

Aliis inserviendo consumidor ♦ Служа другим, стараю сам МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК

Выходит с января 1995 года

№ 8 (265) 29 августа 2009 г.

• СОБЫТИЯ И ФАКТЫ • СОБЫТИЯ И ФАКТЫ • СОБЫТИЯ И ФАКТЫ

МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ – В ПРИОРИТЕТЕ

14 августа в рамках празднования Дня города состоялось торжественное открытие Центра мужского здоровья. Новое отделение МУЗ «Городская клиническая больница № 1» расположилось в самом центре Чебоксар – на пр. Ленина, д.1.

публики Чувашия, доцент медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии ЧГУ; Павлов Дмитрий Валерьевич – главный уролог-андролог г.Чебоксары, заведующий урологическим отделением МУЗ «Городская клиническая больница №1» и Курор-

доступность урологической помощи городским жителям, качество специализированной медицинской помощи, увеличить объемы профилактической помощи населению и осуществлять раннюю диагностику заболеваний мочеполовой системы. Обратившись в



На открытии главный врач МУЗ «Городская клиническая больница №1» Воропаева Лидия Александровна ознакомила гостей с организацией работы кабинета мужского здоровья и продемонстрировала рабочие места медицинского персонала.

Мощность Центра составляет 45 посещений в смену. На площади 150 кв.м. разместились холл с гардеробом, регистратура, кабинет врача, смотровой кабинет с подразделением для проведения лабораторной экспресс-диагностики, кабинет для забора крови и проведения функциональных исследований: регистрация ЭКГ, УЗИ-исследование.

Прием ведут Газымов Минвалей Мингалеевич – главный уролог Рес-

кина Инна Вячеславовна – врач-эндокринолог-андролог.

В Центре будет проводиться скрининг состояния здоровья мужчин в целом, а не только мочеполовой системы, детородной функции. Именно для этого здесь задействованы высококвалифицированные специалисты разных направлений: урологи, андрологи, эндокринологи, кардиологи, терапевты, невропатологи, психологи, диетологи, а также комплекс аппаратов «Санос».

Открытие Центра позволит повысить



центр, мужчины смогут почувствовать заботу о себе, не тратя времени в очередях, «не бегая» из одной больницы в другую.

Записаться на прием к специалисту можно по телефону (8352) 23-58-64 или через Интернет, отправив заявку по e-mail glvr@gkb1.org.

В НОМЕРЕ:

ЗАСЛУЖЕННЫЕ НАГРАДЫ

14 августа Николай Федоров вручил государственные награды Чувашии чебоксарцам, представляющим различные сферы деятельности, в том числе и медицинским работникам. Почетного звания «Заслуженный врач Чувашской Республики» удостоен врач-хирург МУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи» Кольцов Валерий Михайлович. Медицинской сестре МУЗ «Городской клинический центр» Дёминой Валентине Семеновне присвоено почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Чувашской Республики». Поздравляем с высокой наградой!

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ!

В этом году дерматовенерологическая служба Чувашии отмечает 75-летний юбилей. В августе 1934 года был учрежден первый кожно-венерологический диспансер – это была скромная амбулатория, расположившаяся в городской поликлинике по ул. К. Иванова. Спустя 75 лет диспансер стал современным лечебным учреждением.

Стр. 2

ЙОДДЕФИЦИТ В ЧУВАШИИ

На сегодняшний день проблема йоддефицитных заболеваний является актуальной для клинической медицины вообще и эндокринологии в частности. Чувашская Республика относится к региону со средней степенью тяжести йодной недостаточности. Дефицит йода в окружающей природной среде обуславливает более широкое распространение болезней эндокринной системы среди населения по сравнению с показателями по ПФО и РФ.

Стр. 4

Чувашский Центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования посетил представитель компании BrainLAB (Германия) Маркус Вебер. Немецкий специалист вместе с хирургами Центра отработал наиболее сложные оперативные вмешательства с применением компьютерной навигационной системы.

ПО ЕВРОПЕЙСКИМ СТАНДАРТАМ

пользованием навигационной системы, давал рекомендации и консультировал по возникающим вопросам. Компьютерная навигация создает трехмерную модель коленного сустава, на которой точно показывает все действия хирурга. Делясь впечатлениями, зару-

вень выполнения технологии сопоставим с европейскими стандартами и на базе Центра возможно проведение обучающих семинаров, мастер-классов с использованием компьютерной навигационной системы.

Кроме того, в августе в Центре про-

веденной кости с наложением пластины LCP и тенотомия приводящих мышц левого бедра. Чуть ранее врачом-нейрохирургом, к.м.н. Соловьевым В.А. и врачом-вертебрологом Гурьевым Д.В. проведена высокотехнологичная операция на поясничном отделе позвоночника с установкой телескопического эндопротеза. Имплантат был введен 65-летней пациентке с компрессионно-оскольчатый переломом второго поясничного позвонка (L2) со смещением. Эндопротез относится к новому классу устройств, предназначенных для тотального замещения тела позвонка, применяется в случае необходимости реконструкции передних отделов позвоночника.

Всего с начала работы Центра (март 2009 года) произведена замена тазобедренного сустава 514 пациентам, коленного сустава – 162 пациентам, из них 70% с использованием компьютерной навигационной системы. Также проведено 86 операций на позвоночнике.

Успешно выполнено 91 малотравматичное хирургическое вмешательство с использованием эндоскопического оборудования на крупных суставах (коленный, плечевой). Также получили лечение более 90 детей с врожденными и приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

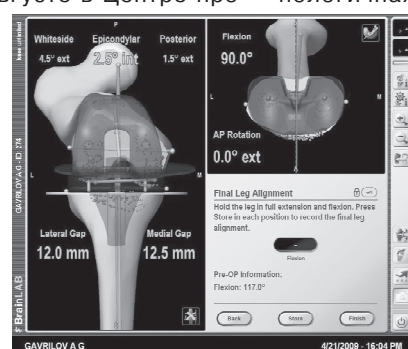


Три дня, с 4 по 6 августа 2009 года, Маркус Вебер наблюдал за ходом операций по эндопротезированию коленного сустава, проводимых с ис-



бежный гость отметил высокий профессионализм ведущего травматолога Центра, заведующего травматолого-ортопедическим отделением № 2, Алексея Сергеевича Карлухина, в проведении операций и применении компьютерной навигационной системы. По мнению Маркуса Вебера, уро-

пациентке 24 лет с приводяще-ротационной контрактурой левого бедра на фоне детского церебрального паралича и гипоплазией левой нижней конечности. Успешно выполнена органосохраняющая операция – корригирующая деротационная варизирующая межвертельная остеотомия левой бед-



СОВРЕМЕННАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ЧУВАШИИ

В этом году дерматовенерологическая служба Чувашии отмечает 75-летний юбилей. В августе 1934 года был учрежден первый кожно-венерологический диспансер – это была скромная амбулатория, расположившаяся в городской поликлинике по ул. К. Иванова. Спустя 75 лет диспансер стал не только современным лечебным учреждением, но и организационно-методическим центром для других ЛПУ Чувашии, клинической базой медицинского института ЧГУ им. И. Н. Ульянова.

