назначенные лекарства. И второе очень

важное обстоятельство – профилактика. Таблетки принимают все, а проводить физические тренировки, отказаться от курения не хотят. А это не менее важно, чем все таблетки, которые мы назначаем".

Не смотря на то, что основная часть семинара была посвящена проблеме инфаркта миокарда, доклад профессора А.Л. Сыркина о лечении стабильной стенокардии вызвал живой интерес аудитории: "Это не менее важная тема, чем инфаркт миокарда. Люди годами страдают от стенокардии, которая ограничивает их возможности и ухудшает качество жизни".

В завершение семинара состоялась вручение сертификатов Всероссийского научного общества кардиологов.



Здоровье является одной из главных ценностей - как для отдельного человека, так и для общества в целом. Как свидетельствуют социологические опросы, более 80% граждан ставят здоровье на первое место в ряду жизненных ценностей, считая его более важным, чем карьера и материальный достаток. А хорошее здоровье населения, особенно работающих граждан, является условием, необходимым для устойчивого экономического роста любой территории, и Чувашия здесь не является исключением.

Интегральная оценка деятельности системы здравоохранения республики может быть дана на основе анализа динамики основных демографических показателей - рождаемости, смертности, младенческой смертности, ожидаемой продолжительности жизни, которые характеризуются позитивной динамикой. Ожидаемая продолжительность жизни населения Чувашии увеличилась до 68,98 лет (по данным 2009 г.). Этот показатель выше среднероссийского и занимает шестое рейтинговое место среди 14 регионов ПФО (РФ - 68,67 лет, ПФО - 68,47 лет). Последовательная реализация государственной политики, направленной на ответственное отношение к здоровью и поддержку молодых семей, способствовала росту рождаемости в 2010 году. Коэффициент рождаемости составил 12,7 родившихся на 1000 населения (РФ - 12,6, ПФО - 12,4) и за последние девятнадцать лет стал самым высоким показателем. Несмотря на то, что показатель общей смертности в 2010 году вырос (в основном из-за воздействия аномально высоких летних температур) и составил 14,2 промилле, он при этом остается стабильно ниже среднего уровня по России (14,3‰) и ПФО (15,0‰). При этом у нас есть муниципалитеты, где по итогам 2010 года зарегистрировано превышение числа родившихся над числом умерших - это гг. Чебоксары, Новочебоксарск, Комсомольский и Чебоксарский районы.

Профилактические программы строятся с учетом анализа причин смертности населения. В 2010 году наибольшее значение в Чувашии имеют по-прежнему болезни системы кровообращения (42,7% всех умерших), травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (15,8%), новообразования (11,2%) и болезни органов дыхания (8,1%). Это так называемая группа хронических неинфекционных заболеваний.

В настоящее время доказана тесная связь неинфекционных заболеваний с условиями и образом жизни людей и общеизвестными факторами риска. Более того, установлена возможность эффективной профилактики неинфекционных заболеваний, если контролировать факторы риска. Все это подчеркивает обоснованность и необходимость организации активной продуманной борьбы с неинфекционными заболеваниями не только на национальном и региональном уровнях, но и в местных сообществах.

Одним из наиболее эффективных методов для решения этой задачи является всеобщая диспансеризация населения, позволяющая выявлять патологии в здоровье на ранних стадиях для своевременного лечения.

В рамках нацпроекта "Здоровье" в 2010 году прошли обследование 50 тысяч человек. Из них к 1 группе были отнесены 14,73% обследованных, это здоровые люди. К 4 группе - 3%, к 5 группе - 0,02% - это уже хронические больные. К 2 группе - 7,3%, к 3 группе - 75,11% - это люди, у которых выявлены те или иные заболевания, тогда как до обследования они в основном считали себя здоровыми.

В 2010 году по всей стране развернулась широкомасштабная программа формирования здорового образа жизни. Правительством Российской Федерации утверждены ключевые документы. По России открылись 502 Центра здоровья, Чувашия снова оказалась в числе первых, по сути, пилотных субъектов.

Суть нового направления - скрининговые обследования населения, которые осуществляются с целью еще более ранней диагностики заболевания или предрасположенности к нему. Через работу Центров здоровья осуществляется переход от системы, ориентированной на лечение заболеваний, к системе охраны здоровья граждан, основанной на приоритете здорового образа жизни и направленной на профилактику заболеваний, выявление заболеваний на ранних стадиях, вовлечение широких масс в профилактические

программы. В рамках нового федерального проекта в Чувашии были открыты 4 Центра здоровья для взрослых. За время работы в Центры здоровья обратилось более 57 тысяч человек (в том числе 5,5 тысяч детей). Анализ показал, что среди лиц старше 18 лет было выявлено 22% здоровых граждан и 78% - с различными факторами риска. Из числа детей, обратившихся в Центры здоровья, выявлено 8% здоровых и 92% имеющих различные факторы риска. Все они получили "Карты здорового образа

7 апреля в Ситуационном центре прошла видеоконференция "Здоровая Чувашия", организованная Минздравсоцразвития Чувашии, Минспорта и Советом муниципальных образований Чувашской Республики.

ЗДОРОВАЯ ЧУВАШИЯ



жизни" с рекомендациями врачей.

Количество повторных обращений с целью динамического наблюдения составило 3884 человек (7,7%). 18573 человека (32%) обратившихся в Центры здоровья были направлены в ЛПУ для дальнейшего дообследования и лечения.

Среди факторов риска у граждан, прошедших обследование в Центрах здоровья, преобладают факторы модифицируемые (управляемые):

- неправильное питание (33% имеют избыточный вес, 17% страдает ожирением),
- низкая физическая активность (отмечается у 41,7%);
- повышенное артериальное давление (у 34%),
- низкая стрессоустойчивость (у 45%),
- количество курящих составило 30,9%,
- часто пьющих - 14,5%.

Сегодня нам нужно использовать этот ресурс не только для выявления реального состояния здоровья населения в Чувашии, но и помочь людям задуматься о том, что настало время нести ответственность за себя, заботиться о себе. Сохранение здоровья у здорового человека должно быть престижно!

Необходима активизация личного участия граждан в сохранении и укреплении собственного здоровья. Именно такой подход к решению проблем сохранения здоровья населения является залогом эффективной работы.

Опыт Чувашии показывает высокую эффективность межведомственного взаимодействия в реализации региональной политики охраны и укрепления здоровья. Республика с 2004 года является полноправным членом европейской сети ВОЗ "Регионы - за здоровье". Города Чебоксары и Новочебоксарск - аккредитованные члены национальной российской сети и европейской сети ВОЗ "Здоровые города".

В республике создана региональная сеть "Здоровые города, районы, поселения", объединяющая все муниципальные образования на основе эффективного межсекторального партнерства и расширения участия местных сообществ в деятельности, направленной на сохранение и укрепление здоровья. Фактически в рамках этих стратегически важных направлений должно происходить сохранение или формирование той полезной для человека среды обитания, которая должна способ-

ствовать сохранению здоровья нашими гражданами.

