

# Медицинский Вестник

Выходит с января 1995 года

№ 7 (288) 29 июля 2011 г.

СОБЫТИЯ И ФАКТЫ

СОБЫТИЯ И ФАКТЫ

СОБЫТИЯ И ФАКТЫ

## Михаил Игнатьев: «Крепкие семьи – гордость нашей республики, ее фундамент и опора»

8 июля, в День семьи, любви и верности, глава республики Михаил Игнатьев вручил ордена и медали «За любовь и верность».

«Каждая супружеская пара, присутствующая в этом зале, – гордость нашей республики, ее фундамент и опора. Именно благодаря таким крепким, дружным и счастливым семьям бережно хранятся и передаются из поколения в поколение незыблемые нравственные ценности. Ваш опыт помогает воплощать в жизнь самые смелые проекты и уверенно двигаться вперед», – отметил в своем выступлении Михаил Игнатьев.

Общественную награду «За любовь и верность» Президент вручил 6 семьям Чувашии. Российской медали удостоиваются супруги, прожившие в браке не менее 25 лет, получившие известность крепостью семейных устоев, основанных на взаимной любви и верности. Так, например, семья Валериана Андреевича и Нины Викторовны Андреевых прожила в счастливом браке 53 года. Эта семья пользуется большим уважением среди односельчан и жителей Вурнарского района. Несмотря на то, что супругу – 80, а жене – 75 лет, они сохраняют физическую активность, имеют большое личное подсобное хозяйство, держат много живности, обрабатывают 1 га земли. Нина Викторовна после окончания в 1954 году Алатырской медицинской школы всю свою жизнь отдала медицинской деятельности, работала фельдшером-акушером сначала Троицкого, затем Тузисярмусского фельдшерско-акушерского пункта. К своему делу она всегда относилась с душой и ответственно, приходила на помощь людям днем и ночью, лечила их не только лекарствами, но и добрым словом. Несмотря на то, что Нина Викторовна на заслуженном отдыхе, за медицинской помощью к ней обращаются и по сей день.



Валериан Андреевич всю жизнь проработал водителем в родном колхозе, стаж его работы составляет 40 лет. Они воспитали троих достойных детей: старшая дочь Ирина пошла по стопам матери, работает акушером-гинекологом в Вурнарской ЦРБ, сын Сергей и дочь Наталия работают в Тузисярмусской основной общеобразовательной школе Вурнарского района.

В беседе за чашкой чая глава республики и участники церемонии поговорили о сохранении традиционных семейных ценностей. Михаил Игнатьев заметил, что этот вопрос лежит в основе всех республиканских программ в области демографической политики, экономики и охраны здоровья людей. «По статистике, в 2010 году впервые за последние 12 лет на одну тысячу населе-

ния родилось 13 детей. Как мы видим, динамика улучшается. Но для того, чтобы она стала еще лучше, таких семей, как вы, должно быть больше. Если в жизни не будет таких ярких примеров, о стабильности в обществе говорить сложно», – подчеркнул Михаил Игнатьев.

Супруги поделились советами по патристическому воспитанию молодежи, рассказали, как сохранить тепло семейного очага, вырастить детей честными и порядочными людьми. Михаил Игнатьев поздравил всех с праздником, пожелал супругам долголетия, мира и любви. «Пусть семейный очаг, зажженный когда-то в вашем доме, бережно поддерживают ваши дети, внуки и правнуки», – подытожил Президент.

### ВСЕРОССИЙСКИЙ ДЕНЬ СЕМЬИ, ЛЮБВИ И ВЕРНОСТИ

Идея праздника возникла несколько лет назад у жителей города Муром, где покоятся мощи святых покровителей семьи и брака Петра и Февронии. Символ праздника Дня семьи, любви и верности – ромашка.

Праздничные мероприятия, посвященные Всероссийскому дню семьи, любви и верности, состоялись во всех районах Чувашии. В эти дни чествовали семьи, которые прожили вместе в любви и уважении, прошли конкурсы среди семейных пар, встречи и беседы с молодыми парами о роли семьи в жизни человека.

## Повышение качества жизни

5 июля на очередной сессии Госсовета Чувашии депутаты в двух чтениях приняли закон «О внесении изменений в Закон Чувашской Республики «О республиканском бюджете Чувашской Республики на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов». На социальную защиту населения будет выделено 197,4 млн рублей, на реализацию мероприятий в сфере здравоохранения – 45,2 млн рублей. Отдельные средства будут направлены на повышение с 1 октября 2011 года заработной платы работникам учреждений здравоохранения.

## Идет ремонт

В Чувашии продолжается реализация программы модернизации здравоохранения на 2011-2012 годы. Одним из основных направлений программы является укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения. Значительные средства предусмотрены на проведение капитального ремонта городских и сельских больниц.

Подробнее о выполненных работах читайте в материале на стр. 2.

## Офис врача общей практики

В рамках Программы модернизации системы здравоохранения Чувашской Республики на 2011-2012 годы открылся новый офис врача общей (семейной) практики на базе Городского клинического центра по адресу: г. Чебоксары, ул. Чернышевского, 10 А. В офисе разместились кабинеты врачебного приема, медицинской профилактики и процедурная комната. Офис обеспечит более доступное и своевременное оказание первичной медико-санитарной помощи 4883 жителям города (1896 семей).

## Интервью с профессором

Проблема сердечно-сосудистых заболеваний касается каждого доктора и возникает повсеместно: будь то госпитальный этап, первичное звено или специализированная помощь. Об актуальных вопросах кардиологии рассказывает руководитель клиники кардиологии Медицинской академии им. И.М. Сеченова профессор, д.м.н. Абрам Львович Сыркин.

Читайте на стр. 5.

## Новый бланк листка нетрудоспособности

С 1 июля 2011 года на территории Российской Федерации приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2011 г. №347 н введена новая форма листка нетрудоспособности. Новый бланк формата А4, голубого цвета, имеет многоступенчатую степень защиты, в том числе, за счет штрих-кода с уникальной комбинацией из 12 цифр. Новый формат предполагает автоматическую обработку машиночитываемого документа.

## О здоровом питании

Правительством республики был утвержден проект республиканской целевой программы «Здоровое питание (2011 - 2020 годы)», разработанный Минздравсоцразвития Чувашии. Она необходима для стабилизации основных показателей здоровья жителей, снижения социально-экономических потерь общества от временной и стойкой утраты трудоспособности, преждевременной смертности населения.

С положениями программы можно ознакомиться на стр. 7.

Актуально

## Финансирование увеличивается

В 2012 году лекарственное обеспечение больных, страдающих высокотратными нозологиями, улучшится. 19 июля рабочая группа министерства здравоохранения и социального развития ЧР очно защитила заявку на поставку лекарств для лечения больных, страдающих высокотратными нозологиями. В заявку Чувашской Республики вошли 17 международных непатентованных наименований лекарственных средств. Лечение больных на амбулаторном этапе, согласно утвержденным Федеральным стандартам оказания медицинской помощи в рамках Программы «7 нозологий», в 2012 году будет осуществляться из средств федерального бюджета на сумму более 277 млн рублей, что на 25 млн рублей больше, чем в прошлом году.

## Новое назначение

Главным врачом МУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи» г. Чебоксары назначен Зайцев Александр Иванович. 4 июля 2011 года начальником управления здравоохранения и социальной политики администрации г. Чебоксары Марковым Дмитрием Сергеевичем коллективу и сотрудникам ГБСМП был представлен новый главный врач.

На предыдущем месте работы Александр Иванович возглавлял администрацию Ленинского района города Чебоксары.

## Интернатура уходит в прошлое

С сентября 2011 года в медицинских вузах страны начнется обучение студентов по новым образовательным стандартам высшего профессионального образования по специальностям группы «Здравоохранение» третьего поколения. Принципиальным отличием от действующих стандартов является увеличение доли практической подготовки, особенно на старших курсах. Для определения готовности лица, получившего медицинское или фармацевтическое образование, к практической работе будет внедрена новая форма допуска – аккредитация к конкретным видам медицинской деятельности. Первый выпуск по новым стандартам планируется в 2016–2017 гг. Таким образом, с 2017 года отпадет необходимость в интернатуре – как в переходном этапе послевузовской подготовки. Выпускник будет готов к профессиональной деятельности сразу после получения диплома, через получение аккредитации.

## Продолжается капитальный ремонт учреждений здравоохранения

**В Чувашии продолжается реализация программы модернизации здравоохранения на 2011-2012 годы. Одним из основных направлений программы является укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения. Значительные средства предусмотрены на проведение капитального ремонта городских и сельских больниц.**

Полным ходом осуществляются ремонтные работы в здании перинатального центра Городской клинической больницы №1, лечебном корпусе Чебоксарской центральной районной больницы, стационаре Канашской городской больницы, родильном отделении Батыревской центральной районной больницы, стационаре Новочебоксарской городской детской больницы. Начаты работы в родильном отделении Шумерлинской центральной районной больницы, терапевтическом корпусе Алатырской центральной районной больницы, гинекологическом отделении Батыревской центральной районной больницы, а также в лечебных корпусах Республиканской клинической больницы, детском корпусе Президентского перинатального центра.

Активно развернуты ремонтно-строительные работы в Канашской городской больнице. Проектной документацией на капитальный ремонт хирургического и травматологического отделений больницы предусмотрена замена внутренних инженерных систем отопления, холодного и горячего водоснабжения, электроснабжения, слаботочных сетей, устройство систем вентиляции и кондиционирования, выполнение внутренних отделочных работ. В настоящее время подрядная организация ООО «ГЕФЕСТ» приступила к работам в травматологическом отделении: выполнен основной объем работ по разборке старых конструкций, выполнены работы по прокладке инженерных коммуникаций, начаты внутренние отделочные работы. Общая стоимость работ по контракту составляет 10,5 млн рублей. Работы планируется завершить в сентябре текущего года. В 2012 году капитальный ремонт пройдет в гинекологическом и акушерском отделениях. В соответствии с Программой модернизации здравоохранения Канашская городская больница определена в качестве межтерриториального центра для оказания амбулаторной гастроэнтерологической медицинской помощи, диагностической медицинской помощи больным с подозрением на онкологическое заболевание; для оказания стационарной специализированной плановой и неотложной медицинской помощи травматологического, хирургического, неврологического, кардиологического, акушерско-гинекологического профилей, при патологии беременности. Так, например, кардиологическая помощь будет оказываться жителям не только города Канаша, но и Батыревского, Ибресинского, Канашского, Комсомольского, Урмарского, Шемуршинского, Яльчикского и Янтиковского районов.

Программой также предусмотрено внедрение в Канашской городской больнице современных информационных систем и стандартов оказания медицинской помощи.

Программой модернизации здравоохранения Чувашской Республики на 2011-2012 годы предусмотрен капитальный ремонт пяти фельдшерско-акушерских пунктов, в том числе в 2011 году – 3, в 2012 году – 2. В фельдшерско-акушерском пункте в д.Шоркино Чебоксарского района ремонтные работы в стадии завершения, а в двух фельдшерско-акушерских пунктах (с.Явлей Алатырского района и д.Можары Козловского района) ремонтные работы начаты.