В 2005 году современная дерматовенерологическая служба Чувашии была реорганизована: к Республиканскому кожно-венерологическому диспансеру присоединились структурные подразделения в городах Алатырь, Канаш, Новочебоксарск и Шумерля. В последние годы проделана огромная работа по укреплению материально-технической базы. Практически полностью завершены ремонт всех структурных подразделений, осуществлена их компьютеризация и с каждым установлена электронная связь.

В 2008 году проведена реструктуризация коечного фонда: количество коек круглосуточного пребывания сокращено до 131. Наряду с этим разрабатываются стационарозамещающие виды медицинской помощи – в учреждении развернуто 64 койки дневного пребывания при круглосуточных

стационарах. В соответствии с методическими рекомендациями Минздравсоцразвития РФ начата работа по ведению регистра больных с хроническими заболеваниями кожи.

Сегодня диспансер является организационно-методическим центром для лечебно-профилактических учреждений республики. Здесь оказывают квалифицированную специализированную дерматовенерологическую помощь населению. Во всех структурных подразделениях диспансера имеются: амбулаторно-поликлиническая служба (общим объемом посещений до 700 в смену), стационарные отделения (195 коек), кабинеты анонимного обследования и лечения, диагностическая лаборатория, а также отделение «Врачебная косметика».

С 2002 года Диагностическая лаборатория диспансера – одной из первых в России – отказалась от реакции Вассер-



Т.А. ЧЕРНОВА,
главный врач

мана, а при диагностике сифилиса были внедрены более высокочувствительные, специфичные реакции – РПР и РПГА, линейный иммуноблот. Создан электронный регистр лиц с положительными результатами на сифилитическую инфекцию, что позволило использовать полученные данные в практическом здравоохранении.

С октября 2005 года и по сей день в рамках Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» диспансер продолжает работу по развитию системы мо-

нитинга резистентности гонококка к антимикробным препаратам. Впервые в Чувашии внедрена диагностика инфекций, передаваемых половым путем (в том числе гепатитов В и С), методом ПЦР – анализа в режиме «реального времени» в качественном и количественном вариантах, что позволило проводить диагностику этих инфекций, не выезжая за пределы республики. Диагностика ИППП осуществляется методами ИФА, ПИФ и ПЦР, проводится культуральная диагностика гонореи, трихомониаза и урогенитального микоплазмоза. Большое внимание уделяется работе по первичной профилактике инфекций, передаваемых половым путем, заразных кожных заболеваний и хронических дерматозов. Ежегодно на базе диспансера и в его структурных подразделениях проводятся «Дни открытых дверей» по добровольному анонимному бесплатному обследованию населения на сифилис, гонорею и трихомониаз с консультированием по вопросам профилактики инфекций, передаваемых половым путем.

Диспансер совместно с ГОУ «Институт усовершенствования врачей» организует прохождение интернатуры по дерматовенерологии, является клинической базой

курса кожных и венерических болезней медицинского института при Чувашском государственном университете им. И. Н. Ульянова. Руководитель курса – доцент Г.В. Гордеева.

В кожно-венерологическом диспансере работают 1 Заслуженный врач Российской Федерации, 3 Заслуженных врача Чувашской Республики, 2 заслуженных работника здравоохранения Чувашской Республики, 3 специалиста награждены почетной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 3 – отраслевым знаком «Отличник здравоохранения». Из 42 работающих в диспансере врачей 6 имеют высшую квалификационную категорию, 18 – первую. Из 94 медицинских работников среднего звена – 28 с высшей квалификационной категорией, 23 – с первой.

В дни юбилея коллектив диспансера полон творческих планов и готов к реализации задач, направленных на дальнейшее развитие дерматовенерологической службы Чувашской Республики.

Т.А. ЧЕРНОВА,
Г.А. АЛЕКСЕЕВ,
О.В. БАЛАКИРЕВА.

ИЗ ИСТОРИИ

За все время существования Земской медицины (с 1864 по 1914 гг.) на территории Чувашии не было создано ни одного дермато-венерологического учреждения. На I Всероссийском съезде НКЗ РСФСР в 1923 году по вопросам организации борьбы с венерическими и кожными болезнями, впервые было принято решение о необходимости создания в уездных центрах губерний специальных учреждений и введении врачей-дерматовенерологов. Областной отдел здравоохранения Чувашской Автономной области серьезно занялся решением данной задачи. Об этом свидетельствуют открытия в 1924 г. первого дермато-венерологического диспансера в городе Цивильск, а в 1925 г. – в городе Алатырь. Наркомздравом Чувашской АССР было принято решение об организации кожно-венерологического кабинета при строящейся Чебоксарской городской поликлинике по ул. К. Иванова. В октябре 1930 г. поликлиника была открыта, с этого момента начал функционировать и кожно-венерологический кабинет, в штат которого входили один врач венеролог и фельдшер. Первым врачом-дерматовенерологом в городе Чебоксары была Эсфирь Моисеевна Лондон. В 1931 г. утверждена

вторая должность врача-дерматовенеролога, на которую назначили только что окончившую институт К. В. Астраханцеву. Через два года кабинет пополнился третьим врачом – М. А. Голланским. Кожно-венерологический кабинет явился фундаментом для организации кожно-венерологического диспансера.

В августе 1934 г. постановлением Наркомздрава Чувашской АССР в г. Чебоксары образован кожно-венерологический диспансер. Он представлял собой скромную амбулаторию, расположенную в городской поликлинике по ул. К. Иванова. Первым руководителем диспансера был назначен М. А. Голланский, врачами – Э. М. Лондон, К. В. Астраханцева, фельдшерами – К. А. Покровский и П. О. Александров. За диспансером были закреплены 10 стационарных коек при городской больнице.

В 1935 г. должность главного врача занял врач-дерматовенеролог, опытный организатор здравоохранения С.И. Белавин.

В 1937 г. приказом Наркома здравоохранения Чувашской АССР был открыт стационар с мощностью до 20 коек и диспансер получил статус Республиканского. Заведующей стационарным отделением назначена Э. М. Лондон.

В 1940 г. в сети кожно-венерологической службы насчи-



М.А. ГОЛЛАНСКИЙ.