Наряду с указанными выше мерами по укреплению здоровья граждан Чувашия активно влияла в реализацию национальных профилактических стратегий: антиалкогольной, антинаркотической и по борьбе с табакокурением. По данным мониторинга, проводимого Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителя и благополучия человека по Чувашской Республике, общее количество отравлений спиртосодержащей продукцией в 2010 году снизилось по сравнению с предыдущим годом на 6,6% (с 2138 до 1997), отравлений психотропными средствами - на 59,3%. В сравнении с 2009 годом отмечается снижение смертности от острых отравлений алкоголем на 15,5%, наркотическими веществами - на 50%.

Особая тема - борьба с курением. Борьбу нужно не столько с продажей сигарет, сколько за души, сознание людей, особенно молодых, действуя чаще силой примера, а не прямого давления.

На вызовы времени нужно отвечать адекватно, только широкие меры социального, экономического, медицинского, правоохранительного и административного характера могут дать положительные результаты.

В сельской местности вопросами сохранения и укрепления здоровья здоровых занимаются около 500 отделений общей врачебной практики. Одной из наиболее эффективных и востребованных форм на уровне первичного звена является организация работы Школ здоровья - они созданы в каждом лечебно-профилактическом учреждении республики. По итогам 2010 года работала 1271 школа более чем по 40 направлениям, всего в них прошли обучение 207 790 человек. Специализация школ традиционно делится по двум на-

правлениям: Школы здоровья для здоровых и Школы пациентов.

Важнейшим направлением в сохранении и укреплении здоровья являются меры по повышению двигательной активности. Ее медицинская значимость очевидна всем, а экономическая значимость измеряется продлением периода активного (в том числе профессионального) долголетия.

В республике на начало 2010 года систематическими занятиями физической культурой и спортом было охвачено 27,4% населения (2009 г. - 25,5%). Этого, конечно, мало! Хотя мы и показываем рекордные показатели на массовых всероссийских забегах "Лыжня России", "Кросс наций", но до таких же рекордно-массовых мероприятий в городских дворах, в сельских территориях нам еще очень далеко. Еще претупно мало у нас хоккейных коробок, волейбольных площадок, других недорогих спортивных площадок, на которые могли бы выйти и стар, и млад. Не везде проводятся районные конкурсы на постановку физкультурно-массовой работы.

Прорывом для Чувашии является строительство физкультурно-спортивных комплексов. Сегодня их у нас уже 21 и до конца 2011 года эти сооружения будут у нас открыты во всех муниципалитетах, кроме Чебоксар и Новочебоксарска. По итогам 2010 года фактическая нагрузка комплексов составляет свыше 1 млн 300 тысяч человеко-посещений. Из общей численности посетителей комплексов школьники составляют около 40%, учащиеся спортивных школ - свыше 29% и трудящиеся - более 31%. Свыше 36% посетителей комплексов получили предоставляемые услуги на льготной и бесплатной основе.

Нужно отметить, что благодаря строительству физкультурно-спортивных комплексов в сельской местности удельный вес граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом, за 2010 год увеличился с 26 до 28% к общей численности сельского населения.

Несмотря на формально внушительную цифру - в 2010 году в республике проведено более 1700 спортивно-массовых мероприятий, в которых ориентировочно приняли участие около 200 тысяч человек - эта сфера работы еще требует большого внимания. И популяризацией физической культуры и спорта среди всех категорий граждан должны заниматься не только работники этой отрасли. Как мы недавно говорили на коллегии, пример здорового образа жизни на своей территории должны показывать и врачи, и учителя, и чиновники муниципалитетов.

Одним из существенных факторов влияния на профилактику заболеваний и формирование потребностей ведения здорового образа жизни является активная пропаганда в средствах массовой информации. В рамках традиционных методов в Чувашии ежегодно публикуется более тысячи материалов по профилактической медицине и ЗОЖ. С 2009 года, в рамках программы "Здоровая Россия", начал работу федеральный портал <http://www.takzdorovo.ru/>. Его основная задача - предоставлять достоверную и объективную информацию, подготовленную ведущими экспертами российского здравоохранения, о профилактике заболеваний и о здоровом образе жизни. Специально для портала были разработаны интерактивные сервисы, которые помогают человеку оценивать свой образ жизни и следить за своим прогрессом.

В рамках Программы модернизации здравоохранения предусмотрено активное внедрение в отрасль современных информационных технологий. Опыт создания медицинских сетей, внедрения электронного документооборота, ведение специализированных регистров пациентов и листов ожидания на высокотехнологичную медицинскую помощь продолжился в республике внедрением проекта "Электронная регистратура" и созданием в Чувашии единой точки входа на всю медицинскую отрасль.

Медицинский портал "Здоровая Чувашия" (<http://www.med.car.ru>) с одной стороны выполняет предписанную модернизацией функцию создания единого регионального сайта, на котором расположена вся информация о предоставлении населения медицинских услуг, а с другой стороны реализует совершенно новые функции, которые должны также способствовать формированию тенденций здорового образа жизни среди жителей Чувашии и профилактике заболеваний.

Особенностью портала должна стать карта Чувашии, на которой будут указаны все спортивные сооружения республики, и которую мы должны создать совместно с муниципалитетами под руководством Министерства физической культуры и спорта. Совместно с Министерством образования и молодежной политики, а также с лечебно-профилактическими учреждениями республики необходимо создать проект, рассказывающий о здоровьесберегающих технологиях, внедряемых в школьных и дошкольных учреждениях, а также в санаторно-курортных и иных медицинских учреждениях Чувашии. Здесь же необходимо обозначить и успешное внедрение личного опыта граждан, преодоления вредных привычек и наркозависимости.

Благодаря Медпорталу около 100 государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждений и созданию на каждом сайте баннера с лекциями существующих в них Школ здоровья, будет создан не имеющий аналога в России проект Виртуальной школы здоровья. Базой этого проекта могут пользоваться не только жители территории, на которой расположено ЛПУ, но и все жители Чувашии, любой желающий пользователь Рунета.

Также на Медицинском портале реализуется проект Ресурсного центра оздоровительных технологий, который должен стать виртуальной площадкой распространения опыта чувашских членов европейской сети ВОЗ "Регионы - за здоровье" и аккредитованных членов национальной российской сети и европейской сети ВОЗ "Здоровые города", материалами которого также смогут пользоваться не только члены межведомственных команд, но и все желающие жители республики, кому интересна тема, и кто готов принять участие в проектной работе на своей территории.

В целях выработки стратегических направлений новой общественной политики отношения к здоровью населения Чувашской Республики участниками конференции рекомендовано органам местного самоуправления Чувашской Республики:

- разработать и опубликовать профили здоровья муниципальных районов и городских округов;

- выработать принципы эффективного межсекторального взаимодействия органов власти, предприятий и организаций, общественного движения для формирования единой политики охраны здоровья населения на уровне муниципального образования;

- создать организационные механизмы, стимулирующие личное участие граждан в сохранении и укреплении собственного здоровья;

- активизировать деятельность по вопросам оздоровления населения и развития массовой физической культуры;
- включить вопросы развития здоровьесберегающих технологий и формирования здорового образа жизни в ежегодные планы работы образовательных учреждений, на предприятиях и в организациях;

- осуществлять взаимодействие между муниципальными районами и городскими округами по обмену практическим опытом в решении проблем в области охраны и укрепления здоровья населения, реализации совместных программ и инициатив;

- оказывать содействие в создании неформальных объединений, волонтерских движений, направленных на формирование здорового образа жизни и борьбу с негативными явлениями (наркомания, табакокурение, алкоголизм, ВИЧ-инфекция);
- во взаимодействии со средствами массовой информации организовать размещение социальной рекламы, информационных материалов (статей, публикаций, сюжетов, программ и передач), ориентированных на пропаганду и формирование здорового образа жизни, профилактику негативных для здоровья населения явлений.