## Министр Венера Муллина: «От того, как работает «электронная регистратура», зависит работа всего учреждения здравоохранения»

6 июля в Республиканской клинической больнице под председательством министра Венеры Муллиной состоялось очередное заседание Коллегии Минздравсоцразвития Чувашии. Венера Петровна ознакомила коллег с итогами проведения Дня Республики и изменениями в бюджете Чувашской Республики на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годы. Значительные средства предлагаются направить на развитие малого и среднего предпринимательства, реализацию мероприятий в сфере здравоохранения, укрепление материально-технической базы учреждений культуры, строительство и реконструкцию физкультурно-спортивных объектов, модернизацию системы образования.

### Современные it-системы в здравоохранении

Заместитель министра здравоохранения и социального развития Чувашской Республики Татьяна Богданова выступила с докладом о мероприятиях по внедрению современных информационных систем в здравоохранении Чувашской Республики в рамках Программы модернизации здравоохранения Чувашской Республики на 2011-2012 годы. Основными направлениями развития информатизации в рамках Программы модернизации здравоохранения на 2011-2012 годы являются персонализированный учет оказанных медицинских услуг, ведение электронной медицинской карты гражданина, запись к врачу в электронном виде, обмен телемедицинскими данными, а также внедрение систем электронного документооборота; ведение единого регистра медицинских работников, электронного паспорта медицинского учреждения и паспорта системы здравоохранения Чувашской Республики.

Получат дальнейшее развитие функционирование Медицинского портала, предоставление доступа для граждан информации о перечне предоставляемых медицинских услуг, графиках работы врачей и их профессиональной квалификации, самых распространенных заболеваниях и методах



их профилактики через информационно-справочные терминалы (инфоматы). В 14 лечебно-профилактических учреждениях будет реализована возможность записи на прием к врачам, доступа пациента к информации о лечебно-профилактическом учреждении, а также автоматического анкетирования оценки удовлетворенности пациентов медицинской помощью через информационно-справочные сенсорные терминалы (инфоматы), в том числе обеспечивающие считывание универсальных электронных карт гражданина (УЭК). Запланировано создание единого центра телефонного обслуживания населения (call-центр) в городе Чебоксары, сотрудники которых будут иметь доступ к соответствующим централизованным информационным системам федерального и регионального сегмента.

### Электронные медкарта и регистратура

Министр Венера Муллина дала поручение обеспечить возможность записи на прием к врачам посредством «электронной регистратуры» во всех учреждениях здравоохранения: «От того, как работает «электронная регистратура», зависит работа всего учреждения здравоохранения». Для доступности современной высокотехнологичной медицинской помощи беременным женщинам вне зависимости от их места проживания, на базе Президентского перинатального центра запланировано внедрение «электронной медицинской карты беременной», включающий процесс автоматизации деятельности женских консультаций при цен-

тральных районных и городских больниц от первичной постановки беременной на учет до родоразрешения и последующего наблюдения в женской консультации. Внедрение электронной медицинской карты запланировано в 32 учреждениях здравоохранения. Обеспечение персонализированного мониторинга течения, ведения и исхода беременности и родов в республике позволяет снизить уровень материнских и детских потерь, повысить удовлетворенность оказанием медицинской помощи.

В 2011–2012 годах продолжится модернизация программного обеспечения и средств связи, используемых в службе скорой медицинской помощи для функционирования в условиях единой диспетчерской. Во всех станциях и отделениях скорой медицинской помощи будет внедрена автоматизированная система управления «Скорая помощь», которая позволит мониторить эффективность и качество функционирования службы «03».

Реализация мероприятий по внедрению современных информационных систем в учреждениях здравоохранения будет сопровождаться организацией обучения сотрудников медицинских организаций использованию современных информационных медицинских технологий, а также повышением общего уровня компьютерного образования медицинского персонала как на базе Медицинского информационно-аналитического центра, так и с привлечением образовательных учреждений: Института усовершенствования врачей и Чебоксарского медицинского колледжа.

## Операция без риска

1 июля на базе Президентского перинатального центра Минздравсоцразвития Чувашии в рамках Программы модернизации здравоохранения на 2011-2012 годы, а также Всероссийского дня семьи, любви и верности в числе первых в России открылся Симуляционный центр. Содействие в открытии оказали ЧГУ им. И.Н. Ульянова и Институт усовершенствования врачей.

В торжественном открытии Центра приняли участие министр здравоохранения и социального развития Чувашской Республики Венера Муллина, ректор Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова Всеволод Агаков, декан медицинского факультета Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова, начальник управления здравоохранения и социальной политики администрации г. Чебоксары Дмитрий Марков.

Открывая Центр, Венера Петровна отметила, что в настоящее время с учетом необходимости наполнения отрасли медицинскими кадрами меняется сама система подготовки специалистов. Студенты в процессе обучения должны будут овладевать практическими навыками для того, чтобы после

окончания ВУЗа они могли непосредственно приступить к самостоятельной работе. А возможности Центра (муляжи, система телемедицинских консультаций с отдаленными сельскими районами для оказания медицинской помощи, связи с операционными для наблюдения за ходом операций и общения с оперирующими врачами) позволяют подготовить будущих медицинских работников к осуществлению практической деятельности, а в рамках модернизации здравоохранения – довести уровень технологий оказа-



ния акушерско-гинекологической помощи в любом родильном учреждении республики до действующих федеральных стандартов.

### СПРАВКА «МЕДИЦИНСКОГО ВЕСТНИКА»

Центр организован для отработки навыков в области акушерства, гинекологии и неонатологии у практикующих врачей, а также у врачей ординаторов, интернов, студентов старших курсов медицинского факультета. В нем предусмотрена не только работа на муляжах, но и налажена прямая связь с операционными перинатального центра, предусмотрены возможности проведения телемостов с ведущими клиниками страны и зарубежья.

В ходе открытия главный врач Президентского перинатального центра, главный акушер-гинеколог Минздравсоцразвития Чувашии Алла Самойлова презентовала гостям учебные комнаты, а также продемонстрировала возможности оборудования, симуляционного блока с муляжами, трансляции из операционных, телемедицинских консультаций, компьютерного блока с возможностями дистанционного обучения.

Помимо этого, в этом году будет открыто еще 4 подобных центра на базе Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии (г.Москва), Научно-исследовательского института материнства и детства (г.Иваново), Сибирского государственного медицинского университета (г.Томск), Федерального центра сердца, крови и эндокринологии (г.Санкт-Петербург).

# ОБЩЕСТВО ПРОТИВ

## Муниципалитеты привлекают общественность к борьбе с табакокурением

12 июля на заседании Координационного совета по борьбе против табака при Министерстве здравоохранения и социального развития Чувашской Республики рассмотрены итоги работы по ограничению курения табака и табачных изделий в Чувашской Республике во II квартале 2011 г. С докладами выступили президент Фонда поддержки социальных и культурных программ Чувашии Михаил Федотов и заместитель министра здравоохранения и социального развития Чувашской Республики Алексей Федоров.

Заведующая лабораторией социологических исследований Санкт-Петербургского государственного инженерно-экономического университета в г. Чебоксары Анастасия Исаева представила вниманию участников заседания итоги опроса взрослого населения о потреблении табачных изделий с использованием последовательного стандартного протокола GATS.

По результатам опроса, распространенность потребления табака среди взрослого населения в Чувашской Республике составляет 27,3%: 46,6% у мужчин и 9,2% у женщин (по РФ 60,2% и 21,7% соответственно); среди девушек (19-24 года) составляет 17,7% (соответственно 15 – 55% по РФ), среди юношей (19-24 года) – 52,3% (соответственно 28 – 67% по РФ), среди подростков Чувашии 15-18 лет: девушки – 15,3%; юноши – 36,4% (по России 66% имеют опыт курения и 35,4% курят регулярно).

В ходе заседания Координационного совета также была озвучена идея создания на уровне муниципалитетов Общественных советов по борьбе с табакокурением, в состав которых войдут общественно активные граждане, медицинские работники, спортсмены, педагоги и работники культуры, заинтересованные в предотвращении курения в Чувашии. В поддержку предложенной инициативы выступили представители администраций муниципальных образований республики.

## Медики Чувашии присоединились к Хартии врачей против табакокурения

21 июля по инициативе Медицинской Ассоциации Чувашской Республики и при поддержке Министерства здравоохранения и социального развития ЧР медики Чувашии присоединились к Хартии врачей против табакокурения.

В ходе рабочего совещания с организаторами здравоохранения в рамках Дня главного врача под председательством заместителя министра здравоохранения и социального развития ЧР Алексея Федорова состоялось чтение и голосование в пользу Хартии врачей против табакокурения. Этот документ был принят в качестве резолюции на III Всероссийском форуме «Здоровье или табак» в Екатеринбурге 27 мая 2011 года.

Алексей Вячеславович отметил необходимость поддержания медицинскими работниками Чувашской Республики Хартии и еще раз напомнил неутешительную статистику – результаты опроса взрослого населения по методу GATS (Global Adult Tobacco Survey), проведенного совместно с Фондом поддержки социальных и культурных программ Чувашии во II квартале 2011 года.

В своем обращении к организаторам здравоохранения Председатель Совета общественной организации «Медицинская Ассоциация Чувашской Республики» Валентина Андреевна Теллина отметила, что прилагаемые межведомственные усилия подтверждают приверженность антитабачной политики Чувашии основным принципам Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака и соответствуют положениям Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010-2015 годы. Заседание завершилось единогласным голосованием в пользу присоединения к Хартии.

## «ХАРТИЯ ВРАЧЕЙ ПРОТИВ ТАБАКОКУРЕНИЯ»

**Мы, медицинские работники, руководствуясь интересами государства в целом и каждого нашего пациента в отдельности, договорились о нижеследующем:**

Курящий врач не может быть образцом поведения и теряет доверие – откажитесь от курения.

Относиться к табачной зависимости как к болезни, а не как к выбору образа жизни.

Документировать статус курения у всех пациентов.

Рекомендовать всем курящим больным отказаться от курения и оказывать им поддержку.

Лечить табачную зависимость так же интенсивно, как и другие факторы риска возникновения заболеваний.

Убедиться, что службы по отказу от курения широко доступны.

Рекомендовать всем некурящим пациентам избегать пассивного курения, а курящим пациентам всегда курить вне помещения, в стороне от некурящих.

Информировать всех студентов и врачей о вредном влиянии табака и пассивного курения на здоровье, обучать их навыкам решения этой проблемы.

Делать все возможное, чтобы больницы, университеты, другие места работы и места нахождения пациентов были территориями свободными от курения, от пропажи и рекламы табачной продукции.

Поддерживать окружающую среду на 100% свободной от табачного дыма на всех уровнях, просвещая население, СМИ и лиц, принимающих решения о пользе такой среды для их здоровья.

Отказываться от сотрудничества с табачной индустрией в научных исследованиях, обзорах, продвижении или какой-либо другой активности, и не принимать финансирование от табачной индустрии.