тывалось уже 3 диспансера, 3 венерологических пункта, в которых работало 10 врачей-дерматовенерологов. При диспансерах функционировали 50 стационарных коек. В условиях военного времени в годы Великой Отечественной войны возросла заболеваемость венерическими и заразными кожными болезнями. Поэтому послевоенный период был весьма ответственным в организации дерматовенерологической службы. После войны диспансер пополнился новыми демобилизованными врачами-дерматовенерологами (К. Т. Лап-



Э.М. ЛОНДОН.

тенков, Б. Д. Плетнев, А. Л. Байчток, П. Е. Евдокимов) и выпускниками медицинских вузов (Т. А. Бутарева, Л. К. Жидкова, Т. Н. Тихонова, В. П. Сергеев). В 1948 г. главным врачом был назначен К. Т. Лаптенков.

В 1954 г. диспансер был переведен на нижний этаж деревянного двухэтажного здания

по ул. Волгостроя, дом 15, стационар и амбулатория размещены отдельно. Количество коек увеличено с 20 до 50, организованы изолятор и подсобные помещения.

С 1963 по 1965 г. обязанности главного врача диспансера исполнял кандидат медицинских наук А. М. Кукушкин, в дальнейшем он заведовал организационно-методическим кабинетом.

В сентябре 1964 г. диспансер переехал в новое 2-этажное здание по улице Пирогова, дом 6. В ноябре этого же года, после завершения организационных работ, открыт стационар на 75 коек, в том числе 50 коек для взрослых (заведующая Т. А. Бутарева), 25 – для детей (заведующая Н. П. Дмитриева), начали функционировать центральная серологическая и клинико-диагностическая лаборатории.

С 1965 по 1977 гг. должность главного врача исполнял Б. Д. Плетнев.

С 1977 по 1994 гг. учреждение возглавляет В. П. Унжаков, проработавший в дерматовенерологической службе более 30 лет.

В 1987 г. диспансер переехал в новое современное здание по ул. Пирогова, д. 6. Впервые в Российской Федерации внедрен экспресс-метод диагностики сифилиса.

С 1994 г. по настоящее время диспансер возглавляет кандидат медицинских наук Татьяна Алексеевна Чернова.

• НОВОСТИ МИНСОЦЗДРАВРАЗВИТИЯ ЧР

СТОМАТОЛОГИЯ В РАЙОНАХ ЧУВАШИИ

19 августа на базе МУЗ «Чебоксарская ЦРБ» состоялось межрайонное совещание врачей-стоматологов, в котором приняли участие специалисты Минздравсоцразвития Чувашской Республики: главный стоматолог Елена Афанасьева, главный детский стоматолог Елена Загребяева, президент ОО «Ассоциация стоматологов Чувашской Республики» Владимир Викторов и другие врачи стоматологического профиля Чебоксарского, Марпосадского, Цивильского и Красноармейского районов.

Большое внимание участники совещания уделили профилактическим мероприятиям, в частности, созданию «Школ здоровых зубов» при стоматологических поликлиниках.

Было отмечено, что подобные встречи врачей-стоматологов необходимо проводить в разных районах республики как можно чаще, так как они дают бесценную возможность поделить опытом друг с другом.

ЗАВЫШЕННЫЕ ЦЕНЫ НА ЛЕКАРСТВА

12 августа 2009 года Владимир Путин подписал Постановление, которое призвано усовершенствовать систему регулирования цен на важнейшие лекарственные средства. В частности, оно предусматривает введение для производителей обязательной регистрации отпускных цен на жизненно необходимые препараты. За тем же, как рассчитывают конечную стоимость лекарств продавцы, должны следить надзорные органы.

Прокуратура республики провела проверку чебоксарских аптечных сетей. И вот первые итоги. В Московском районе столицы свои ценовые расчеты пришлось проверить трем аптекам. В проведенной проверке выявлены нарушения ООО «Власта». На нитроспрей подязычный дозированный и «Флюкостат» оказались завышены надбавки – вместо допустимой 20% надбавки на них была установлена надбавка в 30%. В отношении ООО «Власта» возбуждено постановление об административном правонарушении и внесено на имя руково-

дителя представление об устранении правонарушения и привлечение к дисциплинарной ответственности лиц, виновных в нарушениях.

ДЕНЬ ГЛАВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

В ГОУ «Чебоксарский медицинский колледж» состоялся День главной медицинской сестры, в ходе которого прошло совещание по вопросам соблюдения законодательства в сфере оборота наркотических и психотропных средств, условий труда, льгот и компенсаций работающим на вредном производстве.

В совещании приняли участие главные и старшие медицинские сестры, главные и старшие акушерки, главные и старшие фельдшеры, внештатные специалисты по сестринскому делу, члены Координационного совета по сестринскому делу Минздравсоцразвития ЧР, члены Республиканского совета по фельдшерскому делу, члены правления общественной организации «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников Чувашской Республики» и

преподаватели медицинских образовательных учреждений.

ЗДОРОВЬЕ ЮНОШЕЙ-ПРИЗЫВНИКОВ

В целях медицинского обеспечения подготовки граждан допризывного возраста к военной службе в республике создана система межведомственного взаимодействия Министерства здравоохранения и социального развития ЧР и Военного комиссариата ЧР по реализации совместных планов медицинского освидетельствования лиц допризывного возраста.

За последние 3 года в Чувашии численность подростков в возрасте 15-17 лет уменьшилась на 12260 человек (на 17,7%). Медицинское освидетельствование при первоначальной постановке на воинский учет в 2009 году проведено в отношении 8177 граждан. Показатель годности к военной службе составил чуть больше уровня прошлого года – 67,5% (2008г. - 64,7%, 2007 г. – 63,1%, 2006 г. – 63,9%).

Николай Сидоров:

«НЕОБХОДИМО НАХОДИТЬ ПОДХОД К ЛЮДЯМ»

По итогам республиканского конкурса «Лучшее учреждение здравоохранения» в номинации Лучшая городская больница 2009 победителем признана МУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи» г. Чебоксары. Мы побеседовали с главным врачом БСМП, заслуженным врачом Чувашской Республики, врачом высшей квалификационной категории Николаем Сидоровым.

лекарственным обеспечением больницы?

— На сегодняшний день благодаря администрации города Чебоксары, Министерству здравоохранения и социального развития Чувашии оснащение больницы находится на хорошем уровне.

— Николай Михайлович, какова роль Вашего лечебно-учреждения в системе здравоохранения города?

— Наша больница оказывает экстренную медицинскую помощь жителям города, республики и гражданам других регионов. На сегодня в БСМП развернуто 484 койки. Функционируют 9 стационарных отделений. Здесь ежегодно получают плановую и экстренную медицинскую помощь 15 тысяч жителей республики. Специалисты оказывают хирургическую, нейрохирургическую, гинекологическую, урологическую помощь, а также — по трем терапевтическим специальностям: по общей терапии, токсикологии, инфекционным заболеваниям.