Нужно объединить усилия лучших представителей сферы здравоохранения, образования, физической культуры и спорта, культуры, общественных объединений и средств массовой информации для всемерной пропаганды и внедрения в практику разнообразных оздоровительных программ с целью укрепления и восстановления здоровья широких слоев населения республики.

Из выступления министра здравоохранения и социального развития Чувашской Республики В.П. Муллиной, 7 апреля 2011 г.

Минрегион вернет в здравоохранение социальные нормы 1996 года

19 апреля 2011 года Минрегион опубликовал проекты изменений к двум документам правительства 2008-2009 годов, корректирующие методику расчета обеспеченности населения медперсоналом: речь идет о возвращении к нормам, установленным еще в 1996 году.

Как предполагается поменять расчет числа требуемых врачей

Старые формулы для расчета оптимального числа врачей для муниципалитетов

Расчет неэффективных расходов на кадровое обеспечение (в расчете на 10 000 человек населения) в сфере здравоохранения определяется исходя из числа работников (физических лиц) учреждений здравоохранения городского округа (муниципального района), а также по числу врачей и среднего медицинского персонала (физических лиц) по формуле:

$$P = (P1 * Vn) / 10\ 000,$$

где:

P1 – объем неэффективных расходов на управление кадровыми ресурсами;

Vn – численность населения в городском округе (муниципальном районе) на конец года.

Объем неэффективных расходов на управление кадровыми ресурсами определяется по формуле:

$$P1 = (Чф - Чц) * (3Ппрз + 0,26 * 3Ппрз) * 12 \text{ мес.},$$

где:

Чф – число работников (физических лиц) в учреждениях здравоохранения городского округа (муниципального района) на 10 000 человек населения;

Чц – целевое значение числа работников (физических лиц) муниципальных учреждений здравоохранения на 10 000 человек населения, установленное субъектом Российской Федерации;

3Ппрз – среднемесячная номинальная начисленная заработная плата в учреждениях здравоохранения городского округа (муниципального района).

Формула оценки объема неэффективных расходов на управление кадровыми ресурсами применима при условии, если $Чф > Чц$.

(Версия распоряжения правительства от 11 сентября 2008 года № 1313-р.)

Старые формулы для расчета оптимального числа медперсонала для муниципалитетов

Объем неэффективных расходов на управление кадровыми ресурсами прочего персонала, в том числе младшего медицинского персонала, в расчете на 10 000 человек населения определяется по формуле:

$$Pпр = (Чпр - 0,4 * (Чсвр + Чссп) * Кс) * (3Ппрп * (1 + ЕСН) * 12 \text{ мес.}),$$

где:

Чпр – численность прочего персонала (физических лиц), в том числе младшего медицинского персонала, государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения на 10 000 человек населения (человек);

3Ппрп – среднемесячная номинальная начисленная заработная плата прочего персонала, в том числе младшего медицинского персонала, в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения (рублей);

ЕСН – единый социальный налог (единиц);

Кс – корректирующий коэффициент сетевых нормативов, определяемый в соответствии с пунктом 34 настоящей методики (единиц).

Новое – хорошо забытое старое



Pпр рассчитывается при условии, что $Чпр > 0,4 * (Чсвр + Чссп) * Кс$.

Получаемое выражение отражает эффективность управления прочим персоналом, в том числе младшим медицинским персоналом, в системе здравоохранения субъекта РФ. При значении показателя выше 40% общей среднероссийской численности врачей и среднего медицинского персонала должна проводиться оптимизация численности прочего персонала, в том числе младшего медицинского персонала.

(В редакции постановления правительства от 15 апреля 2009 года № 322 с изменениями, внесенными постановлением правительства от 26 июля 2010 года № 542.)

Новые формулы для врачей и медперсонала

Объем неэффективных расходов на управление кадровыми ресурсами в отношении врачей в расчете на 10 000 человек населения определяется по формуле:

$$Pвр = (Чвр - Чцвр) * (3Пвр * (1 + СВ) * 12 \text{ мес.}),$$

где:

Чвр – численность врачей (физических лиц) муниципальных учреждений здравоохранения на 10 000 человек населения (человек);

Чцвр – целевое значение численности врачей (физических лиц) муниципальных учреждений здравоохранения на 10 000 человек населения (человек);

3Пвр – среднемесячная номинальная начисленная заработная плата врачей в муниципальных учреждениях здравоохранения (рублей);

СВ – страховые взносы, расчет которых производится в соответствии с Федеральным законом "О страховых взносах в Пенсионный фонд РФ, Фонд социального страхования РФ, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования" (далее – страховые взносы) (единиц).

Pвр рассчитывается при условии, что $Чвр > Чцвр$.

При значении показателя выше целевого рекомендуется проводить оптимизацию численности врачей.

Целевое значение численности врачей на 10 000 человек населения составляет 41 человек. **(В соответствии с распоряжением правительства РФ от 3 июля 1996 года № 1063-р.)**

Объем неэффективных расходов на управление кадровыми ресурсами в отношении среднего медицинского персонала в расчете на 10 000 человек населения определяется по формуле:

$$Pср = (Чср - Чцср) * (3Пср * (1 + СВ) * 12 \text{ мес.}),$$

где:

Чср – численность среднего медицинского персонала (физических лиц) муниципальных учреждений здравоохранения на 10 000 человек населения (человек);

Чцср – целевое значение численности среднего медицинского персонала (физических лиц) муниципальных учреждений здравоохранения на 10 000 человек населения (человек);

3Пср – среднемесячная номинальная начисленная заработная плата среднего медицинского персонала в муниципальных учреждениях здравоохранения (рублей);

СВ – страховые взносы (единиц).

Pср рассчитывается при условии, что $Чср > Чцср$.

При значении показателя выше целевого рекомендуется проводить оптимизацию численности среднего медицинского персонала.

Целевое значение численности среднего медицинского персонала на 10 000 человек населения составляет 114,3 человека. **(В соответствии с распоряжением правительства РФ от 3 июля 1996 года № 1063-р.)**

Объем неэффективных расходов на управление кадровыми ресурсами в отношении прочего персонала в расчете на 10 000 человек населения определяется по формуле:

$$Pпр = (Чпр - 0,15 * (Чвр + Чср)) * (3Ппр * (1 + СВ) * 12 \text{ мес.}),$$

где:

Чпр – численность прочего персонала (физических лиц) муниципальных учреждений здравоохранения на 10 000 человек населения (человек);

3Ппр – среднемесячная номинальная начисленная заработная плата прочего персонала в муниципальных учреждениях здравоохранения (рублей);

СВ – страховые взносы (единиц).

Pпр рассчитывается при условии, что $Чпр > 0,15 * (Чвр + Чср)$.

При значении показателя более 15% от общей численности врачей (физических лиц) и среднего медицинского персонала (физических лиц) рекомендуется проводить оптимизацию численности прочего персонала.