## Контроль

# ЛЕКАРСТВА: КАЧЕСТВО И ОБОРОТ

Одной из приоритетных задач в области здравоохранения является обеспечение качества лекарственных средств, находящихся в обращении. Качество лекарственных средств во многом определяет эффективность оказываемой населению медицинской помощи.

Основной целью государственного контроля качества является защита потребителей от негативных последствий применения лекарственных средств, связанных с недостаточной изученностью на этапе регистрации и внедрения в практику лекарственных средств, выпуском и ввозом в страну недоброкачественной продукции, нарушениями условий хранения и реализации.

Соответственно, созданная система государственного контроля качества лекарственных средств должна функционировать на всех стадиях их жизненного цикла и позволять вовремя выявлять и изымать из обращения лекарственные средства, качество и подлинность которых не отвечают установленным требованиям.

Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» жестко устанавливает право государственного контроля на всех этапах оборота лекарственных средств, а так же законодательно закрепляет ответственность субъектов обращения лекарственных средств за реализацию фальсифицированных лекарственных средств, недоброкачественных и контрафактных лекарственных средств.

Государственный контроль при обращении ЛС включает в себя контроль над доклиническими исследованиями ЛС, клиническими исследованиями лекарственных препаратов, качеством, производством ЛС, изготовлением лекарственных препаратов, хранением, перевозкой, ввозом на территорию РФ, рекламой, отпуском, реализацией, уничтожением ЛС, применением лекарственных препаратов.

Согласно Постановлению Правительства от 6 апреля 2004 г. N 155 «Вопросы федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития» Росздравнадзор непосредственно и через свои территориальные органы осуществляет контроль качества лекарственных средств.

Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в рамках установленных полномочий проводится комплекс контрольно-надзорных мероприятий, направленных на обеспечение каче-

ства фармацевтических субстанций, соблюдение требований к производству и контролю качества лекарственных средств, а также контроль качества лекарственных средств, находящихся в обращении. Создана система выявления и изъятия из обращения лекарственных средств, качество которых не соответствует требованиям.

Для предотвращения оборота фальсифицированных и недоброкачественных лекарственных средств Росздравнадзором осуществляется тесное взаимодействие с федеральной таможенной службой, министерством внутренних дел, федеральной антимонопольной службой и другими контрольными и надзорными органами Российской Федерации.

В целях обеспечения общества качественными и безопасными препаратами Управление Росздравнадзора по Чувашской Республике осуществляет государственный контроль при обращении лекарственных средств в отношении шестисот государственных, муниципальных и частных организаций, осуществляющих медицинскую и фармацевтическую деятельность, а так же организаций социального обслуживания населения.

В рамках полномочий Управление Росздравнадзора по Чувашской Республике проводит комплекс мероприятий по осуществлению государственного контроля качества лекарственных средств на территории Чувашской Республики:

- принимает решения о приостановлении обращения на территории республики недоброкачественных лекарственных препаратов и препаратов, вызывающих сомнения в подлинности;

- контролирует изъятие и уничтожение недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных средств;

- проводит проверки по контролю качества лекарственных средств, выявлению недоброкачественных и фальсифицированных препаратов;

- проводит мониторинг безопасности лекарственных препаратов.

За первое полугодие 2011 года Управлением Росздравнадзора в рамках исполнения государственной функции по осуществлению в установленном порядке проверок деятельности аптечных учреждений, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, организаций - производителей лекарствен-

ных средств, иных организаций, осуществляющих деятельность в сфере обращения лекарственных средств проведено 26 плановых проверок, 2 внеплановых, в т.ч. 1 при возникновении непредвиденных поствакцинальных осложнений, 1 - с целью контроля за выполнением предписания. В результате проведенных контрольно-надзорных мероприятий недоброкачественные лекарственные средства выявлены в 2 организациях (1 наименование, 2 серии, 6 упаковок), лекарственные препараты с истекшим сроком годности в 5 (15 наименований, 17 серий, 62 упаковки) компаниях.

По результатам проверок руководителям юридических лиц выданы предписания об устранении выявленных нарушений действующего законодательства. В отношении организаций осуществляющих деятельность с нарушением законодательства в сфере обращения лекарственных средств сотрудниками Управления составлено 7 протоколов об административных правонарушениях. По результатам рассмотрения судебными органами вынесены постановления об административном приостановлении медицинской деятельности на срок 60 суток в отношении 2 медицинских организаций, назначены административные взыскания в виде штрафов на сумму 130 тыс. руб.

Информация о результатах мероприятий по контролю доводится до сведения Прокуратуры Чувашии, Управления ФСКН России по Чувашской Республике, Минздравсоцразвития Чувашии.

За время деятельности Управления наблюдается снижение количества выявляемых в ходе проверок недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных средств, что свидетельствует об эффективности созданной в республике системы государственного контроля качества лекарственных средств.

В рамках государственного контроля по качеству лекарственных средств в республике активно проводится работа по мониторингу безопасности лекарственных средств, находящихся в обращении на территории Чувашской Республики. Необходимо отметить, что мероприятия по созданию государственной системы фармаконадзора проводятся Росздравнадзором с 2008 года. Непременным условием функционирования системы мониторинга и контроля эффективности и безопасности лекарственных средств является тесное взаимодействие всех субъектов обра-

щения лекарственных средств при сборе информации о нежелательных реакциях лекарственных средств. Развитие полноценной системы мониторинга безопасности будет способствовать, в том числе скорейшему обнаружению и изъятию недоброкачественных лекарственных средств.

В рамках исполнения государственной функции по контролю лекарственных средств при гражданском обороте Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития при поступлении информации о выявлении признаков недоброкачественности или фальсификации принимаются решения об изъятии фальсифицированного или недоброкачественного препарата определенной серии.

Управление Росздравнадзора по Чувашской Республике является участником Автоматизированной информационной системы Росздравнадзора, объединившей территориальные органы Росздравнадзора и центральный аппарат в единую сеть, что позволяет оперативно доводить информацию до участников медицинского и фармацевтического рынка республики о лекарственных препаратах, подлежащих изъятию из гражданского оборота, а так же осуществлять мониторинг за качеством лекарственных средств, находящихся в обращении на территории республики. Управлением Росздравнадзора по Чувашской Республике указана информация в режиме on-line размещается на официальном сайте [www.21reg.roszdravnadzor.ru](http://www.21reg.roszdravnadzor.ru)

В результате проводимых Управлением Росздравнадзора мероприятий в Чувашской Республике с 2006 года при проведении контрольно-надзорных мероприятий в субъектах обращения лекарственных средств фальсифицированные лекарственные средства не выявлялись. При этом нужно понимать, что, по мнению всемирной организации здравоохранения даже единичный случай подделок неприемлем.

Только системный подход и последовательные действия в сочетании с принципиальной, ответственной позицией всех субъектов обращения лекарственных средств могут гарантировать реализацию права каждого пациента на получение эффективных и безопасных лекарственных средств.

**Информация  
Управления Росздравнадзора  
по Чувашской Республике**

Принятие врачами основных положений рекомендаций по диагностике и лечению ОКС является важнейшим условием их успешного внедрения в клиническую практику, а реализация согласованных стандартов представляет собой доказанную возможность существенного улучшения результатов медицинской помощи.

Понятие «острый коронарный синдром» включает любые группы симптомов, позволяющие подозревать острый инфаркт миокарда (ИМ) или нестабильную стенокардию (НС). Следует подчеркнуть, что диагноз ОКС является временным, «рабочим» и используется для выделения категории больных с высокой вероятностью ИМ или НС при первом контакте с ними. Лечение больных с ОКС начинают до получения информации, необходимой и достаточной для уверенной постановки нозологического диагноза.

#### ПАТОГЕНЕЗ

Ведущим патогенетическим механизмом ОКС является тромбоз пораженной атеросклерозом коронарной артерии. Тромб образуется в месте разрыва атеросклеротической бляшки. Вероятность разрыва бляшки зависит от ее расположения, размера, консистенции и состава липидного ядра, прочности фиброзной капсулы, а также выраженности местной воспалительной реакции и напряжения стенки сосуда. Непосредственными причинами повреждения оболочки бляшки являются механическое воздействие кровотока и ослабление фиброзной капсулы под влиянием протеолитических ферментов, выделяемых макрофагами. Содержимое бляшки характеризуется высокой тромбогенностью – его воздействие на кровь приводит к изменению функциональных свойств тромбоцитов и запуску коагуляционного каскада. Определенную роль в развитии ОКС играет спазм коронарной артерии в месте расположения поврежденной бляшки. В случаях, когда нарушение проходимости коронарной артерии вызывается ее спазмом и/или формированием тромбоцитарного агрегата (то есть является обратимым), развивается клиническая картина НС. Образование красного тромба, не полностью перекрывающего просвет сосуда, ведет к развитию ИМ без зубца Q. При полной тромботической окклюзии коронарной артерии формируется ИМ с зубцом Q.

#### ДИАГНОСТИКА

Распознавание ОКС базируется на трех группах критериев. Первую группу составляют признаки, определяемые при расспросе и физикальном исследовании больного, вторую группу – данные инструментальных исследований и третью – результаты лабораторных тестов.

Типичными клиническими проявлениями ОКС являются ангинозная боль в покое продолжительностью более 20 мин, впервые возникшая стенокардия III функционального класса, прогрессирующая стенокардия. К атипичным проявлениям ОКС относят разнохарактерные болевые ощущения в грудной клетке, возникающие в покое, боль в эпигастрии, острые расстройства пищеварения, боль, характерную для поражения плевры, нарастающую одышку. Физикальное исследование больных с ОКС нередко не выявляет каких-либо отклонений от нормы. Его результаты важны не столько для диагностики ОКС, сколько для обнаружения признаков возможных осложнений ишемии миокарда, выявления заболеваний сердца неинфекционной природы и определения экстракардиальных причин жалоб больного.

Основным методом инструментальной диагностики ОКС является электрокардиография. ЭКГ больного с подозрением на ОКС, по возможности, следует сопоставлять с данными предыдущих исследований. При наличии соответствующей симптоматики для НС характерны депрессия сегмента ST не менее чем на 1 мм в двух и более смежных отведениях, а также инверсия зубца T глубиной более 1 мм в отведениях с преобладающим зубцом R. Для развивающегося ИМ с зубцом Q характерна стойкая элевация сегмента ST, для стенокардии Принцметала и развивающегося ИМ без зубца Q – переходящая элевация сегмента ST. Помимо обычной ЭКГ в покое, для диагностики ОКС и контроля эффективности лечения применяется холтеровское мониторирование электрокардиосигнала.

Из биохимических тестов, применяемых для диагностики ОКС, предпочтительным считается определение содержания в крови сердечных тропонинов T и I, повышение которого представляет собой наиболее надежный критерий некроза миокарда. Менее специфичным, но более доступным для определения в клинической практике критерием является повышение в крови уровня креатинфосфокиназы (КФК) за счет ее изофермента MB–КФК. Увеличение содержания MB–КФК (предпочтитель-

но массы, а не активности) в крови более чем вдвое по сравнению с верхней границей нормальных значений при наличии характерных жалоб, изменений ЭКГ и отсутствии других причин гиперферментемии позволяет с уверенностью диагностировать ИМ. Повышение уровня MB–КФК и сердечных тропонинов регистрируется через 4–6 часов от начала формирования очага некроза миокарда.