— Николай Михайлович, сколько пациентов может принять больница за сутки?

— В среднем, мы принимаем около 60 человек, при этом оказываем экстренную помощь в диагностическом отделении от 100 до 120 больным, госпитализируем около 40 больных в сутки.

— Расскажите об истории больницы, о коллективе.

— История развития МУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи» начинается с организации Чебоксарской городской больницы №2, строительство которой началось в 1967 году. Учреждение стало называться Больницей скорой медицинской помощи в июне 1975 года, когда городскую станцию скорой медицинской помощи объединили со второй городской клинической больницей. В 1989 году в целях создания единой службы скорой медицинской помощи в республике БСМП была преобразована в объединение «Скорая медицинская помощь», тем самым вся служба республики функционально была объединена.

В 1992 было организовано отделение неотложной терапии. Приемный покой был преобразован в отделение экстренной медицинской помощи. Это отделение было обеспечено круглосуточно десятью врачами — специалистами, которые имели соответствующие кабинеты, оборудованные для осмотра, обследования и оказания круглосуточной экстренной медицинской помощи, включая «малые» и «большие» опера-



Николай Сидоров получает награду из рук министра Н.В. СУСЛОНОВОЙ.

ции. В 1995 году данное отделение было реорганизовано на 2 самостоятельных структурных подразделения: приемное отделение и операционное отделение.

Коллектив больницы складывался исторически и воспитывался на гуманных основах. Сегодня в больнице работает 600 человек, из них 200 врачей, 222 средних медработника, остальные — младший медперсонал и обслуживающий персонал.

— В чем специфика деятельности больницы?

— На базе БСМП находится единственное в республике отделение для больных с острыми отравлениями, где лечат все виды отравлений, а также травматологическое отделение, куда поступают больные, пострадавшие в дорожно-транспортных происшествиях или получившие серьезные производственные травмы.

— Какова статистика отравлений на сегодняшний день, увеличивается ли этот показатель в нашей республике?

— Показатель по отравлениям стабилен относительно прошлых лет. Радует то, что уменьшается число отравлений препаратами алкоголя и препаратами химического действия.

— Как обстоит дело с технической оснащением и

СПРАВКА

В целом по классу «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» смертность населения республики в 2008 году снизилась на 0,8% (257,7 на 100 тыс. населения), трудоспособного населения — на 2,6% (282,4 на 100 тыс. соответствующего населения).

не. За последние 3 года обновилась материально-техническая база за счет оборудования, поступившего в рамках реализации Национального проекта, проекта Всемирного банка реконструкции и развития, а также из бюджета города Чебоксары.

В этом году ожидается поступление нового оборудования по Федеральной программе по совершенствованию мероприятий, направленных на обеспечение организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях. Это будет уникальное оборудование: магнитный резонансный томограф, эндоскопические стойки, наркозно-дыхательная аппаратура, оборудование для лабораторий.

— Николай Михайлович, как представляете себе будущее БСМП?

— Будущее больницы я рассматриваю как раз в связи с данной программой. БСМП бу-

СПРАВКА

Для снижения числа и тяжести ДТП в республике реализуется республиканская целевая программа «Повышение безопасности дорожного движения в Чувашской Республике на 2006-2010 годы». В 2009 году в рамках Федеральной программы по совершенствованию мероприятий, направленных на обеспечение организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на трассе М7 «Волга» планируется целевое оснащение учреждений здравоохранения, оказывающих помощь пострадавшим при ДТП в зависимости от уровня оказания помощи: травмоцентры 3-его, 2-го и 1-го уровней.

Травмоцентры 3-его уровня будут открыты на базах Моргаушской центральной районной больницы, Чебоксарской и Козловской райбольниц. В этих учреждениях будет организовано круглосуточное дежурство реанимобилей, осуществляющих выезд на место ДТП (по зонам ответственности) с последующей госпитализацией пострадавших в травмоцентры 1-го или 2-го уровня в зависимости от тяжести повреждений.

Травмоцентры 2-го уровня планируется организовать на базе МУЗ «Ядринская центральная районная больница», МУЗ «Цивильская центральная районная больница».

Травмоцентры 1-го уровня будут открыты на базе Городской больницы скорой медицинской помощи г. Чебоксары и в Городской детской больнице №3 г. Чебоксары — для детей.

дет являться травмоцентром первого уровня по оказанию первой помощи пострадавшим в ДТП. В этом плане, я думаю, перспективы у нашей больницы достаточно большие. На новый уровень позволит выйти и оборудование, которое мы получим по этой программе.

— Как складывается рабочий день главного врача?

— Мой рабочий день начинается в семь утра, когда персонал собирается на планерку. Дежурные врачи докладывают, какую работу за сутки они провели, каких пациентов приняли. Мы обсуждаем самые тяжелые случаи, принимаем решения о дальнейшей тактике лечения таких пациентов. После планерки осматриваю тяжелых больных в реанимационном и других отделениях. Затем совер-

СПРАВКА

Больница скорой медицинской помощи г. Чебоксары является многопрофильным стационаром, оказывающим круглосуточно экстренную специализированную помощь населению. В больнице трудятся 638 человек, из них 112 врачей, среди которых 1 кандидат медицинских наук и 10 Заслуженных врачей, и 272 человека среднего медицинского персонала.

Учреждением наработан определенный опыт оказания помощи больным с сочетанной травмой, закрытой травмой грудной клетки, тяжелой черепно-мозговой травмой, острых отравлениях. Благодаря работе компьютерного томографа произошло снижение общей, досуточной и послеоперационной летальности нейрохирургического и травматологического профилей.

шаю плановый обход: посещаю в день по одному отделению и, конечно, в течение всего рабочего дня занимаюсь административной работой.

— Вы руководите большим коллективом, с какими сложностями сталкиваетесь в работе?

— В любой работе, не только в медицине, большое значение имеет человеческий фактор: необходимо находить подход к людям. Ведь, профессия врача, прежде всего, связана с общением: 50% успеха в лечении пациента зависит от того, как врач или медсестра поговорят с больным. Поэтому работать сложно, но интересно.

— Какие чувства испытываете, узнав, что БСМП признана лучшей городской больницей 2009 года?

— Чувство гордости и благодарности за признание работы нашего коллектива.

— Несколько слов о себе, откуда вы родом, как пришли в медицину?

— Родом я из Башкирии. Врачом мечтал стать с детства. Окончил Чувашский госуниверситет по специальности «Хирургия». В БСМП работаю с 1985 года. С июля 2000 года назначен главным врачом. Пользуясь случаем, хочу поблагодарить своих учителей за то, что вложили в меня зерна знаний, которые приносят достойные плоды.