(Проект распоряжения Минрегиона.)

Уровень заболеваемости туберкулезом в Российской Федерации в 10 раз выше, чем в странах Западной Европы. Российская Федерация уже давно вступила в период эпидемии туберкулеза, так как заболеваемость им более 50 случаев на 100 тыс. населения, что по оценке ВОЗ считается эпидемией (в Чувашской Республике в 2010 г. - 66,10 случая на 100 тыс. населения, в 2009 г. - 72,22 случая на 100 тыс. населения).



ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА

На ситуацию с заболеваемостью туберкулезом в России большое влияние оказали политические перемены, миграционные процессы, стрессы, снижение уровня жизни населения. Туберкулез – социально-обусловленное заболевание: чем хуже условия жизни населения, тем выше заболеваемость.

Туберкулез является инфекционным заболеванием. В его возникновении, развитии и распространении прослеживаются все три звена сложной эпидемиологической цепи: источник инфекции => механизм передачи инфекции => восприимчивое население.

Источником инфекции является больной туберкулезом человек или животное (чаще крупный рогатый скот). Наибольшую опасность из них представляют те, которые выделяют в окружающую среду возбудителей – микобактерии туберкулеза.

Микобактерии туберкулеза устойчивы к физическим и химическим факторам внешней среды: в домашней пыли они сохраняются до 10 дней, на страницах книг, на игрушках - до 3 месяцев, в почве - 6 месяцев, в воде - 5-10 месяцев, на одежде и белье больных, на мебели в их комнате - в течение 3-4 месяцев, в жидкой мокроте - в течение 5-6 месяцев, в высохшей мокроте до 1 года, бычий вид микобактерий (*M.bovis*) сохраняется в сливочном масле - до 240 сут., в сыре -

до 200 сут.

Ученые давно сходятся во мнении, что существуют два основных пути заболевания:

1. В результате внешнего "свежего" заражения после контакта с бактериовыделителем;

2. Внутренняя повторная активация процесса из старых живых очагов (при неполноценном питании, плохих условиях жизни, обуславливающих снижение активности иммунной системы организма, создаются условия для выхода микобактерии туберкулеза из лимфатических узлов, распространения их через кровь, лимфу или бронхи и развития вторичного туберкулезного процесса не только в легких, но и в других органах).

Понятие "источник инфекции" должно быть дополнено представлением о резервуаре туберкулезной инфекции. Резервуар инфекции – это все впервые заболевшие туберкулезом, ранее выявленные больные-хроники, а также инфицированные туберкулезом.

Риск заболеть туберкулезом повышается при неполноценном питании, алкоголизме, табакокурении, наркомании, ВИЧ-инфицированности, наличии сопутствующих заболеваний (диабет, язвенная болезнь желудка и 12-типерстной кишки, хронические неспецифические болезни легких).

Основным механизмом передачи при туберкулезе является аэрозольный (90-95%). Он реали-

зуется воздушно-капельным и воздушно-пылевым путем. При кашле и чихании капельки слизи или мокроты (воздушно-капельный путь передачи), содержащие микобактерии попадают в воздух и разлетаются на расстояние до 1 м.

Гораздо большее значение имеет воздушно-пылевой путь. Мельчайшие капельки мокроты быстро высыхают и превращаются в инфицированную пыль, содержащую жизнеспособные микробы. Сама мокрота на полу и на предметах быстро высыхает и может подниматься в воздух в виде инфицированной пыли (микобактерии туберкулеза очень устойчивы в окружающей среде).

Заражение туберкулезом через пищу связано с недостаточной термической обработкой продуктов питания, полученных от больных туберкулезом животных (мясо, молоко, молочные продукты, яйца). Через пищу могут заразиться и грудные дети, вскармливаемые молоком больных туберкулезом матерей. При контактно-пути передачи туберкулеза происходит через инфицированные полотенца, белье, постельные принадлежности, посуду.

Третье звено эпидемической цепи – восприимчивое население – может оказать наиболее существенное влияние на распространение туберкулеза.

Современная профилактика туберкулеза должна строиться на разобщении всех звеньев эпидемиологической цепи (источник

инфекции > механизм передачи инфекции > восприимчивое население).

Мероприятия, направленные на резервуар инфекции (источник инфекции) делятся на следующие мероприятия: лечебно-диагностические (выявление и лечение больных туберкулезом), изоляционные и режимно-ограничительные (изоляция и госпитализация больных в противотуберкулезных стационарах, предоставление больным отдельной жилплощади).

Выявление больных туберкулезом осуществляют врачи всех специальностей, средние медицинские работники лечебно-профилактических и оздоровительных организаций независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, а также врачи и средние медицинские работники, занимающиеся частной медицинской деятельностью.

При обращении в медицинскую организацию пациентов с симптомами, указывающими на возможное заболевание туберкулезом, им проводят полное клиническое обследование с обязательным проведением рентгенологического и бактериологического (микроскопия мазка мокроты и другого патологического материала) исследований.

При обнаружении во время обследования пациента признаков, указывающих на возможное заболевание туберкулезом, в целях постановки диагноза в течение 3 дней его направляют в противотуберкулезный диспансер (отделение, кабинет) по месту жительства.

Большое значение в выявлении больных туберкулезом имеют флюорографические обследования. Последние должны проводиться с максимально возможным полным охватом населения. Охват рентгено-флюорографическим обследованием подлежащего населения Чувашской Республики в 2010 году составил 63,4% (в 2009 г. - 78,1%). В целях раннего выявления туберкулеза необходимо добиться 100 % охвата флюорографическим обследованием подлежащих групп населения.

Существенную роль в проведении профилактических противотуберкулезных мероприятий в современных условиях играет и туберкулинодиагностика - постановка туберкулиновой пробы (реакция Манту), прежде всего детям и подросткам. В 2010 году охват туберкулинодиагностикой детей в возрасте с 1 года до 17 лет составил 99 % (в 2009 г. -99,1 %).

С целью нарушения механиз-

ма передачи проводят проветривание помещений, кварцевание и дезинфекционные мероприятия. Для снижения обсемененности возбудителем внешней среды и предотвращения повторных случаев заболевания в очагах туберкулеза проводят текущую и заключительную дезинфекцию.

Текущую дезинфекцию в очаге осуществляют в окружении больного туберкулезом с момента его выявления. Организацию текущей дезинфекции и обучение навыкам ее проведения в очаге осуществляют сотрудники противотуберкулезного диспансера.

Заключительную дезинфекцию в очагах туберкулеза осуществляют во всех случаях выбытия больного из домашнего очага в больницу, санатории, при изменении места жительства, выбытии больного из очага на длительный срок, смерти больного не позднее 24 часов с момента получения заявки. Заключительную дезинфекцию осуществляют дезинфекционные организации.

Для успешного проведения профилактики туберкулеза необходимо существенное внимание уделять повышению резистентности (невосприимчивости) населения к инфекции, третьему звену эпидемиологической цепи. Здесь важная роль принадлежит как неспецифической резистентности организма каждого человека, так и специфическому противотуберкулезному иммунитету. Неспецифическая резистентность повышается с помощью хорошего питания, витаминизации, закаливания и физической культуры. Контактным с больным туберкулезом проводят химиопрофилактику одним из противотуберкулезных препаратов.