го желудочка (фракция выброса менее 35%) в покое или при нагрузке; стабильный или стресс-индуцированный дефект перфузии в сочетании с дилатацией левого желудочка.

Пациентам, отнесенным к категории высокого риска по клиническим признакам, данным инструментальных и лабораторных тестов, а также больным с НС, перенесшим ранее коронарную баллон-

нотечение и заболевания, сопровождающиеся высоким риском его возникновения.

Схема введения НФГ больным с ОКС без стойкого подъема сегмента ST: внутривенно – болюс 60–80 ЕД/кг (но не более 5000 ЕД), затем инфузия 12–18 ЕД/кг/ч (но не более 1250 ЕД/кг/ч) в течение 48 часов. Оптимальная скорость введения гепарина определяется по величине активированного частичного тромб-

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА: ОТ ПОНИМАНИЯ ПРИНЦИПОВ К РЕАЛИЗАЦИИ СТАНДАРТОВ

Наиболее ранним биомаркером ИМ является миоглобин – его содержание в крови повышается спустя 3–4 часа после развития ИМ. Для исключения или подтверждения диагноза ИМ рекомендуются повторные анализы крови в течение 6–12 часов после любого эпизода сильной боли в грудной клетке. Перечисленные тесты приобретают особенно важное значение при дифференциальной диагностике ИМ без зубца Q и НС.

Традиционные биомаркеры некроза миокарда, такие как аспарагиновая аминотрансфераза, лактатдегидрогеназа и даже общая КФК недостаточно чувствительны и специфичны для диагностики ОКС.

#### ОЦЕНКА РИСКА

В течение первых 8–12 часов после появления клинической симптоматики ОКС необходимо обеспечить сбор диагностической информации в объеме, достаточном для стратификации риска. Определение степени непосредственного риска смерти или развития ИМ принципиально важно для выбора лечебной тактики в отношении больного с ОКС без стойкого подъема сегмента ST.

К критериям высокого непосредственного риска смерти и развития ИМ относятся: повторные эпизоды ишемии миокарда (повторяющиеся ангинозные приступы в сочетании и без сочетания с переходящей депрессией или подъемом сегмента ST); повышение содержания сердечных тропонинов (при невозможности определения – MB–КФК) в крови; гемодинамическая нестабильность (артериальная гипотензия, застойная сердечная недостаточность); пароксизмальные желудочковые нарушения ритма сердца (желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков); ранняя постинфарктная стенокардия. Признаками низкого непосредственного риска смерти и развития ИМ являются: отсутствие повторных приступов боли в грудной клетке; отсутствие депрессии или подъема сегмента ST – изменения только зубца T (инверсия, уменьшение амплитуды) или нормальная ЭКГ; отсутствие повышения содержания сердечных тропонинов (при невозможности их определения – MB–КФК) в крови.

С целью подтверждения диагноза ИБС и оценки отдаленного прогноза у больных с низким непосредственным риском развития ИМ и смерти спустя 3–5 дней после эпизода с симптоматикой ОКС рекомендуется выполнение стресс-теста. У больных с высоким непосредственным риском развития ИМ и смерти проведение стресс-теста для оценки прогноза и определения лечебной тактики считается возможным не ранее чем через 5–7 дней после стойкой стабилизации состояния. При подозрении на безболевого ишемии миокарда проведение стресс-теста должно проводиться холтеровское мониторирование ЭКГ. Стандартный нагрузочный тест подразумевает регистрацию ЭКГ во время физической нагрузки на велоэргометре или тредмиле. У ряда больных тест с физической нагрузкой может быть недостаточно информативен. В этих случаях возможно выполнение стресс-эхокардиографии с физической нагрузкой. Фармакологические стресс-тесты с применением эхокардиографии или скинтиграфии миокарда показаны пациентам, у которых имеются ограничения физической активности.

К критериям высокого риска неблагоприятного исхода, определяемым по результатам стресс-тестов, относятся: развитие ишемии миокарда при низкой толерантности к физической нагрузке; обширный стресс-индуцированный дефект перфузии; множественные стресс-индуцированные дефекты перфузии небольшого размера; выраженная дисфункция лево-

платинового времени (АЧТВ). Использование с этой целью времени свертывания крови не рекомендуется. Условием результативности гепаринотерапии считается увеличение АЧТВ в 1,5–2,5 раза по сравнению с нормальным значением этого показателя для лаборатории данного лечебного учреждения. АЧТВ рекомендуется определять через 6 часов после начала инфузии и затем – через 6 часов после каждого изменения скорости введения гепарина. Если при двух последовательных определениях АЧТВ сохраняется в желаемых пределах, следующий анализ может быть выполнен через 24 часа. Определение АЧТВ перед началом гепаринотерапии обязательно.

#### МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

С учетом предположений о механизмах развития главным направлением патогенетической терапии ОКС следует считать воздействие на систему свертывания крови. К средствам, влияющим на процесс тромбообразования, относятся три группы лекарственных препаратов: тромболитики, антикоагулянты и антиагреганты.

#### ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (ТЛТ)

Показанием к ТЛТ является ангинозная боль длительностью более 30 мин, сохраняющаяся несмотря на прием нитроглицерина, в сочетании с элевацией на 1 мм и более сегмента ST не менее чем в 2–х смежных отведениях ЭКГ или появлением полной блокады левой ножки пучка Гиса. Анализ результатов плацебо-контролируемых исследований (GISSI-1, ISIS-2, ASSET, LATE) показал, что ТЛТ, выполненная в первые 6 часов после появления клинической симптоматики развивающегося ИМ, уменьшает смертность в течение первого месяца после развития ИМ в среднем на 30%. Проведение ТЛТ в сроки 6–12 часов от момента возникновения ангинозной боли уменьшает смертность в среднем на 20% и считается допустимым при наличии клинических и ЭКГ признаков расширения зоны некроза миокарда. ТЛТ, выполненная позже 12 часов от момента развития ИМ, позитивного влияния на смертность не оказывает. При отсутствии стойкой элевации сегмента ST, которая рассматривается как признак закупорки коронарной артерии фибриногенным тромбом, применение ТЛТ также нецелесообразно.

Абсолютными противопоказаниями к ТЛТ являются геморрагический инсульт в анамнезе, ишемический инсульт или динамическое нарушение мозгового кровообращения в течение последнего года, внутримозговая опухоль, активное внутреннее кровотечение, расслаивающая аневризма аорты.

Исследование GUSTO доказало, что ускоренный режим введения альтеплазы является наилучшей стратегией тромболитической терапии в настоящий момент для пациентов с ИМ. Схема ускоренного введения альтеплазы (100 мг) при ИМ в течение 6 часов от начала развития симптомов при массе тела более 65 кг следующая: 15 мг альтеплазы болюсно в течение 1–2 мин., затем инфузионно внутривенно 50 мг в течение 30 мин. и затем 35 мг в течение 60 мин. До начала внутривенного введения гепарина 5000 МЕ + внутривенная инфузия гепарина 1000 МЕ/ч в последующие двое суток.

#### АНТИКОАГУЛЯНТЫ

Из соединений, относящихся к данной фармакологической группе, в лечении больных с ОКС применяется главным образом нефракционированный гепарин (НФГ). В отличие от тромболитических средств НФГ вводится не только больным со стойкой элевацией сегмента ST, но и пациентам с другими вариантами ОКС. Основными противопоказаниями к гепаринотерапии являются активное кро-

потечение и заболевания, сопровождающиеся высоким риском его возникновения. Схема введения НФГ больным с ОКС без стойкого подъема сегмента ST: внутривенно – болюс 60–80 ЕД/кг (но не более 5000 ЕД), затем инфузия 12–18 ЕД/кг/ч (но не более 1250 ЕД/кг/ч) в течение 48 часов. Оптимальная скорость введения гепарина определяется по величине активированного частичного тромб-

по времени (АЧТВ). Использование с этой целью времени свертывания крови не рекомендуется. Условием результативности гепаринотерапии считается увеличение АЧТВ в 1,5–2,5 раза по сравнению с нормальным значением этого показателя для лаборатории данного лечебного учреждения. АЧТВ рекомендуется определять через 6 часов после начала инфузии и затем – через 6 часов после каждого изменения скорости введения гепарина. Если при двух последовательных определениях АЧТВ сохраняется в желаемых пределах, следующий анализ может быть выполнен через 24 часа. Определение АЧТВ перед началом гепаринотерапии обязательно.

В случаях ОКС со стойким подъемом сегмента ST при отсутствии противопоказаний гепарин показан всем больным, не получавшим ТЛТ, а также больным, у которых планируется проведение реваскуляризации миокарда. НФГ рекомендуется вводить подкожно по 7500–12500 ЕД 2 раза в день или внутривенно. Рекомендуется продолжительность терапии гепарином при его подкожном введении составляет 3–7 дней. Внутривенный путь введения НФГ является предпочтительным для больных с повышенным риском тромбозомических осложнений (обширный ИМ, передняя локализация ИМ, мерцательная аритмия, тромбозы в анамнезе, документированный тромб в левом желудочке).

Целесообразность применения НФГ в сочетании с ТЛТ оспаривается. Согласно современным представлениям, если тромболитизис проводится неспецифичными фибринолитическими препаратами (стрептокиназа, анистреплаза, урокиназа) на фоне применения ацетилсалициловой кислоты в полной дозе, введение гепарина обязательно. При применении альтеплазы внутривенное введение гепарина считается оправданным. Гепарин вводится внутривенно болюсом 60 ЕД/кг (но не более 4000 ЕД), затем – со скоростью 12 ЕД/кг/ч (но не более 1000 ЕД/кг/ч) в течение 48 часов под контролем АЧТВ, которое должно превышать контрольный уровень в 1,5–2 раза. Начинать гепаринотерапию рекомендуется одновременно с введением альтеплазы. Наличие критериев высокого риска развития тромбозомических осложнений рассматривается, как показание к гепаринотерапии больных, которым проводился тромболитизис, вне зависимости от вида тромболитического препарата.

Низкомолекулярные гепарины (эноксапарин, фраксипарин) обладают рядом преимуществ по сравнению с НФГ: эти препараты имеют большую продолжительность действия и более предсказуемый антикоагулянтный эффект, вводятся подкожно в фиксированной дозе, не требуют применения инфузионного насоса и лабораторного контроля. Результаты исследований FRIC, FRAXIS, TIMI 11B показали, что низкомолекулярные гепарины обладают не меньшей, но и не большей, чем НФГ, способностью снижать риск развития ИМ и смерти у больных с НС и ИМ без зубца Q. Лишь эноксапарин, по данным исследования ESSENCE, сильнее, чем НФГ, уменьшал риск развития суммарных «коронарных событий» (смерть, ИМ, рецидив стенокардии) и частоту экстренных операций реваскуляризации миокарда. Объединенные результаты исследований ESSENCE и TIMI 11B подтвердили клинические преимущества эноксапарина перед НФГ. Длительность лечения больных ОКС низкомолекулярными гепаринами в среднем составляет 5–7 суток. Исследования FRIC, FRAXIS и TIMI 11B показали, что более продолжительное их применение не приводит к дополнительному сниже-

нию частоты «коронарных событий», но увеличивает риск кровотечений. Вместе с тем результаты, полученные в исследованиях TIMI 11B и FRISC II, позволяют предполагать, что увеличение длительности гепаринотерапии может оказаться полезным для пациентов, готовящихся к операции реваскуляризации миокарда.