— Ваши пожелания жителям нашей республики.

— Берегите свое здоровье и здоровье близких людей.

Подготовила Е.МАРКИНА.

БОЛЬШЕ ДОНОРОВ — БОЛЬШЕ ЖИЗНИ

В августе по всей России прошли крупные акции по привлечению добровольных доноров крови. Активное участие в этих мероприятиях приняли и жители Чувашии.

1 августа состоялась акция «Суббота доноров». Добровольцев в этот день ждали на станциях переливания крови в Чебоксарах, Канаше и Новочебоксарске. В столице республики работала также мобильная станция переливания крови — трейлер, припаркованный у Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования. Всего безвозмездно сдали кровь в этот день 115 человек, из них 25 — в Новочебоксарске. Все участники акции уверены, что донорство — почетная и гуманная миссия. Сдают кровь люди с отзывчивым сердцем.

7 августа по всей России прошла другая акция — «МотоДонор». В этот день автолюбителей, водителей-профессионалов, байкеров, сотрудников ГИБДД и всех желающих сдать кровь для пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях ждали в донорских пунктах Чебоксар, Канаша, Новочебоксарска.

«Сегодня донорами стали люди, чья жизнь связана с транспортом. От-

дав частичку себя в виде 450 мл крови или 600 мл плазмы, они помогли тем, кто пострадал в авариях и нуждается в компонентах крови. Эти люди понимают, что находятся в группе риска и тоже могут оказаться в такой ситуации, поэтому необходима солидарность и взаимопомощь», — отметила главный врач ГУЗ «Республиканская станция переливания крови» Любовь Яковлева. Всего по республике в акции приняли участие 105 безвозмездных доноров. Всем им вручены сувениры с символикой программы развития добровольного донорства. Полученная кровь, а это около 52 литров, после переработки на компоненты будет направлена в учреждения здравоохранения для оказания медицинской помощи наиболее тяжелым больным.

В этот же день, 7 августа, в Вурнарском районе Республиканская станция переливания крови в очередной раз провела День донора. Донорский пункт разместился в поликлинике районной больницы. В организации и проведении Дня донора активное участие принимали медицинские работники районной больницы. Всего сдали кровь 95 доноров.

Больше всего доноров представля-



лись работниками филиала фирмы «Август» Вурнарского завода смесевых препаратов» (35 доноров). Медицинских работников среди доноров было 27, работников ОАО «Вурнарский мясокомбинат» — 7. В очередной раз стали донорами супруги Красновы, Барановы и Васильевы. В третий раз сдала кровь молодая пара Денисовых. Сергей Волков из деревни Абызово сдал кровь в четвертый раз и привел на донорский пункт своего брата Геннадия.

11 августа такое же мероприятие прошло и в Шумерлинском районе. Донорский пункт разместился в офисе врача общей практики Юманайского сельского поселения, всего сдали кровь 52 донора. Благодарим всех доноров, сдавших кровь сегодня, и желаем им крепкого здоровья.

СПРАВКА

Донором крови и ее компонентов может стать любой человек в возрасте от 18 лет.

Перед сдачей крови донор проходит бесплатное медицинское обследование, которое включает в себя осмотр терапевтом и предварительное лабораторное исследование.

Есть ряд противопоказаний к донорству: абсолютных (не зависящих от давности заболевания и результатов лечения) и временных (действующих лишь определенный срок).

Абсолютными противопоказаниями являются наличие таких серьезных заболеваний как ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты, туберкулез, болезни крови, онкологические болезни и другие.

Временные противопоказания имеют различные сроки в зависимости от причины. Самыми распространенными запретами являются: удаление зуба (10 дней), нанесение татуировки (1 год), ангина, грипп, ОРВИ (1 месяц с момента выздоровления), менструация (5 дней), аборт (6 месяцев), период беременности и лактации (1 год после родов, 3 месяца после окончания лактации), прививки.

ЙОДДЕФИЦИТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

На сегодняшний день проблема йоддефицитных заболеваний является актуальной для клинической медицины вообще и эндокринологии в частности. Чувашская Республика относится к региону со средней степенью тяжести йодной недостаточности. Дефицит йода в окружающей природной среде обуславливает более широкое распространение болезни эндокринной системы среди населения Чувашской Республики по сравнению с показателями по ПФО и РФ.

В 2008 году распространенность заболеваний, связанных с микронутриентной недостаточностью, в частности с дефицитом йода, на 100 тыс. населения по сравнению с 2005 годом выросла на 16%, у взрослых на 32% и снизилась у детей на 10%.

Распространенность диффузного (эндемического зоба), наиболее частого заболевания, связанного с йодной недостаточностью, выросла по сравнению с 2005 годом на 18%, у взрослых на 45% и снизилась у детей на 10%, многоузловатого зоба – на 23%, у взрослых – на 20% и снизилась у детей на 22%.

Нормативным документом, определяющим проведение профилактических мероприятий на территории Чувашской Республики, является Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики № 153 от 03.07.2001 г. «О плане первоочередных мероприятий по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода и других микронутриентов в Чувашской Республике», которое принято во исполнение Постановления Правительства Российской Федерации от 10.08.1998 года № 917 «О Концепции государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации». Во исполнение Постановления Правительства Рос-

сийской Федерации от 05.10.1999 г. № 1119 «О мерах по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода» проводятся мероприятия по мониторингу заболеваний щитовидной железы.

Причины возникновения заболеваний

Мониторинг йоддефицитных заболеваний внедрен в 2000 году. Состояние здоровья населения в связи с состоянием питания находится под контролем Федерального Управления Роспотребнадзора по Чувашской Республике. В структуре распространенности эндокринных заболеваний болезнью щитовидной железы составляют 50,4%.

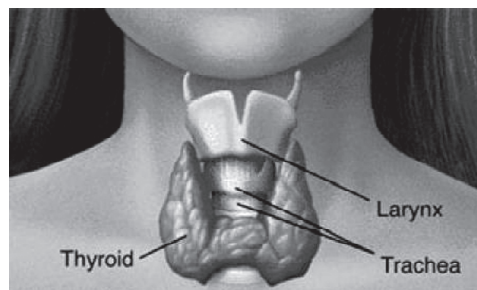
Одной из причин столь частого возникновения заболеваний щитовидной железы является дефицит йода в биосфере, а следовательно в воде, в продуктах питания человека. Йод – важный микроэлемент, входящий в состав гормонов щитовидной железы; его дефицит вызывает эндемический зоб, на фоне которого и возникают узловые (и многоузловые) формы зоба, гипертиреоз и тиреотоксикоз, тиреоидиты, первичный гипотиреоз и онкологические заболевания щитовидной железы. Чувашская Республика признана эндемичной по йоддефициту: эндемии легкой степени по республике; по отдельным районам – средней степени тяжести.