Повышение специфического противотуберкулезного иммунитета достигается иммунизацией вакцинами БЦЖ или БЦЖ-М, согласно Национальному календарю профилактических прививок.

Выполнение всех составных элементов Федеральной и республиканской программ по профилактике туберкулеза в полном объеме позволит добиться снижения заболеваемости туберкулезом и подарить людям много счастливых дней полноценной жизни.

Успех или поражение в битве с туберкулезом более, чем наполовину зависит от самого пациента. Его воля, желание выздороветь, несмотря ни на что, способны творить чудеса.

Е.Н.Иванов, врач-эпидемиолог Центра гигиены и эпидемиологии в Чувашской Республике

В марте 2011 года специалисты Республиканского центра восстановительной медицины и реабилитации совместно с работниками Республиканского центра гигиены и эпидемиологии провели анкетный опрос жителей г. Чебоксары по специально разработанной анкете "Что вы знаете о туберкулезе?".

Опрошено 100 чебоксарцев, в том числе мужчин - 19, женщин - 81, в возрасте от 20 до 70 лет.

Хорошо осведомленными об основных признаках заболевания туберкулезом и мерах его профилактики считали себя 49%, частично осведомленными - 46% и некомпетентными - 5%.

Главными источниками информации о туберкулезе были СМИ - 43% и медработники - 55%. При этом для 23% респондентов СМИ оказались единственным источником знаний. В образовательных учреждениях получил сведения о заболевании каждый 5-й опрошенный (20%), а от лиц из ближайшего окружения почерпнул информацию о туберкулезе каждый 4-й (28%).

Знают, что туберкулез - инфек-

В цифрах

Что знают чебоксарцы о туберкулезе?

Итоги социологического опроса населения

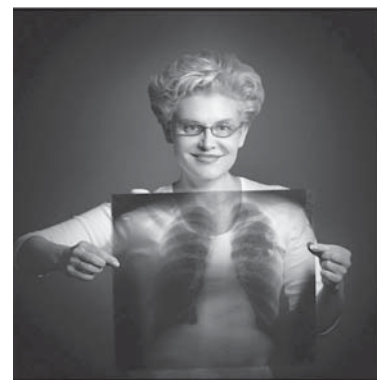
ционное заболевание 90,0% респондентов. При этом считают его излечимым лишь 68,0% опрошенных, 5% считают туберкулез пожизненным недугом, а 27% затруднились ответить.

Далеко не все опрошенные четко представляют себе, как распространяется туберкулез. Только 87% опрошенных знают, что заражение происходит воздушно-капельным путем, а на воздушно-пылевой путь указали лишь 54%. О возможности заражения через молоко от больной коровы известно 18% респондентов.

Из симптомов заболевания, по которым можно заподозрить туберкулез, большинству опро-

шенных известно про "кашель" - 62% и "кровохарканье" - 81%. На остальные внешние проявления туберкулеза указали менее половины опрошенных: "потеря массы тела" - 45%, "снижение аппетита" - 30%, "периодическое повышение температуры" - 33%, "потливость по ночам" - 23%, "общее недомогание" - 42%, "боли в грудной клетке" - 34%.

Среди факторов, способствующих заболеванию туберкулезом, более половины участников опроса назвали: плохие жилищно-бытовые условия - 62%, наличие хронических заболеваний (болезни лёгких, сахарный диабет, язвенная болезнь) - 53%,



табакокурение - 58%.

Среди других факторов риска развития заболевания опрошенные указали на алкоголизм - 48%, неполноценное питание - 33%, загрязнение производственной среды - 41%. Каждый пятый анкетированный считает провоцирующими факторами стрессовые ситуации - 18% и ВИЧ/СПИД - 19%.

Более трети анкетированных плохо представляют себе меры профилактики туберкулеза. В числе профилактических мер

анкетированные назвали прививку вакциной БЦЖ - 62%, строгое соблюдение правил личной гигиены - 59%, отказ от вредных привычек - 53%, принуждение обратиться к врачу лиц с длительным кашлем - 47%, полноценное питание - 51%, регулярное проветривание помещений - 43%.

Своевременно, не реже, чем 1 раз в два года, проходят флюорографическое обследование - 95%. В то же время о профилактической цели проведения флюорографии (ранее выявление туберкулеза) знают только 79% опрошенных.

Опрос показал, что у значительной части населения уровень осведомленности о факторах риска возникновения туберкулеза, методах его ранней диагностики и мерах профилактики остается невысоким. Поэтому необходимо усилить информирование о туберкулезе через СМИ и Интернет, прежде всего о необходимости своевременного прохождения флюорографии, о вакцинации и достижениях современной фтизиатрии.

Туберкулез в Российской Федерации является одной из важнейших медико-социальных проблем. Настораживает тот факт, что в возрастной группе женщин от 20 до 40 лет наметилась тенденция к увеличению показателей заболеваемости легочным и внелегочными формами туберкулеза, т.е. в возрасте на пике трудовой деятельности и репродуктивных возможностей.

За последние 10 лет в России наблюдается снижение показателей общей заболеваемости внелегочных форм туберкулеза. Такая же картина наблюдается и в Чувашской Республике. Если в 2003 году данный показатель по РФ составлял 3,2 на 100 тысяч населения, в ЧР — 2,1 на 100 тысяч населения, то в 2009 году в РФ — 2,6 на 100 тысяч населения, в ЧР — 1,2 на 100 тысяч населения. Многие авторы отмечают, что истинная заболеваемость внелегочными формами туберкулеза значительно превышает регистрируемую. Внелегочные формы туберкулеза, несмотря на скромную роль в эпидемиологической ситуации, таят потенциальную угрозу для здоровья и жизни больных. В настоящее время в России не совсем благоприятная демографическая ситуация: до 18-20% супружеских пар страдает бесплодием, а поскольку туберкулезное поражение не только мочеполовой сферы, но и любой локализации, может осложниться бесплодием (как мужским, так и женским), раннее выявление и лечение туберкулеза у супружеских пар, особенно мочеполового, сегодня как никогда актуально.

Современное течение туберкулеза женских гениталий (ТЖГ) имеет ряд особенностей. Ранее считалось, что генитальный туберкулез развивается только вторично, в результате заноса инфекции гематогенным путем из первичного очага поражения (чаще из легких) или лимфогенно при туберкулезном поражении брышины, а возможность заражения половым путем исключалась. В настоящее время доказано, что туберкулез не только половой сферы, но и других локализаций может передаваться половым путем. Опубликованы данные, согласно которым при сочетании туберкулеза с вирусным гепатитом и сифилисом, бактериовыделение микобактерий туберкулеза из половых путей отмечено у половины больных (М.Н. Щербань, Е.В. Кульчавеня и др. "Туберкулез половых органов у мужчин и женщин. Репродуктивная функция больного туберкулезом" // "Проблемы туберкулеза" №3 2008г. стр.3-5).

Генитальный туберкулез в большинстве случаев протекает малосимптомно и имеет сходство с неспецифической воспалительной патологией. Если раньше в клинике ТЖГ преобладали первичная и вторичная аменорея, опсоменорея, альгоменорея, то для современного течения более характерна гиперполименорея, сопровождающаяся болями. Частота признаков общей интоксикации, таких как субфебрилитет, слабость, недомогание, отсутствие аппетита, бессонница, снижение веса в последние годы возросла, и зачастую симптомы общей интоксикации превалируют над местными проявлениями заболевания. Все чаще единственной причиной, заставляющей больную с ТЖГ, обратиться к врачу является бесплодие - как первичное, так и вторичное.