В последние годы было выполнено 4 крупных исследования (OASIS-2, ASPECT, APRICOT-2, WARIS), результаты которых дают основание полагать, что прогноз больных, перенесших ОКС, может быть существенно улучшен за счет включения в состав комплексной терапии непрямого антикоагулянта варфарина. Продолжительное (от 3 месяцев до 4 лет) применение варфарина (в дополнение к ацетилсалициловой кислоте) способствовало снижению частоты реокклюзий инфаркт-зависимой коронарной артерии у больных ИМ после успешной ТЛТ, уменьшению риска развития ИМ, мозгового инсульта и смерти без достоверного увеличения частоты геморрагических осложнений. Однако широкое применение варфарина во вторичной профилактике ИБС ограничивается необходимостью регулярного контроля антикоагуляционного эффекта по величине международного нормализованного отношения.

#### АНТИАГРЕГАНТЫ

Наиболее широко используемым в клинической практике антиагрегантом является ацетилсалициловая кислота. Препарат показан при всех вариантах ОКС. Его применение отчетливо снижает риск смерти и развития ИМ. Так, по данным исследования ISIS II, в течение 35 суток после развития ИМ по сравнению с группой больных, получавших плацебо, летальность при лечении только ацетилсалициловой кислотой снижалась на 23%.

Весьма перспективной считается концепция комбинированной антиагрегационной терапии, то есть одновременного блокирующего воздействия на различные пути активации тромбоцитов. В исследовании CURE было показано, что лечение больных, перенесших ОКС без подъема сегмента ST, комбинацией ацетилсалициловой кислоты и клопидогреля по сравнению с терапией только ацетилсалициловой кислотой приводит к достоверно более выраженному снижению риска развития сердечно-сосудистых событий при отсутствии разницы по количеству жизнеугрожающих кровотечений.

Наиболее сильным антиагрегационным эффектом обладают блокаторы IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов (абциксимаб, эптифибатид, тирофибан, ламифибан), которые способны блокировать агрегацию тромбоцитов, вызываемую любым физиологическим индуктором. По данным многочисленных исследований (EPICOR, EPISTENT, EPIC, CAPTURE, PRISM-PLUS, PURSUIT, PARAGON и др.), внутривенное введение этих препаратов больным с ОКС без подъема сегмента ST в дополнение к ацетилсалициловой кислоте и НФГ значительно улучшает результаты КБА как в сочетании, так и без сочетания с установкой стента. Абциксимаб был эффективен только у больных, которым проводилась реваскуляризация миокарда, тирофибан и эптифибатид – как при проведении реваскуляризации, так и при медикаментозном лечении. Дополнительное снижение числа неблагоприятных исходов было особенно выраженным при добавлении антагонистов гликопротеиновых рецепторов IIb/IIIa к стандартному антитромботическому лечению у больных с повышенным уровнем сердечных тропонинов. В то же время длительное применение этих препаратов внутрь, по данным исследований OPUS-TIMI и SYMPHONY, не оказывало положительного влияния на результаты лечения больных с ОКС. Основным показанием к применению антагонистов гликопротеиновых рецепторов IIb/IIIa у больных с ОКС является отсутствие стойкого подъема сегмента ST в сочетании с высоким непосредственным риском смерти или развития ИМ при запланированном проведении процедуры реваскуляризации миокарда в ближайшие 24 часа.

Рекомендуемые дозы антагонистов гликопротеиновых рецепторов IIb/IIIa: абциксимаб – внутривенно болюс 0,25 мг/кг с последующей инфузией 0,125 мг/кг/мин в течение 12–24 часов; эптифибатид – внутривенно болюс 180 мг/кг с последующей инфузией 2,0 мг/кг/мин в течение 72–96 часов; тирофибан – внутривенная инфузия 0,4 мг/кг/мин в течение получаса, затем 0,1 мг/кг/мин в течение 48–96 часов.

#### НИТРАТЫ

На начальном этапе лечения больных с ОКС препараты нитроглицерина и изосорбида-динитрата применяются внутривенно. Начальная скорость инфузии составляет 10 мг/мин. Каждые

На семинаре Всероссийского научного общества кардиологов «Диагностика и лечение острого коронарного синдрома. Как лечить больного после перенесенного инфаркта миокарда» с докладами перед участниками семинара выступили руководитель отдела неотложной кардиологии Института кардиологии им. А.Л. Мясникова Росийского кардиологического научно-производственного комплекса Минздравсоцразвития России, профессор, д.м.н. Руда Михаил Яковлевич и руководитель клиники кардиологии ГОУ ВПО «Медицинская академия им. И.М. Сеченова» Росздрава, профессор, д.м.н. Сыркин Абрам Львович.

Научная и клиническая деятельность А.Л. Сыркина в значительной степени посвящена ишемической болезни сердца и, в частности, инфаркту миокарда. Абрамом Львовичем успешно разрабатывались многие актуальные проблемы в данной области кардиологии, в том числе аспекты вариантов клинического течения инфаркта миокарда, его осложнений, терапии сердечной недостаточности, нарушенного сердечного ритма, тромболитической терапии.

Уникальный многолетний опыт работы первого в стране кардиореаниматологического отделения, на протяжении многих лет возглавлявшегося профессором А.Л. Сыркиным, сыграл большую роль в становлении и развитии реанимационной кардиологической службы российского здравоохранения.

## Профессор Абрам СЫРКИН: «В Чувашии – совершенно новые подходы к лечению сердечно-сосудистых заболеваний»

– Абрам Львович, какова тенденция заболеваемости инфарктом миокарда в России?

– Чувашия не исключение. Инфаркт миокарда – это основная причина смерти в стране вообще и в цивилизованных странах. Современный мир со всеми его сложностями, колоссальным нервным напряжением, многими дурными привычками. Это стало касаться все в большей степени и женщин, которым раньше везло. Они в этом отношении раньше отставали от мужчин. Так что то, что мы видим в Чувашии – это общая тенденция.

– В Чувашии многое сделано для оказания медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда. Как это влияет на статистику?

– Это два узловых момента. С одной стороны сердечнососудистый центр обеспечивает лечение по высшему классу и снижает смертность, но не менее важно другое. Ведь все начинается с первого контакта врача с больным. А в случае сердечнососудистых заболеваний первые десятки минут могут в буквальном смысле определить судьбу больного: жизнь или смерть. И это не громкие слова, так оно и есть. Поэтому то, что в Чувашии на догоспи-

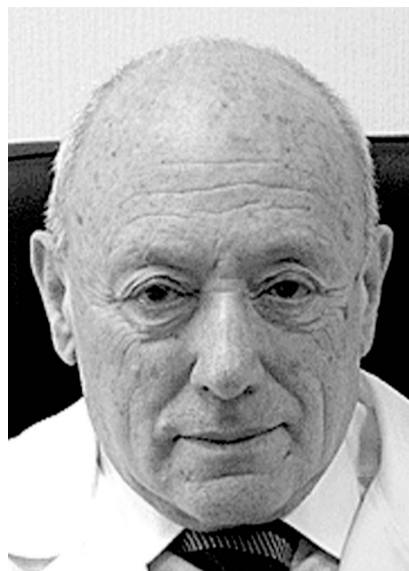
тальном этапе внедряются современные методы лечения – это не менее важно, чем создание любого сердечно-сосудистого центра. Важно и то, и другое.

Не менее важная тема – стабильная стенокардия. Люди годами страдают от этого заболевания. Это ограничивает их возможности и ухудшает качество жизни. И хотя это такая частая и распространенная болезнь постоянно сталкиваешься с ошибками в диагнозе, и недостаточным эффективным лечением.

– Что нового появилось в диагностике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний?

– Появилось очень многое. Если раньше международные рекомендации менялись раз в несколько лет, то сейчас их приходится дополнять буквально каждый год. Потому что, к счастью, кардиология – это та область, которая развивается очень быстро. И в плане диагностики, и в плане возможности лекарственного лечения, и такого, как постановка стентов, операции для установки шунтов. И кардиологи-терапевты, и кардиологи-хирурги буквально каждый год получают что-то новое.

– Как вы оцениваете осна-



щенность учреждений здравоохранения, занимающихся лечением и диагностикой сердечно-сосудистых заболеваний?

– Нам всегда хочется больше. Но надо сказать, что в целом по стране ситуация улучшается и с созданием этих центров, и с продвижением новых лекарств на догоспитальный этап, в руки врачам скорой помощи. Мы, конечно, идем вперед, и перелом уже намечается в смысле снижения смертности от сердечнососудистых заболеваний. Но это очень трудная проблема для всего мира, не только для нас.

– Как известно, не все зависит от врача, многое зависит и от самого пациента? Что вы посоветуете.

– Чтобы не болеть, не надо предаваться вредным привычкам, надо больше работать и меньше завидовать. Что касается лечебной стороны, то очень важно при первых симптомах обращаться к врачу. Нам привозят больных инфарктом миокарда, которые по несколько часов пытались домашними средствами что-то решить, до того как догадаться вызвать скорую помощь. Надеяться, а вдруг пройдет... А за это время можно умереть. Поэтому мы

учим, особенно тех, у кого уже был инфаркт миокарда, будьте грамотными, знайте первые симптомы, обращайтесь сразу!

– Инфаркт сегодня уже не приговор?

– Инфаркт никогда приговором не был, но он до сих пор остается болезнью с очень высокой смертностью. Причем самое обидное то, что большинство тех, кто умирает, умирает, еще не увидев врача, иногда его не вызвав и не дождавшись. А тех, кто умирает в первые часы, легче всего спасти, если вовремя вмешаться.

– Что Вы посоветуете пациентам, нуждающимся в послеинфарктной реабилитации?

– Во-первых, необходимо принимать большее количество лекарств. Современная кардиология лечит хорошо, но она лечит большим количеством лекарств. И говорить, что это химия – не стоит. Нет ничего страшнее самой болезни, а лекарства призваны заставить ее отступить. 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.

В нашем Первом московском государственном медицинском университете мы организовали отделение реабилитации. С тех пор я вижу, что после физических нагрузок у людей начинается другая жизнь.

– Ваши пожелания Чувашии в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

– По-моему за последние годы в Чувашии наметились совершенно новые подходы к лечению сердечнососудистых заболеваний. Необходимо их развивать, и, в частности, догоспитальный этап, увеличение возможностей для врачей скорой помощи, и даже для фельдшеров скорой помощи. Они сейчас могут очень многое, им только надо дать для этого материальные и технические возможности.

Беседовала Е. Антипова.