Особенности питания жителей, проживающих на территории йоддефицита

ВОЗ (Всемирная Организация Здравоохранения) в качестве универсального, высокоэкономичного, базового метода йодной профилактики йоддефицитных заболеваний рекомендует использовать йодированную соль.

Преимущества использования йодированной соли:

– соль потребляется практически всеми людьми примерно в одинаковом



количестве в течении всего года в дозе 5-6 граммов в день, за исключением лиц с заболеваниями почек, сердца и сосудов;

– дешевый продукт, который доступен всем слоям населения;

– йодированную соль невозможно передозировать.

С употреблением йодированной соли нормальное поступление йода в организм поддерживается постоянно. Поэтому единственным доказанным методом профилактики йоддефицитных заболеваний является употребление йодированной соли. С солью поступает в организм физиологическое количество йода. В настоящее время в России йодированную соль вырабатывают по ГОСТ 51575-2000, в котором в соответствии с современными международными требованиями предусмотрен норматив содержания йода 40 мг в кг соли. Используется стабильный калия йодат, который не улетучивается при приготовлении пищи и при хранении.

Необходимо предостеречь население йоддефицитных регионов, в частности население Чувашии, об опасности применения биологически активных добавок к пище в качестве профилактики дефицита йода. Поскольку многие БАДы могут содержать намного превышающие

физиологические дозы йода. Опасность передозировки может проявиться нарушением функции щитовидной железы. Также не безопасно применение в пищу таких морепродуктов, как мидии, крабы, креветки, морская капуста в качестве профилактики йоддефицита, т.к. в данных продуктах также может содержаться большое количество йода (более 1000 мкг в 100 г). При однократном приеме данных продуктов (например, в месяц 1 раз) вреда не будет, но если употреблять ежедневно, возможна передозировка йода.

В определенные периоды жизни (детский и подростковый периоды, беременность, кормление грудью) потребность в микроэлементах возрастает, и организм нуждается в регулярном дополнительном приеме физиологических доз йода. В таких случаях проводится индивидуальная или групповая йодная профилактика с помощью таблетированных йодсодержащих препаратов («Микройодид», «Йодбаланс», «Йодтирокс»);

– для детей до 12 лет: 50-100 мкг в день;

– для подростков и взрослых: 100-200 мкг в день;

– при беременности и во время кормления грудью: 200 мкг в день.

Указ президента Чувашской Республики от 01.03.00 № 26 «О дополнительных мерах по охране материнства» предусматривает бесплатное выделение беременным женщинам и кормящим матерям до достижения детьми возраста 6 месяцев препаратов, содержащих необходимые витамины и микроэлементы.

Т.Н.МАРКОВА,
главный врач ГУЗ
«Республиканский эндокринологический диспансер».

ОПЫТ РАБОТЫ ПО АКТИВНОМУ ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

О проблеме охраны здоровья детей говорят давно. Актуальность проблемы состоит в том, что по итогам диспансерных осмотров в ДОУ количество детей, имеющих проблемы в состоянии здоровья, из года в год увеличивается, а здоровых становится все меньше и меньше.

По данным Научного центра здоровья детей РАМН, каждый третий ребенок шести лет не готов к систематическому обучению в школе, у половины есть отклонения в развитии опорно-двигательного аппарата, 30% детей имеют нарушения сердечно-сосудистой и дыхательной систем, почти 70% страдают от гиподинамии.

По данным возрастной физиологии РАО, 30-35% детей поступают в школу, уже страдая хроническими заболеваниями.

Дошкольный период – это время, которое можно эффективно использовать для улучшения здоровья ребенка, подготовить к школе, создав «запас прочности» здоровья.

Поэтому в целях реализации программы «Здоровье», рекомендуемой Министерством здравоохранения и социального развития Чувашской Республики, нами была разработана оздоровительная программа по подготовке детей к школе.

Цель программы:

1. Укрепление здоровья детей.
2. Снижение и профилактика забо-

леваемости у детей.

3. Улучшение физической и умственной работоспособности ребенка.

Задача состояла в том, чтобы повысить эффективность профилактической работы с детьми в ДОУ по подготовке к школе за счет межведомственной интеграции медицинского и педагогического персонала по активному формированию здоровья детей.

Реабилитация детей включалась в режимные моменты детского сада и проводилась на базе отделения восстановительного лечения поликлиники.

Предлагаемая оздоровительная программа состояла из:

- физиотерапевтического лечения (электрофорез, токи Дарсонваля, УФО, магнитотерапия, лазеротерапия и др.);
- медицинского массажа;
- лечебной гимнастики.

Врачи реабилитационного отделения были проведены оценка реабилитационного потенциала и разработан индивидуальный маршрут реабилитации персонально для каждого ребенка, с учетом его состояния здоровья.

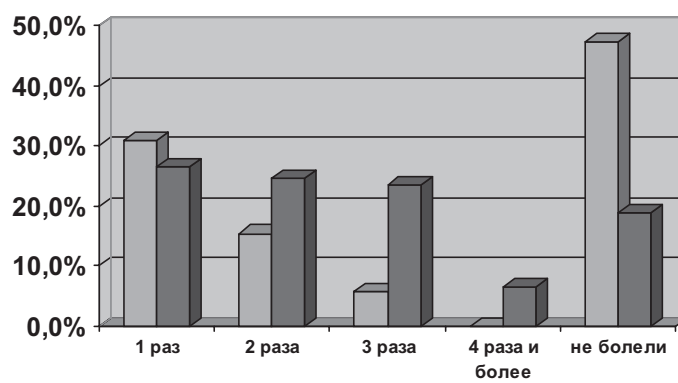
Первые итоги работы

Сделана сравнительная оценка состояния здоровья детей 6 лет в детских садах, прошедших реабилитацию, с детьми детских садов, которые не прошли реабилитацию, по таким показателям как заболеваемость и группа здоровья за 6 месяцев.

ДАННЫЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ В ДОУ

№ ДОУ	Индекс здоровья					Всего детей	
	болели				не болели		
	1 раз	2 раза	3 раз.	4 и более раз			
дети, прошедшие реабилитацию	185	23	14	5	-	28	70
	51	4	2	1	-	10	17
	176	21	8	3	1	36	69
Всего	48/30,8%	24/15,4%	9/5,8%	1/0,6%	74/47,4%	156	
дети, не прошедшие реабилитацию	3	13	16	20	4	10	63
	27	6	5	3	2	4	20
	65	9	5	2	1	6	23
Всего	28/26,4%	26/24,5%	25/23,6%	7/6,6%	20/18,9%	106	

ИНДЕКС ЗДОРОВЬЯ



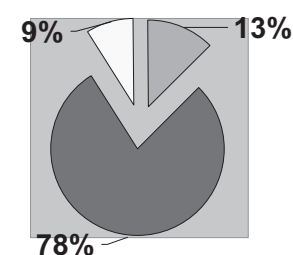
Дети, прошедшие реабилитацию, меньше болеют, и среди них в 2,5 раза больше процент детей, которые вообще не болели.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕТЕЙ ПО ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ

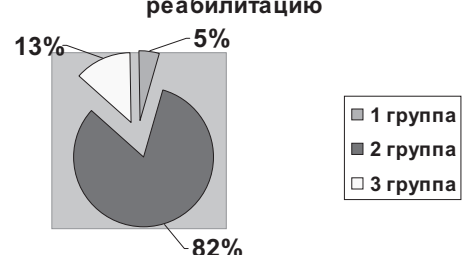
№ ДОУ	Группа здоровья			Всего детей	
	I	II	III		
дети, прошедшие реабилитацию	185	13	53	4	70
	51	2	9	6	17
	176	5	60	4	69
Всего	20/12,8%	122/78,2%	14/9,0%	156	
дети, не прошедшие реабилитацию	3	1	50	12	63
	27	2	18	-	20
	65	2	19	2	23
Всего	5/4,7%	87/82,1%	14/13,2%	106	

ГРУППА ЗДОРОВЬЯ

дети, прошедшие реабилитацию



дети, не прошедшие реабилитацию



В детских садах, где дети прошли реабилитацию, процент детей с I группой здоровья в 2,5 раза выше, и в 1,5 раза ниже процент детей с III группой здоровья.

Таким образом, проведенный анализ доказывает результативность и эффективность этой программы. Сопровождение процесса обучения с позиции формирования и сохранения здоровья, включенные в учебно-познавательный процесс, является реальной основой

синтеза теории обучения с теорией развития и оздоровления детского организма.

Т.В.РАБОТАЕВА,
главный врач МУЗ «ГДБ №1»,
Л.Г. КУЗЬМИНА,
зав. отделением
восстановительного лечения
и реабилитационного
отделения
МУЗ «ГДБ №1»

НОВЫЙ ИМПУЛЬС РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

ГУЗ «Республиканская клиническая больница» является ведущим многопрофильным медицинским учреждением Чувашской Республики. Оснащение больницы высокотехнологичным медицинским оборудованием, совершенствование технологий диагностики и лечения, высокий профессиональный уровень персонала позволяют оказывать специализированную медицинскую помощь жителям республики.

Сегодня в больнице трудятся 1327 сотрудников, среди них 2 заслуженных врача Российской Федерации, 23 заслуженных врача Чувашской Республики. 3 врача имеют ученую степень доктора медицинских наук, 21 врач – кандидат медицинских наук, 19 награждены знаком «Отличник здравоохранения», 15 – Почетной грамотой министерства здравоохранения и социального развития РФ.

ГУЗ «Республиканская клиническая больница» является клинической базой 4 кафедр медицинского факультета Чувашского Государственного университета им. И.Н.Ульянова: «Внутренних болезней», «Факультетской хирургии», «Урологии», «Лабораторной и функциональной диагностики».

В консультативной поликлинике прием ведется по 33 специальностям в 2 отделениях с общей плановой мощностью 550 посещений в смену. Ежегодно в поликлинику обращается более 150 000 пациентов, из них сельских жителей – 47%.

Коечный фонд учреждения – 660 коек. Ежегодно стационарную помощь получают более 15 тысяч больных.

В больнице – 13 стационарных отделений хирургического профиля: хирургическое, хирургическое торакальное, нейрохирургическое, урологическое, травматологическое, ожоговое, отделение челюстно-лицевой хирургии, оториноларингологическое отделение, отделение гемодиализа и трансплантации донорской почки, отделение пластической хирургии на базе диагностического центра, стационар краткосрочного пребывания с малоинвазивной гинекологией, отделение анестезиологии-реанимации.

Сложнейшая патология концентрируется в 7 отделениях терапевтического профиля: ревматологическое, нефрологическое, эндокринологическое, гематологическое, гастроэнтерологическое, пульмонологическое с аллергологическими койками, неврологическое.

Функционируют 2 центра: гастроэнтерологический, включающий в себя терапевтическую и хирургическую составляющие, а так же региональный сосудистый центр.

Многие представленные отделения являются единственными в республике, что позволяет сохранить лидерство в оказании узкоспециализированной высококвалифицированной медицинской помощи.

В отделениях хирургического профиля ежегодно выполняется более 7000 операций, из них около 10% высокотехнологичных. Хирургическая активность составляет 82%, в геометрической прогрессии увеличивается количество операций с применением эндоскопической аппаратуры – их в 2007 году выполнено 220, за 2008 год – 365, за I полугодие 2009г. – 232.

Проводятся сложнейшие нейрохирургические вмешательства при заболеваниях и травмах головного и спинного мозга, в т.ч. при сосудистых заболеваниях, слухоулучшающие операции, оперативные вмешательства при заболеваниях пищевода и карди-

ального отдела желудка, эндоскопические операции при заболеваниях легких и плевры, органосберегающие операции при поражениях печени и поджелудочной железы, реконструктивные вмешательства на желчевыводящих путях, органосохраняющие операции при заболеваниях почек, операции по фалангизации пальцев с использованием дистракционных аппаратов, пластика поврежденных периферических нервов с применением микрохирургической техники, применение современных металлоконструкций при переломах лицевого скелета, позвоночника, и трубчатых костей, кожная пластика при послеожоговых рубцовых стриктурах, метод гемодиффузии для лечения больных с острой и хронической почечной недостаточностью на аппарате «Мультифилтрат» – вот далеко неполный перечень оперативных вмешательств, проводимых в больнице и являющихся единственными в республике.

Экстренная хирургическая помощь оказывается круглосу-



стические вмешательства на желчевыводящих путях, печени, желчных протоках и сосудах печени. Нейрохирургами в 2009 году освоены и внедрены сложнейшие операции на спинном и головном мозге с применением нейронавигационной аппаратуры: микронейрохирургические вмешательства при доброкачественных и злокачественных новообразованиях головного мозга, мононевропатии, поражениях плечевого сплетения, спондилолистезе, поражениях межпозво-

лостимулирующих факторов. Как результат программного лечения, наблюдается уменьшение повторной госпитализации больных с миелолейкозом на 12%, остеомиелофиброзом на 53%. Снизилась смертность больных с лимфолейкозом на 15%. Переведены со стационарного на амбулаторное лечение 33 больных. Созданы регистры больных хроническим миелолейкозом, гемофилией, наследственным эритроцитозом. С 2006 г. работает Школа больных хроническим миелолейкозом.