Также особенностью современного течения

туберкулезного процесса является сочетание активных форм легочного и внелегочного туберкулеза. Данные литературы и клинических наблюдений последних лет показывают, что среди женщин с ТЖГ чаще стал выявляться нефротуберкулез, хотя раньше полагали, что сочетание генитального и почечного туберкулеза может быть только у мужчин.

По данным разных авторов до направления к специалисту фтизиатру некоторые пациенты в течение нескольких лет безуспешно лечатся у гинекологов, терапевтов, урологов, неврологов и др. специалистов, поскольку

возраста.

11. Больные с опухолевидными образованиями в области придатков матки (особенно малоподвижными).

12. Женщины, мужа которых болеют туберкулезом мочеполовой сферы.

В обязательный клинический минимум обследования пациенток из групп риска по ТЖГ входят: сбор жалоб и анамнеза, объективный осмотр, общий анализ крови, общий анализ мочи, проба Манту, флюорография или рентгенография органов грудной клетки, УЗИ малого таза, гистеросальпингография (по возмож-

в малом тазу, проверить проходимость маточных труб. Характерными признаками для генитального туберкулеза на гистеросальпингограммах являются: деформация контуров матки, частичное или полное заращение полости матки, укорочение маточных труб, их ригидность, запаянность, четкообразность труб в виде бус, кальцинаты в области труб, яичников, лимфоузлов.

УЗИ органов малого таза позволяет подтвердить туберкулезный генез заболевания при наличии кальцинатов и туберкулем.

Туберкулиновые пробы Манту и Коха являются вспомогательными, а не основными методами диагностики ТЖГ.

Наиболее современными и информативными методами диагностики ТЖГ являются гистероскопия и лапароскопия. Гистероскопия позволяет визуально найти патологические изменения в эндометрии и взять биопат эндометрия на гистологическое и бактериологическое исследование на туберкулез.

Лапароскопия позволяет выявить степень выраженности спаечного процесса в малом тазу, изменения в лимфатических узлах, провести хирургическую коррекцию патологических изменений органов малого таза, взять операционный материал на гистологическое исследование и посев на микобактерии туберкулеза.

В настоящее время многие лечебные учреждения Чувашской Республики оснащены современным эндоскопическим оборудованием, но ценный операционный материал у больных из групп риска по ТЖГ не всегда отправляется на исследование с целью исключения туберкулеза.

Ведущие специалисты России по внелегочному туберкулезу считают, что нарушение репродуктивной функции является одним из первых проявлений туберкулеза половой системы, как у мужчин, так и у женщин. В 2001-2002 гг. в результате активной совместной деятельности ГУЗ "Республиканский противотуберкулезный диспансер" и центра "Семья" по обследованию пациенток, страдающих бесплодием, на генитальный туберкулез, были получены впечатляющие результаты. В этот период удельный вес генитального туберкулеза у женщин в структуре внелегочных форм туберкулеза в 4 раза превышал российский показатель и составил 31,7%, по России — 7%. При охвате всех континентов риска по ТЖГ в Чувашии можно выявить до 15%-20% больных с генитальным туберкулезом. Клиники, занимающиеся лечением бесплодных пар, должны включать в алгоритм первичного обследования своих пациенток тесты, направленные на исключение туберкулеза.

Качественное и полное обследование данной категории больных в соответствии с существующими стандартами, осторожность врачей первичного звена, своевременное направление на консультацию к специалистам противотуберкулезной службы позволит избежать диагностических ошибок и будет способствовать правильной постановке диагноза на ранних стадиях туберкулезного процесса.

Л. Б. Чупракова, Ж. В. Еленкина, И. В. Савинова, Н.А. Апраксина.

Выявление туберкулеза женских половых органов в учреждениях общей лечебной сети

генитальный туберкулез маскируется под другие заболевания. Несоблюдение врачами общей лечебной сети стандартов обследования на внелегочный туберкулез в группах риска (приказ МЗ ЧР №591 от 18.11.2002 г.), игнорирование бактериологических и гистологических исследований доступных тканей и материалов у длительно болеющих пациенток приводят к выявлению запущенных форм туберкулеза.

Для ранней диагностики туберкулеза женских половых органов необходимо провести обязательный клинический минимум обследования пациенток из групп риска и направить к фтизиатру в противотуберкулезный диспансер.

Существуют следующие группы риска по ТЖГ:

1. Девочки и подростки, состоявшие на учете у фтизиатра по поводу первичного туберкулезной инфекции или гиперчувствительности к туберкулину при достижении ими периода менархе.
2. Все женщины с туберкулезом любой локализации.
3. Больные с первичным и вторичным бесплодием.
4. Больные, страдающие хроническими заболеваниями матки и придатков, с частыми обострениями и без эффекта от неспецифической терапии.
5. Женщины с половым инфантилизмом.
6. Женщины с нарушениями менструальной функции.
7. Женщины с первым или привычным выкидышами неясного генеза.
8. Женщины, перенесшие внематочную беременность.
9. Женщины с подозрением на аденомиоз.
10. Больные с миоматами матки, малоподвижными, впервые выявленными при профилактическом осмотре, особенно у лиц молодого

возраста), бактериологическое, цитологическое или гистологическое исследование доступного материала.

При сборе анамнеза и жалоб необходимо обратить внимание на контакт с туберкулезными больными, тубинфицирование в детстве, длительные, рецидивирующие воспалительные заболевания половых органов, нарушения менструального цикла, бесплодие, выкидыши, операции по поводу внематочной беременности, отсутствие эффекта от неспецифической терапии, длительный субфебрилитет, слабость, потливость, отсутствие аппетита, снижение массы тела.

У большинства больных с ТЖГ общее состояние удовлетворительно. Только в тяжелых случаях при перитоните и тубоовариальных образованиях с кazeозным распадом более выражена клиника. Часто генитальный туберкулез сочетается с другими гинекологическими заболеваниями - фибриомой матки, кистами яичников, эндометриозом. В большинстве случаев туберкулезное поражение придатков сочетается с туберкулезным эндометритом. К более редким локализациям относятся туберкулез шейки матки, влагалища, вульвы. При туберкулезе шейки матки могут появиться полипы, язвы. Иногда эти изменения принимают за рак шейки матки.

Основными методами диагностики ТЖГ являются гистологический и бактериологический. Исследуемым материалом являются: менструальная кровь, биопат эндометрия, смывы полости матки, операционный материал, перитонеальная жидкость.

Не потерял своей актуальности метод гистеросальпингографии. С помощью этого метода можно выявить изменения в полости матки и маточных трубах, наличие спаечного процесса

Значение хирургии в лечении туберкулеза легких

Ведущим учреждением по оказанию специализированной фтизиатрической помощи населению республики является ГУЗ "Республиканский противотуберкулезный диспансер". В состав диспансера, помимо терапевтических отделений, входят 2 отделения хирургического профиля и отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

За 2006-2010 гг. показатель хирургической активности повысился с 62,1% до 75,5%, количество операций, выполняемых в хирургическом отделении увеличилось на 59,2%. Число послеоперационных осложнений уменьшилось с 2,5% в 2006 г. до 0,5% в 2010 г. Послеоперационная летальность в 2006 г. составила 0,8%, в 2010 г. - 0,5%.