3–5 мин скорость введения увеличивают на 10 мкг/мин. Выбор скорости инфузии и темпа ее увеличения определяется изменениями выраженности болевого синдрома и уровня артериального давления (АД). Не рекомендуется снижать систолическое АД более чем на 15% от исходного при нормотензии и на 25% при гипертензии. При достижении желаемого эффекта скорость инфузии стабилизируется, а затем постепенно снижается. В случае избыточного снижения АД продолжительность введения препаратов на каждой ступени дозирования и интервалы между ними увеличиваются. Помимо снижения АД, к наиболее частым побочным эффектам, препятствующим проведению эффективной антиангинальной терапии, относится головная боль. После завершения внутривенного введения препараты органических нитратов (предпочтительно производные изосорбида–динитрата или изосорбида–5–мононитрата) назначаются внутрь по асимметричной схеме с обеспечением «безнитратного» интервала.

### В–АДРЕНОБЛОКАТОРЫ

Препараты этой группы рекомендуются применять у всех больных с ОКС при отсутствии противопоказаний, к которым относятся бронхиальная астма, тяжелая обструктивная дыхательная недостаточность, брадикардия в покое менее 50 ударов в минуту, синдром слабости синусового узла, атриовентрикулярная блокада II–III степени, хроническая сердечная недостаточность IV функционального класса, выраженная артериальная гипотензия. Начинать лечение предпочтительно с внутривенного введения б–адреноблокаторов при постоянном мониторинге ЭКГ. После внутривенного введения рекомендуется продолжить лечение б–адреноблокаторами путем приема внутрь. По данным мета-анализа выполненных к настоящему времени исследований, продолжительное лечение б–адреноблокаторами больных, перенесших ИМ с зубцом Q, позволяет уменьшить смертность на 20%, риск внезапной смерти на 34% и частоту нефатального ИМ на 27%. Наиболее эффективными и безопасными считаются б1–селективные соединения без собственной симпатомиметической активности. Индивидуальная доза б–адреноблокаторов подбирается с учетом частоты сердечных сокра-

щений, целевое значение которой составляет 50–60 ударов в мин.

### АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ

Производные дигидропиридина, бензодиазепина и фенилалкиламина, наиболее широко применяемыми представителями которых являются препараты первого поколения – соответственно нифедипин, дилтиазем и верапамил, различаются по выраженности вазодилатирующего действия, отрицательного инотропного и отрицательного дромотропного эффектов. Мета-анализы результатов рандомизированных исследований выявили дозозависимое негативное влияние нифедипина короткого действия на риск смерти больных с ИМ и ИМ. В связи с этим короткодействующие производные дигидропиридина не рекомендуются для лечения больных с ОКС. В то же время, по данным некоторых исследований, продолжительное применение дилтиазема (MDPIT, DRS) и верапамила (DAVIT II) препятствует развитию повторного ИМ и смерти у больных, перенесших ИМ без зубца Q. У больных с ОКС дилтиазем и верапамил применяются в случаях, когда имеются противопоказания к применению б–адреноблокаторов (например, обструктивный бронхит), но при отсутствии дисфункции левого желудочка и нарушений атриовентрикулярной проводимости. Рекомендуемые дозы препаратов составляют 180–360 мг/сут.

### ИНГИБИТОРЫ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА

Положительное влияние ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) на выживаемость больных, перенесших ИМ (в особенности осложненный застойной сердечной недостаточностью), доказана в ряде контролируемых исследований – GISSI-3, ISIS-4, AIRE, SAVE, TRACE и др. Обширный ИМ с патологическим зубцом Q является показанием к применению ингибиторов АПФ даже при отсутствии клинических и эхокардиографических признаков дисфункции левого желудочка. Чем раньше начинается лечение ингибиторами АПФ, тем сильнее выражено их тормозящее влияние на процесс постинфарктного ремоделирования сердца. С другой стороны, как показали результаты исследования CONSENSUS II, которое было

прервано досрочно в связи с тем, что смертность в группе больных, получавших эналаприл, превысила смертность больных контрольной группы, ингибиторы АПФ должны применяться в терапии больных ИМ с большой осторожностью. По возможности, терапию следует начинать после стабилизации гемодинамики в первые 48 часов от момента развития ИМ. Рекомендуются следующие начальные дозы препаратов: каптоприл – 25 мг/сут, эналаприл и лизиноприл – 2,5 мг/сут, периндоприл – 2 мг/сут. Увеличение дозы должно проводиться постепенно под контролем АД и функции почек. При достижении оптимальной дозы терапия должна продолжаться в течение многих лет.

### НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Коронарная баллонная ангиопластика (КБА) или коронарное шунтирование (КШ) выполняются больным с рецидивирующей ишемией миокарда для предотвращения ИМ и смерти. Выбор метода реваскуляризации миокарда зависит от степени, протяженности и локализации стеноза коронарной артерии, количества пораженных сосудов, которые определяются по результатам ангиографии. Операция АКШ при ИМ и в остром периоде ИМ сопряжена с повышенным риском операционной летальности. Данная методика реваскуляризации миокарда оправдана при поражении ствола левой коронарной артерии или многососудистом поражении. У больных с поражением одного, реже двух сосудов реваскуляризация миокарда обычно достигается путем КБА.

Как указывалось выше, улучшение результатов КБА, а также процедуры стентирования коронарной артерии (исследование EPISTENT) может быть достигнуто с помощью блокаторов IIb/IIIa рецепторов. КБА все более широко применяется при лечении больных с элевацией сегмента ST вместо ТЛТ. Это позволяет не только получить дополнительное снижение летальности, но и значительно уменьшить риск осложнений, обусловленных медикаментозным воздействием на свертывающую систему крови.

### ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОКС

Предварительный диагноз устанавливается на основании жалоб больно-

го. Следует подчеркнуть, что отсутствие патологических изменений на ЭКГ не исключает ОКС. При подозрении на связь болей в грудной клетке с острой коронарной недостаточностью больной должен быть срочно госпитализирован – по возможности, в специализированное отделение (палату) интенсивного наблюдения и терапии, где выполняются необходимые диагностические исследования.

Первыми медикаментозными средствами, которые следует применить при подозрении на ОКС, являются ацетилсалициловая кислота – 325 мг внутрь (для ускорения всасывания таблетку следует разжевать) и нитроглицерин – 0,5 мг под язык (при необходимости возможен прием до 3 таблеток с интервалом 5 мин). Больные со стойкой элевацией сегмента ST или появлением блокады левой ножки пучка Гиса получают ТЛТ или подвергаются первичной КБА. Больные с депрессией сегмента ST, инверсией зубца T или отсутствием изменений ЭКГ получают гепаринотерапию, б–адреноблокаторы, при сохранении болевого синдрома – нитраты внутривенно. В случаях непереносимости б–адреноблокаторов или наличия противопоказаний к их применению назначаются антагонисты кальция. Всем больным обеспечивается многоканальное мониторирование ЭКГ. После получения дополнительной информации (результаты клинического наблюдения, данные ЭКГ в динамике, анализ содержания сердечных тропонина, КФК и МВ–КФК в крови) проводятся уточнение диагноза и оценка риска негативного развития событий, на основании чего принимаются дальнейшие тактические решения. Больным, у которых развился ИМ, но в остром периоде не была выполнена КБА, перед выпиской из стационара проводится проба с физической нагрузкой для определения прогноза и показаний к хирургическому лечению.

Больным с высоким непосредственным риском развития ИМ и смерти, при возможности, следует начать введение блокаторов IIb/IIIa рецепторов, выполнить коронарографию, КБА и продолжить терапию блокаторами IIb/IIIa рецепторов. В случаях, когда введение препаратов данной группы и выполнение про-

цедуры реваскуляризации миокарда невозможно, осуществляется гепаринотерапия (НФГ или низкомолекулярные гепарины) в сочетании с ацетилсалициловой кислотой, б–адреноблокаторами и при необходимости нитратами внутривенно. После стабилизации состояния данной категории больных показано проведение пробы с физической нагрузкой для определения прогноза и показаний к КБА или КШ. Лечение больных с низким риском развития ИМ и смерти включает прием внутрь ацетилсалициловой кислоты, б–адреноблокаторов или антагонистов кальция и нитратов. При отсутствии изменений ЭКГ и повышении содержания в крови биохимических маркеров некроза миокарда по результатам двух определений введение НФГ или низкомолекулярных гепаринов может быть прекращено. Спустя 5–7 дней больным данной категории показано выполнение пробы с физической нагрузкой для уточнения диагноза ИБС, прогноза и дальнейшей тактики лечения.

Большая часть неблагоприятных событий приходится на первые месяцы после развития ОКС. В лечении больных, перенесших ОКС, помимо средств непосредственного воздействия на коронарное кровообращение, необходимо проведение мероприятий, направленных на ослабление действия модифицируемых факторов риска прогрессирования ИБС. Больные должны прекратить курение. В случаях, когда применение б–адреноблокаторов или антагонистов кальция и ингибиторов АПФ в среднетерапевтических дозах не позволяет скорректировать повышенное АД, следует увеличить дозы применяемых препаратов или назначить дополнительно антигипертензивные лекарственные средства. Больные должны соблюдать гиполлипидемическую диету. Статины, согласно современным представлениям, показаны больным, перенесшим ОКС, даже при отсутствии повышения содержания в крови холестерина атерогенных липопротеидов низкой плотности. Все более веские подтверждения получает идея применения статинов с первых суток заболевания.

Материал подготовлен Т. Ю. Винокур, главным внештатным кардиологом Минздравсоцразвития ЧР.

# ВИРТУАЛЬНАЯ ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ

Новая услуга для жителей Чувашии появилась благодаря медицинскому portalу «Здоровая Чувашия» – побывать в «школе здоровья» отныне можно не выходя из дома. На главной странице портала нужно найти соответствующую рубрику, и войдя в нее, выбрать для себя одну из подрубрик, а затем найти подходящую тему ([www.med.cap.ru/Page](http://www.med.cap.ru/Page)).



В 2010 году работало свыше 1200 школ по 49 направлениям, обучение в них прошли около 200 тысяч человек. Программа школ делится на программы для здоровых и для пациентов. В первую группу входят «школы» для беременных и будущих отцов, для молодых матерей, по планированию семьи, по грудному вскармливанию, по воспитанию здорового ребенка, по репродуктивному здоровью женщин и по поддержке женщин климактерического периода (старше 40 лет), по основам мужского здоровья. Также в этой группе – «школы» здорового питания, активного долголетия, гигиены полости рта, коррекции осанки и речи, профилактике плоскостопия, а также отказа от вредных привычек и преодоления табачной зависимости.

Во второй группе – «школы» для пациентов, которые относятся к группам риска по определенным заболеваниям или уже по-настоящему болеют различными заболеваниями всех систем и органов че-

ловека, также здесь помогают часто болеющим детям, хроническим профбольшим, больным серьезными социальными болезнями. Эти «школы» ориентированы на оказание квалифицированной медицинской и психологической помощи пациентам, формирование у населения мотивации на более внимательное отношение к своему самочувствию, на желание вовремя обращаться за помощью к врачу-специалисту.

Курируют все «школы» главные внештатные специалисты Минздравсоцразвития Чувашии, цикл обучения составляет 4-8 занятий, продолжительностью один час – за это время пациенты обучаются основам здорового образа жизни, методам профилактики заболеваний и их осложнений, правилам самоконтроля и психокоррекции.