В отделении широко используются коллапсотерапевтические методы лечения, такие как искусственный пневмоторакс (ИП) и пневмоперитонеум (ПП) в комплексе с химиотерапией. Метод коллапсотерапии не новый, он применяется в лечении туберкулеза легких с 1882г., но с началом открытия антибактериальных препаратов - в 50-х годах XX века - фтизиатры, воодушевленные их высокой результативностью, почти повсеместно отказались от применения коллапсотерапии. Последние 20 лет практика лечения туберкулеза показала необходимость возврата к коллапсотерапии, искусственному пневмотораксу и пневмоперитонеуму. На необходимость второго "рождения" ИП и ПП обратили свое внимание корифеи отечественной фтизиатрии И.Г. Урсов, 1995; А.Г. Хоменко, 1998; Л.А. Винник Л.А., 1999; В.И. Чуканов, В.Ю. Мишин, 2004, 2007 и другие.

Основные показания к применению коллапсотерапии: ограниченный и распространенный деструктивный туберкулез легких без выраженных признаков фиброза и с размером полости не более 5 см в диаметре (с учетом феномена "раздувания") как у впервые выявленных больных, так и лиц с рецидивом заболевания; деструктивный туберкулез

легких с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза (МЛУ МБТ) к антибактериальным препаратам; непереносимость противотуберкулезных препаратов; сопутствующие заболевания или состояния, ограничивающие проведение адекватной химиотерапии в полном объеме (сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический алкоголизм, наркомания и др.); беременные женщины, настойчиво желающие сохранить ребенка; недисциплинированность больных, когда нет уверенности в проведении рациональной ХТ.

Показания к применению ИП:

По формам - инфильтративный, кавернозный, диссеминированный деструктивный туберкулез легких, фиброзно-кавернозный туберкулез легких - индивидуально, туберкулома в фазе распада (после очищения от некротических масс), кazeозная пневмония - индивидуально. ИП прежде всего показан при кавернах, локализованных в 1, 2, латеральном отделе 3-го и в 6, 9, 10 сегментах. При кавернах в 8 сегменте ИП целесообразно применять после бронхоскопии. Для ИП оптимальными являются тонкостенные каверны без значительной перикавитарной инфильтрации, предпочтительно при расположении ее не субплеврально и отсутствии фиброза в зоне каверны.

Иногда ИП и ПП накладывают при легочных кровотечениях, в этих случаях пневмоторакс целесообразно продолжить как лечебный.

Показания к применению ПП:

По формам - показания те же, что и к ИП. Отличительным показанием является распространенность деструктивного процесса: полисегментарное двустороннее, иногда тотальное поражение легких.

Другим отличием в показаниях к ПП от ИП является возможность его наложения при инфильтративном туберкулезе и при отсутствии распада с локализацией процесса в нижней доле, реже во 2 и 3 сегментах верхней доли. ПП целесообразно применять при обширных диссеминированных двусторонних процессах с наличием свежих штампованных каверн; фиброзно-кавернозных процессах, кazeозной пневмонии после регрессии инфильтративных изменений, при впервые выявленных и хронических формах туберкулеза легких с МЛУ МБТ, при прогрессирующем деструктивном туберкулезе легких с целью подготовки к хирургическому методу лечения.

Противопоказания: возраст старше 55-60 лет и моложе 8-10 лет; пневмокопоз профемонального генеза с дыхательной недостаточностью II-III степени; хронические заболевания легких (бронхиальная астма и др.); тяжелые поражения сердечно-сосудистой

системы с нарушением кровообращения; некоторые неврологические и психические заболевания (эпилепсия, шизофрения, наркомания).

Результаты

Применение искусственного пневмоторакса и пневмоперитонеума на фоне рациональной общей и местной химиотерапии существенно повышает эффективность лечения деструктивного туберкулеза легких. К 10 месяцам лечения прекращение бактериовыделения происходит у 95,6% больных, закрытие полостей распада - у 90,2%, в комплексе с оперативным лечением закрытие полостей распада достигает 93,1%. В целом эффективность комплексного лечения деструктивного туберкулеза с применением коллапсотерапии в 1,5 раза выше, чем без него. Применение раннего краткосрочного (длительность 12-18 недель) искусственного пневмоторакса и пневмоперитонеума должно быть обязательным компонентом лечения деструктивного туберкулеза легких. Применение этих методов в комплексе с химиотерапией снижает побочные действия химиопрепаратов и повышает эффективность лечения больных.

Кроме вышеперечисленных операций, уделяется большое внимание таким патогенетическим методам лечения туберкулеза, как УФО крови, непрямая электрохимическая детоксикация гипохлоритом натрия и озонотерапия.

Заключение

В работе туберкулеза легочно-хирургического отделения успешно применяются современные методики хирургического лечения, анестезиологического обеспечения и медикаментозной терапии, учитывая особенности течения туберкулеза легких в современных условиях. Применение всего арсенала фтизиатрических вмешательств позволит повысить эффективность лечения больных туберкулезом и значительно снизить резервуар туберкулезной инфекции.

А. А. Малов, И. В. Савинова

Доброе дело

Весенняя неделя добра

Сразу несколько акций прошли в Городской клинической больнице №1 в течение объявленной в Чебоксарах Весенней недели добра.

С 20 по 23 апреля 2011 г. все малыши, выписавшиеся с мамами из роддома получили игрушку и красочную книжку от имени коллектива медицинских работников. А мам ждал дополнительный подарок – набор информационного материала с полезными советами и комплект памперсов. 22 апреля прошла благотворительная акция "Секреты успешной лактации". Опытные мамы провели мастер-класс по успешному грудному вскармливанию, поделились секретами и нюансами ухода за малышом.



В рамках акции "Почта добра" все бывшие сотрудники - пенсионеры МУЗ "Городская клиническая больница №1" получили письма со словами благодарности за многолетний труд и вклад в развитие учреждения, в котором в настоящее время трудится свыше 2000 человек. Ведь то, что сегодня Городская клиническая больница – одно из крупнейших и успешнейших медицинских учреждений столицы, во многом является результатом их многолетнего труда. В рамках Недели добра ветераны учреждения также получили дополнительное медицинское сопровождение: прошли исследования в клинико-диагностической лаборатории, оснащенной современным автоматизированным оборудованием с высоким уровнем контроля качества.

Юбилейные даты

21 апреля исполнилось 80 лет со дня рождения Степанова Василия Степановича (1931-2009)

Василий Степанович работал доцентом кафедры патологической физиологии Чувашского государственного университета имени И. Н. Ульянова. В 1969 г. защитил кандидатскую, в 1986 г. – докторскую диссертации. С 1988 по 2005 гг. работал заведующим кафедрой медицинской биологии и гистологии Чувашского государственного университета имени И. Н. Ульянова. Член-корреспондент НАНИ Чувашской Республики. Автор более 100 научных работ. Удостоен почетного звания "Заслуженный деятель науки Чувашской Республики".