Отныне ко всем этим познаниям появился виртуальный доступ не только у всех жителей Чувашии, но и практически у любого из пользователей Рунета.

## Дифференцированная оплата труда

4 июля в ГKB № 1 доктор экономических наук, профессор кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования факультета управления и экономики здравоохранения Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова Нина Шамшурина провела семинар по теме «Применение индикаторов эффективности в новой системе дифференцированной оплаты труда» для бухгалтеров, экономистов и юристов учреждений здравоохранения г. Чебоксары. Цель внедрения системы дифференцированной оплаты труда в зависимости от объема и качества медицинской помощи – улучшение качества медицинского обслуживания населения за счет повышения эффективности деятельности медицинского персонала и лечебного учреждения в целом.

## Отработка практических навыков травматологов-ортопедов

С 5 по 8 июля в Федеральном центре травматологии, ортопедии и эндопротезирования прошел обучающий цикл «Школа остеосинтеза», базовый уровень. На цикл был приглашен доктор медицинских наук, профессор кафедры травматологии – ортопедии российского государственного университета дружбы народов Сергей Васильевич.

Практическая часть по накостному и внутрикостному остеосинтезу длинных трубчатых костей проводится на базе травматологического отделения Республиканской клинической больницы. Теоретическая, лекционная, часть по основам остеосинтеза, показаниям, ошибкам и осложнениям будет проходить на базе Федерального центра.

## Профилактика синдрома эмоционального выгорания у медработников

8 июля для врачей и среднего медицинского персонала Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями проведены психологические тренинги для профилактики синдрома эмоционального выгорания. Специалисты, оказывающие помощь людям, живущим с ВИЧ, должны владеть навыками перехода в позитивное состояние внутренней и внешней гармонии. Поэтому будут в дальнейшем разрабатываться и внедряться тренинговые программы, направленные на профилактику и преодоление проявлений синдрома.

# ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ ДОКАЗЫВАЮТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Представители Минздравсоцразвития России проверили деятельность центров здоровья в учреждениях здравоохранения

Проверка осуществлялась в период с 29 июня по 1 июля в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России «Об организации работы по контролю за соблюдением субъектами Российской Федерации условий предоставления субсидий в целях реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» комиссией в составе представителей Департамента организации медицинской профилактики, медицинской помощи и развития здравоохранения Минздравсоцразвития России, Центра профилактической медицины (г. Москва), а также управлений Роспотребнадзора и Росздравнадзора по Чувашской Республике.

Проведена работа по контролю за соблюдением условий Со-

глашения между Минздравсоцразвития России и Правительством Чувашии о софинансировании в 2011 году расходных обязательств Чувашской Республики, связанных с реализацией мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения России, включая сокращение потребления алкоголя и табака:

- наличие республиканской программы по формированию здорового образа жизни; целевых показателей деятельности центров здоровья;
- обеспечение подготовки и переподготовки медицинских кадров, в том числе по специальности «офтальмология», для учреждений здравоохранения;
- выделение в центрах здоровья помещений для организации

офтальмологических кабинетов, работа которых будет направлена на профилактику глаукомы и катаракты.

В ходе проверки комиссия посетила центры здоровья при Республиканском центре восстановительной медицины и реабилитации Минздравсоцразвития Чувашии, Городской клинической больницы № 1 и Городской больницы № 5 г. Чебоксары.

Результаты проверки показали, что проведенная Чувашской Республикой работа соответствует обозначенным в Соглашении требованиям. С 2010 года действует республиканская целевая программа «Формирование здорового образа жизни у населения Чувашской Республики (2010 – 2012 годы)», Программой модернизации здравоохранения Чуваш-

ской Республики на 2011-2012 годы предусмотрено развитие профилактического направления в здравоохранении, разработана и утверждена вся необходимая для организации деятельности центров здоровья нормативная правовая база. Выделенные помещения в центрах здоровья для организации офтальмологических кабинетов соответствуют санитарно-эпидемиологическим требованиям.

В связи с чем, принято решение рекомендовать выделение республиканскому бюджету Чувашской Республики субсидий из федерального бюджета в размере 1 млн 633 тыс. рублей для реализации мероприятий по организации деятельности центров здоровья при выполнении рекомендаций комиссии.

## Справка «Медицинского вестника»

В Чувашии последовательно осуществляется работа по сохранению здоровья населения и формированию у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих детей. Система мероприятий реализуется в рамках целевой программы «Формирование здорового образа жизни у населения Чувашской Республики (2010-2012 годы)», в результате чего:

– увеличилась доля населения, регулярно занимающегося оздоровлением посредством физических нагрузок на 1,8% и составила в 2010 г. 27,3% (в 2009 г. – 25,5%);

– снизилась доля курящего населения на 1,2%, составив в 2010 г. 36,3% (в 2009 г. – 37,5%);

– снизился уровень первичной заболеваемости алкоголизмом на 6,3% и составил в 2010 г. 112,3 на 100 тыс. населения (в 2009 г. – 119,9).

В республике работают 4 центра здоровья для взрослых и 2 центра – для детей.

За 2010 год в центры здоровья обратилось 57365 человек; из них детей – 5421.

# Республиканская целевая программа «Здоровое питание (2011- 2020 годы)»

**Правительством республики был утвержден проект республиканской целевой программы «Здоровое питание (2011 - 2020 годы)», разработанный Минздравсоцразвитием Чувашии в целях реализации государственной политики, направленной на формирование, сохранение и укрепление здоровья человека.**

Ее необходимость обусловлена осуществлением дополнительных мер по стабилизации основных показателей здоровья жителей, снижению социально-экономических потерь общества от временной и стойкой утраты трудоспособности, преждевременной смертности населения.

Современное питание характеризуется дисбалансом содержания основных составляющих (белков, жиров, углеводов), недостатком витаминов и микроэлементов, что является основным фактором риска развития многих заболеваний.

По данным Всемирной организации здравоохранения, неправильное и несбалансированное питание является одной из ведущих причин в развитии заболеваний сердечно-сосудистой и эндокринной систем, онкологических процессов, а также заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Среди заболеваний, в развитии которых большую роль играет питание, основными являются нейropsychиатрические расстройства. Доля несбалансированного питания как фоновых факторов в их развитии составляет 51,1%. Так, однообразное, преимущественно углеводистое питание, способствует развитию депрессивных расстройств и склонности к возникновению алкогольной зависимости (исследования университета Лома Линда, штат Калифорния, США).

Дефицит белка, в частности, способствует развитию иммунодефицитных состояний, что, в свою очередь, является причиной развития респираторных заболеваний (исследования учреждения «Научно-исследовательский институт питания Российской академии медицинских наук»).

Утвержденной программой запланиро-

вано:

расширение отечественного производства основных видов продовольственного сырья, отвечающего современным требованиям качества и безопасности;

совершенствование системы питания в организованных коллективах;

обеспечение полноценным питанием беременных и кормящих женщин, детей в возрасте до трех лет;

разработка образовательных программ для различных групп населения и повышение профессионального уровня специалистов, работающих в области медицины и образования, по вопросам здорового питания.

Мероприятия Программы распределены по девяти направлениям:

расширение отечественного производства основных видов продовольственного сырья, отвечающего современным требованиям качества и безопасности (организация производства экологически безопасной сельскохозяйственной продукции на основе внедрения биологического земледелия);

формирование реестра товаропроизводителей сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия Чувашской Республики - поставщиков экологически безопасных продуктов питания для государственных и муниципальных нужд);

развитие производства пищевых продуктов, обогащенных витаминами и микроэлементами (развитие производства продуктов питания массового потребления, обогащенных витаминами и минеральными веществами (хлебобулочных и кондитерских изделий, молока и молочных продуктов, витаминизированных напитков); организация производства чистой природной минеральной воды как источника микроэлементного баланса; проведение мониторинга состояния производства и обеспеченности рынка продовольственных товаров лечебно-профилактического действия, обогащенных витаминами и минеральными веществами);

усиление государственного контроля за качеством сырья и готовой продукции на стадиях производства, транспортировки, хранения и сбыта (внедрение и сертификация систем контроля качества на предприятиях пищевой и перерабатывающей промышленности и организаций агропромышленного комплекса Чувашской Республики на базе международных стандартов; осуществление надзора за качеством и безопасностью продовольственного сырья и пищевых продуктов на стадиях производства, транспортировки, хранения и реализации);

организация сбалансированного питания детей в организованных группах (в образовательных учреждениях, учреждениях социального обслуживания семьи и детей, учреждениях отдыха и оздо-

рвления детей) (внедрение в образовательных учреждениях новых методик организации питания с привлечением комбинатов школьного питания; реализация в общеобразовательных учреждениях экспериментальных проектов по введению 2-кратного горячего питания для учащихся 5-7 классов; установка в школьных столовых и пищеблоках дошкольных образовательных учреждений фильтров глубокой очистки на входе забора питьевой воды; модернизация и техническое переоснащение пищеблоков и обеденных залов школьных столовых и пищеблоков дошкольных учреждений);

совершенствование диетического (лечебного и профилактического) питания в учреждениях здравоохранения (обеспечение учреждений здравоохранения специализированными белковыми смесями для оптимизации рационов питания по легкоусвояемому белку, а также смесями для энтерального питания и препаратами для парентерального питания);

обеспечение полноценным питанием беременных и кормящих женщин, а также детей в возрасте до 3 лет (обеспечение беременных женщин по показателям витаминами и микроэлементами; организация специализированных кабинетов при женских консультациях, родильных домах, детских поликлиниках для обучения беременных женщин и кормящих матерей основам грудного вскармливания и питания детей раннего возраста; обеспечение дополнительным питанием беременных и кормящих женщин в акушерских стационарах; разработка механизма обеспечения продуктами для искусственного вскармливания детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, до достижения возраста 1 года; обеспечение специализированными питательными смесями детей, находящихся в домах ребенка);

разработка образовательных программ для различных групп населения по вопросам здорового питания и усиление пропаганды здорового питания населения;

повышение профессионально-квалификационного уровня подготовки кадров по вопросам здорового питания (обучение врачей-диетологов, нутрициологов, врачей общей практики по вопросам рационального питания на курсах усовершенствования врачей; включение в программу курсов повышения квалификации педагогических работников, работников предприятий общественного питания и торговли вопросов здорового питания);

мониторинг состояния питания и здоровья населения (изучение уровня информированности населения и медицинских работников в вопросах здорового питания и пищевых привычек путем анкетирования; развитие системы мониторинга питания школьников; проведение мониторинга распространения алиментарно-зависимых заболеваний и заболеваний, свидетельствующих о дефиците минеральных веществ и витаминов, среди детского населения, подростков и беременных женщин).

В результате к 2020 году ожидается: рост: производства продуктов, обогащенных витаминами, микроэлементами и другими биологически активными веществами; производства чистой минеральной воды; снижение первичной заболеваемости диффузным эндемическим зобом. Общий экономический эффект предполагается получить от предотвращения хронических неинфекционных заболеваний, увеличения продолжительности активной жизни, снижения количества дней временной нетрудоспособности, инвалидизации и смертности.

**Комментарий главного диетолога Минздравсоцразвития Чувашии Алины СТЕПАНОВОЙ:**

*«Здоровье, как и жизнь — личное богатство. Как распорядится им человек, зависит лишь от его желания, знаний и умений. Всем известно, что здоровье современного человека зависит на 20% — от наследственных факторов, на 20% оно определяется экологическими факторами и лишь на 10% -15% — деятельностью системы здравоохранения. А 50% — это образ жизни человека, в котором питание играет огромную роль.*

*Здоровое питание является одним из основных критериев формирования здорового образа жизни, непременным условием повышения ее качества, долголетия, а в более широком смысле — залогом национального благополучия и плодотворного развития общества. Эти положения основаны на том, что пища, оптимальная по составу макро- и микронутриентов, способствует не только формированию физического здоровья и профилактике заболеваний, но и развитию гармоничной личности, способной на высоком уровне выполнять функции, возложенные на нее обществом и государством.*

*Уже доказано, что здоровое питание является мощным протективным фактором развития сердечно-сосудистых заболеваний, занимающих лидирующие позиции в структуре основных причин смертности населения развитых стран мира, онкологических заболеваний и многих других.*

*С другой стороны, здоровое питание является основным катализатором развития интеллектуального потенциала нации, поскольку употребление необходимого количества полноценного белка, витаминов, пробиотических субстанций абсолютно необходимо для адекватного психоинтеллектуального развития ребенка, а также поддержания высокого уровня интеллектуального функционирования во взрослом возрасте и у пожилых людей.*

*Питание оказывает существенное влияние на состояние сопротивляемости человека: алиментарная недостаточность снижает способность организма производить специфические антитела, нарушает целостность тканей, замедляет процесс заживления ран и образование коллагена, влияет на функции эндокринных желез. Пищевой рацион оказывает влияние на тяжесть инфекционного заболевания в 50% случаев. Более того, при воздействии стресса любого происхождения в организме значительно повышается потребность в питательных веществах, прежде всего в белках животного происхождения, витаминах и минеральных веществах, пищевых волокнах.*

*Современное питание характеризуется дисбалансом содержания основных составляющих (белков, жиров, углеводов). Проведенные в Чувашской Республике эпидемиологические исследования выявили низкий уровень потребления белка, повышенное потребление сахара при недостатке в рационе овощей и фруктов, дефицит которых составил 44,4 процента. Соотношение питательных веществ нарушено в сторону увеличения потребления углеводов в 1,5-2 раза.*

*В настоящее время у большинства россиян крайне, практически до минимально возможного уровня, снижены энергозатраты, что сопровождается столь же резким снижением и потребностью в энергии, а значит и в пище, как ее единственным источнике.*

*В этой связи одной из основных задач, определяемых концепцией здорового питания населения Российской Федерации, является разработка республиканской целевой программы «Здоровое питание (2011 - 2020 годы)».*



## Спартакиада – отличный пример пропаганды здорового образа жизни

9 июля команда Минздравсоцразвития Чувашии приняла участие в летнем этапе X физкультурно-спортивной Спартакиады работников органов государственной власти и местного самоуправления Чувашской Республики, прошедшем на Девичьей поляне села Комсомольское.

Соревнования включали в себя комбинированную эстафету, полуфинальные и финальные игры по мини-футболу, перетягивание каната, а также мини-гольф.

Выступив в комбинированной эстафете, команда Минздравсоцразвития Чувашии заняла 6 место и 5 место по перетягиванию каната.

Команда министерства уверена, что спартакиада – отличный пример пропаганды здорового образа жизни. Такие спортивные мероприятия – действенное средство для поддержания хорошей физической формы. «Прекрасно, что сегодня традиция возрождается, и медики сами подают пример правильного отношения к здоровью, – отметил заместитель министра здравоохранения и социального развития Чувашской Республики Алексей Федоров. – Уверен, нашему примеру последуют многие – ведь нет ничего лучше, чем после работы или в выходной день встретиться на спортплощадке, провести несколько часов в захватывающем спортивном поединке, прибавив себе сил и здоровья».



### Память

## История военно-санитарной службы Чувашии



Вышла в свет монография под названием «Военно-санитарная служба Чувашии». Ее автор – сотрудник ГОУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохране-

ния и социального развития Чувашской Республики, профессор Г.А. Алексеев. Рецензент – доктор медицинских наук, профессор Н.Г. Григорьев. В монографии объемом в 312 страниц на основе археологических материалов, архивных документов и печатных изданий освещена организация медицинской помощи раненым и больным в военных госпиталях на территории Чувашии с XIII по XX вв.

Издание подробно рассказывает о возникновении военно-санитарной службы в эпоху существования Волжской Булгарии, ее возрождении в период Московского государства. Уже в XVI-XVII веках в городах Свияжск, Алатырь, Чебоксары, Цивильск, Ядрин впервые появились медицинские пункты-лазареты, служившие местом попечения раненых, офицеров-инвалидов. Определенный интерес вызовут сведения о Приказе общественного призрения, по которому координировались все вопросы медико-санитарного дела в стране с 1775 по 1860 гг., о хирургическом и лекарственном лечении раненых и больных в период Отечественной войны 1812 года, русско-турецкой, русско-

японской, первой мировой войн.

Значительная часть страниц издания посвящена военно-санитарной службе в период Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. «Медицинские работники республики, – пишет автор, – сделали все зависящее для того, чтобы не только обеспечить спасение жизни раненых бойцов и командиров, но и добиться их быстрейшего возвращения в строй или на производство» (стр. 92). В первый же год войны на территории Чувашской Республики было развернуто и оснащено 18 эвакуационных госпиталей. Для встречи санитарных поездов на станциях Алатырь, Цивильск, Канаш и Чебоксары созданы сортировочно-эвакуационные пункты, откуда больные и раненые доставлялись в госпитали. Огромную роль в восстановлении здоровья раненых сыграли доноры Чувашии. В районах республики было организовано 16 пунктов переливания крови, где люди добровольно сдавали кровь. В Чебоксарах действовала городская станция переливания крови.

**По материалам Государственной книжной палаты**

### Судьба

## Жизнь посвятила медицине

90 лет исполнилось вдове участника Великой Отечественной войны Никитиной Александре Андреевне, проработавшей более 30 лет медицинской сестрой терапевтического отделения Ядринской ЦРБ.

Несмотря на свой солидный возраст, Александра Андреевна, проживающая в Ядрине, сохраняет активность, ясность ума, всячески старается поддерживать своих правнуков. Родилась она в мае 1921 года в селе Никольское. В 1940 году окончила Ядринское педагогическое училище и поехала работать в Читинскую область в начальную школу села Александровка. Вышла замуж за военного фельдшера Никитина Петра Ивановича. Он участвовал в боевых действиях против Японии. Некоторое время семья жила на Квантунском по-

луострове. Затем мужа перевели на Дальний Восток.

Вскоре по болезни его комиссовали из рядов Вооруженных Сил. Пришлось семье с двумя детьми вернуться на родину в родительский дом жены.

По совету мужа Александра Андреевна прошла обучение на двухгодичных курсах медицинских сестер. Затем более 30 лет проработала медицинской сестрой в терапевтическом отделении Ядринской ЦРБ. Выйдя на заслуженный отдых, еще 6 лет была диспетчером «Скорой помощи».

В свободное время Александра Андреевна занимается вышивкой, читает книги. Когда жила в аварийном доме по улице Садовая, занималась цветоводством. Как вдова участника Великой Отечественной войны в прошлом году

переехала в благоустроенную однокомнатную квартиру. Внучка с мужем помогли сделать капитальный ремонт, закупили новую мебель. Очень радуется новому жилью Александра Андреевна, благодарит правительство страны за оказанное внимание фронтовикам и вдовам участников войны. А на вопрос о своем долголетии просто отвечает: «Нужно всегда трудиться. Когда человек занят делом, ему некогда думать о своих болячках. Об этом любой медицинский работник скажет. И еще нужно всегда заботиться о родных и близких, чтобы в старости не было одиноко».

По случаю 90-летнего юбилея ее тепло поздравили дочь, внуки, зятя, правнуки и праправнук, пожелали долгого здоровья, долгих лет жизни.

**А. ДАНИЛОВ.**

### Благодарность

Выражаем благодарность хирургу МУЗ «Урмарская ЦРБ» Иванову Владимиру Геннадьевичу, который поставил за короткое время на ноги после тяжелой травмы Шакова В.В. Побольше бы таких чутких, ответственных, грамотных и внимательных врачей.

**С большим уважением, семьи Федоровых и Шаковых.**

### Поздравляем!

#### Поздравляем с грамотой!

В МБУЗ «Городская детская больница №1» состоялось торжественное событие – Почетной грамотой Государственного совета Чувашской Республики за многолетний и добросовестный труд награждена участковый врач-педиатр педиатрического участка №5 Калева Наталья Валентиновна. Управление здравоохранения и социальной политики администрации города Чебоксары поздравляет Наталью Валентиновну с заслуженной наградой и желает ей дальнейших успехов в работе.



#### На заслуженный отдых



Коллектив Городской стоматологической поликлиники проводил на заслуженный отдых известнейших в среде стоматологов не только Чувашской Республики, но и России, достойнейших и глубоководных сотрудников: Галину Михайловну Афиногенову и Зинаиду Леонтьевну Михайлову – бессменных руководителей поликлиник №4 и №2. «Наши аскакалы», как сердечно называет их главный врач В.Н. Викторов, стояли у истоков развития стоматологии республики и города Чебоксары, с нуля, в сложнейших условиях строили свои поликлиники, тщательно подбিরали и спланировали коллективы, терпеливо и требовательно обучали молодежь...Сегодня поликлиники №2 и №4 – мощные структурные подразделения Городской стоматологической поликлиники, прекрасно оснащенные, с надежными кадрами и перспективами развития. Собравшись на утренней планёрке, коллеги-руководители структурных подразделений Городской стоматологии сердечно благодарили Галину Михайловну и Зинаиду Леонтьевну за самоотверженный труд, преданность делу, прекрасное отношение к пациентам и коллегам.

#### С днем рождения!

Коллектив Управления Роспотребнадзора по Чувашской Республике сердечно поздравляет Маркелову Веру Ивановну с 90-летием со дня рождения.

Она проработала в госсанэпидслужбе более полувека, из них 41 год – врачом-эпидемиологом. За успехи в области охраны здоровья населения Вера Ивановна награждена орденом Трудового Красного Знамени, значком «Отличник здравоохранения СССР», удостоена почетного звания заслуженного врача Чувашской АССР.

Вера Ивановна, примите от нас самые теплые поздравления. Желаем Вам долгих лет жизни, бодрости, счастья, всего того, что называется добром. Не забывайте свой коллектив, мы всегда рады Вас видеть.

**Н.Ф.Луговская,**  
руководитель Управления Роспотребнадзора по Чувашской Республике

#### 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 29.07.2011 г.  
Тираж 1200 экз.  
Заказ №22/2011-08.  
Отпечатано в типографии ИП Сорокина А.В., ул.М.Павлова, 50/1.