4 апреля исполнилось 30 лет Республиканской клинической офтальмологической больницы

Республиканская клиническая офтальмологическая больница построена в 1981 г. на средства Чувашского правления Всероссийского общества слепых. В настоящее время имеется 5 отделений: катарактное, офтальмологическое, общеклиническое, травматологическое и глаукомное. Успешно работает лазерное отделение. В больнице служит около 200 медицинских работников. Главный врач – Арсютов Дмитрий Геннадьевич.

15 мая 65-летие отметит Республиканский клинический онкологический диспансер

Республиканский клинический онкологический диспансер открыт 15 мая 1946 г. на базе хирургического отделения Первой городской больницы г. Чебоксары.

Основные направления работы диспансера – профилактика, ранняя диагностика и своевременное лечение злокачественных заболеваний, диспансеризация больных с опухолевой и предопухолевой патологией, а также совершенствование и внедрение новейших методов лечения. Республиканский клинический онкологический диспансер координирует всю работу по оказанию онкологической помощи больным Чувашской Республики. В диспансере трудятся более 80 сотрудников. Главный врач – Долгов Игорь Юрьевич.

15 мая 50 лет исполнится Новочебоксарской городской больницы

Новочебоксарская городская больница берет свое начало от Яндашевской участковой больницы, которая в 1961 г. была передана на баланс города. В настоящее время – это многопрофильный специализированный больничный комплекс, который оказывает кардиологическую, неврологическую, урологическую, хирургическую, травматологическую, терапевтическую и отоларингологическую помощь жителям близлежащих районов. Персонал городской больницы насчитывает более 1300 человек.

Я бы хотел выразить слова благодарности в адрес детских стоматологов Республиканской стоматологической больницы, особенно Алевтине Юрьевне Андреевой, за чуткое и внимательное, и что очень важно, доброе отношение к своим пациентам независимо от их возраста.

Г. Н. Иванов,
поселок Кугеси

Хотим поблагодарить коллектив хирургического отделения Республиканской детской клинической больницы за

помощь нашей дочери Якушевой Юле.

От всей души огромное человеческое спасибо нашему хирургу Плеханову Геннадию Николаевичу, медицинской сестре Ивановой Зинаиде Андреевне, санитарке Омниной Тамаре Геннадьевне и всему персоналу. Благодарим не только за высокий профессионализм, но и за душевное отношение к нашим детям. Глядя на своего ребенка, благодарю Бога и Геннадия Николаевича. Он не просто специалист высочайшего уровня, это исключительная личность

Благодарность

благодаря таким людям, как он, в мире сегодня живы понятия бескорыстия, доброты и самопожертвования.

Труд врача никогда не был легким, но вы выбрали именно эту дорогу и идете по ней честно, оставляя верными благородному долгу – нести людям свет, добро и человечность.

Искренне желаем всем здоровья, успехов в работе, счастья!

С благодарностью,
семья Якушевых
с. Шемурша

Целый век

14 апреля жительнице деревни Старое Котьяково Батыревского района Платоновой Александре Платоновне исполнилось 100 лет.

Ровно век назад, в 1911 году в деревне Старое Котьяково Буинского уезда Симбирской губернии в семье Платоновых родился второй ребенок, девочка, которую родители окрестили Александрой. Трудной оказалась жизнь этой маленькой девочки. В шестимесячном возрасте она осталась без матери, а затем через несколько лет не стало и отца. И росли они одни самостоятельно в эти нелегкие годы вместе со старшим братом. И голод, и холод, и тревожные военные и послевоенные годы пришлось вместе со всеми односельчанами ей пережить, выстоять, выжить. Так сложилось в жизни у Александры Платоновны, что она живет одна в мире и согласии с соседями, жителями своей деревни.

Всю свою трудовую деятельность она проработала в Батыревской районной больнице, отдавая все свое тепло, нежность и доброту больным. Милая, добрая, доброжелательная, трудоспособная, жизнерадостная, мудрая, всегда готовая прийти на помощь другим – такую знают Александру Платоновну бывшие коллеги-медики и односельчане.

Несомненно, данный юбилей заслуживает особого внимания, именно поэтому на празднования этой даты, собрались не только



соседи и близкие люди Александры Платоновны, но и первый заместитель главы администрации Батыревского района Рудольф Селиванов, начальник отдела ЗАГС, председатель районного совета женщин Ольга Гусарова, глава Новоахпердинского сельского поселения Валентин Тукмаков, представители МУЗ "Батыревская ЦРБ" Е. Тукмакова и Ф. Курякова, члены женсовета Новоахпердинского сельского поселения В. Бородова и Г. Маркиданова.

Рудольф Васильевич Селиванов, вручая Благодарственное письмо главы администрации Батыревского района Н. Глухова, и поздравляя Александру Платоновну с днем рождения, отметил, что 100-летний юбилей – это особая дата в жизни человека и праздновать её дано немногим. Прожить 100 лет, значит про-

жить целый век, отождествляя себя с эпохой. Все присутствующие на этом торжестве пожелали Александре Платоновне счастливых лет, крепкого здоровья, мира, добра, теплоты, бодрых сил и благополучия. Пусть на душе будет легко и светло, и дальнейших встреч.

И на вопрос как же удалось ей и в 100 лет выглядеть так бодро и хорошо, все помнит, она просто ответила, что никогда никому не желала зла, и, наверное, вера в Бога помогла ей преодолеть все жизненные трудности. С теплотой и добротой, которое присуще только долгожителю, поблагодарила всех за то, что ее не забыли, за поздравления, за внимание, и пожелала всем крепкого здоровья на долгие годы, всегда быть добрыми и внимательными к людям.

За чистый город!

14 апреля в рамках месячника по весенней уборке города коллектив Ленинской подстанции МУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи» вместе с заведующей ранним утром вышел на прилегающую территорию. Мужчины дружно начали раскидывать огромные снежные сугробы, а дамы убирали мусор, скопившийся за зиму под снегом. Яркое солнце, закончившееся дежурство и утренняя уборка вместо зарядки создали хорошее настроение, мероприятие завершилось чаепитием.



УЧРЕДИТЕЛИ:

ГУЗ "Республиканский центр лечебной физкультуры и спортивной медицины", ГУП Чувашской Республики "Фармация", Общественная организация "Медицинская Ассоциация Чувашской Республики", Общественная организация "Профессиональная ассоциация средних медицинских работников Чувашской Республики", ГУЗ "Республиканский центр восстановительной медицины и реабилитации Минздравсоцразвития Чувашии"

Газета зарегистрирована Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Чувашской Республике - Чувашии. Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ТУ 21-00086 от 02 марта 2010 г.

Главный редактор – С.А.Каликова. Ответственный секретарь – А.Ю.Ахвандерова. Редакционный совет: В.П.Муллина, А.Н.Карзаков, В.А.Теллина, В.Н.Филимонов, В.И.Викторова, Е.В.Любовцева. Адрес редакции: 428018, г.Чебоксары, ул.М.Сеспеля, дом 24, тел. 62-50-01, e-mail: medicin43@cap.ru.

Индекс 54839. Номер подписан в печать 29.04.2011 г. Тираж 1200 экз. Заказ №22/2011-05. Отпечатано в типографии ИП Сорокина А.В., ул.М.Павлова, 50/1.