В эндокринологическом отделении используются современные методы лечения эндокринных заболеваний: для консервативного лечения инсуломы неустановленной локализации впервые использован соматостатин – пролонгированный соматостатин.

На базе неврологического отделения функционирует центр патологии речи и нейрореабилитации для лиц перенесших ЧМТ и ОНМК, центр рассеянного склероза, где пролечено 269 больных, проводится подбор иммуномодулирующей терапии (интерферон 1b, интерферон бета 1a и глатирамер ацетат) пациентам с рассеянным склерозом; 15,1% больных охвачены логопедическими занятиями.

Для интенсивной терапии наиболее тяжелых полиорганных проявлений ревматических заболеваний используется несколько взаимодополняющих подходов: введение высоких доз глюкокортикоидов, пульс-терапия. Широко используются дополнительные современные методы лечения: плазмаферез, озонотерапия, гипербарическая оксигенация, непрямая электрохимическая детоксикация и мультифильтрация крови.

В больнице функционирует отделение экстренной консультативной медицинской помощи (так называемая санитарная авиация), призванное оказывать помощь жителям республики в сложных клинических случаях. В 2008 году выполнено 1308 вызовов, 97% из них – в первый час, за 6 месяцев 2009 – 670 вызовов и оказана экстренная специализированная помощь более 1000 пациентам.

В 2007 году произошло объединение ГУЗ «Республиканский медицинский центр» с Республиканской клинической больницей №1, что позволило значительно укрепить диагностический блок мощным потенциалом диагностического центра и поднять на новый уровень объемы и качество медицинской помощи населению Чувашии. Централизованная клиника-диагностическая лаборатория не только обслуживает 28 ЛПУ республики, но и значительно расширила

спектр проводимых анализов для стационарных отделений больницы. Значительно расширился спектр диагностических манипуляций по функциональной диагностике.

В целях снижения заболеваемости, инвалидизации, смертности населения от заболеваний сердечно-сосудистой системы в республике создана новая модель оказания медицинской помощи больным сердечно-сосудистой патологией по единому стандарту, основанная на системном мультидисциплинарном подходе, включающем координацию всех служб, учреждений и специалистов республики. Региональный сосудистый центр функционирует на базе ГУЗ «РКБ» с 2008г.

В состав центра входит диагностический блок, оснащенный: МР-томографом, спиральным компьютерным томографом с круглосуточным режимом работы; оборудованием для ультразвуковой диагностики (эхо-кардиограф, дуплексный сканер, транскраниальный доплер); рентгенэндоваскулярной операционной, в которой имеется ангиограф для проведения малоинвазивных эндоваскулярных вмешательств при геморрагических инсультах, остром коронарном синдроме, селективного тромболизиса и стентирования сосудов; микроскоп и навигационное оборудование – для проведения более тонких нейрохирургических вмешательств.

Подготовлены и укомплектованы кадрами мультидисциплинарные бригады. По данным I полугодия 2009 г., число госпитализированных больных с острым нарушением мозгового кровообращения в региональный центр увеличилось на 15,8%. В 2,7 раз увеличилось количество пациентов с инфарктом миокарда, получивших тромболитическую терапию. Количество выполненных экстренных коронарографий и стентирований при остром коронарном синдроме возросло до 48. За I полугодие 2009 г. проведено 28 сосудистых оперативных вмешательств при церебральном инсульте; 6 высокотехнологичных эндоваскулярных вмешательств при геморрагических инсультах (в 2008г. не проводились), по показаниям проводится тромболитическая терапия больным ишемическим инсультом.

Система ранней мультидисциплинарной реабилитации позволила увеличить число больных, независимых от посторонней помощи на ранних сроках после перенесенного ОНМК на 35% в сравнении с аналогичным периодом 2008 года.

Предполагается, что совершенствование методов раннего выявления, профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при сосудистых заболеваниях позволит снизить уровень инвалидизации не менее, чем на 20%. Основной ожидаемый результат – снижение смертности от указанной причины на 15% к 2011 году.

Укрепление материальной базы, информатизация привычного медицинского процесса позволили больнице получить новый импульс в работе. За 2008 год и 6 месяцев 2009 года внедрено в практическую деятельность врачей более 30 современных методов диагностики и лечения.

И.П.ЕФИМОВА,
главный врач ГУЗ
«Республиканская
клиническая больница».



точно больным с челюстно-лицевой патологией, травматическими повреждениями кистей и предплечья, термическими поражениями, позвоночно-спинальной травмой, экстренной сосудистой церебральной патологией. За отчетный период отмечается увеличение удельного веса экстренных оперативных вмешательств с 27,9% в 2007 г., до 29,6% в 2008г., за I полугодие 2009г. – 30,1%.

Хирургами нашей больницы с 2008 года проводятся такие уникальные микрохирургические и реконструктивно-пла-

ночных дисков с применением стабилизирующих систем.

Большая работа ведется по оказанию специализированной помощи больным терапевтического профиля. Отмечается рост эффективности проводимой терапии, растет число больных, выписанных с улучшением благодаря внедрению новых схем лечения больных: программное лечение лейкозов с использованием современных химиопрепаратов (адриабластин, цитозар, флюдарбин, велкейд, гливек, моноклональные антитела- мабтера). Внедрено применение колони-

ПРОБЛЕМА АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Актуальность данной статьи обуславливается критически высокой распространённостью в России алкогольной болезни и заболеваний сердца, которые нередко сопутствуют друг другу и имеют чёткую причинно-следственную связь.

В настоящее время, в связи с широчайшей распространённостью пьянства и алкоголизма в России, проблема своевременной диагностики и лечения заболеваний, ассоциированных с чрезмерным приемом спиртных напитков, встала особо остро. Злоупотребление спиртными напитками способствует формированию не только цирроза печени, но и других заболеваний внутренних органов и нервной системы или утяжеляет (декомпенсирует) имеющиеся соматические болезни. Так, если до начала алкоголизации сердечно-сосудистыми заболеваниями страдали около 1,3%, то к моменту обращения за медицинской помощью в связи с алкоголизмом у больных регистрируются сердечно-сосудистые заболевания в 24,9%. Таким образом, за период злоупотребления спиртными напитками у каждого четвертого больного формируется патология сердечно-сосудистой системы.

«Алкогольная» смертность составила около 5% от общей смертности. За последние 5 лет резко выросла и смертность от заболеваний сердца, связанных с алкоголем, и среди молодых людей: ее показатель среди 20-39-летних россиян вырос с 29% до 36,6%.

К сожалению, в настоящее время знания практических врачей по данной проблеме недостаточно, что и побудило нас разобрать эту проблему.

Значение алкогольной кардиомиопатии как самостоятельного заболевания, известного уже более 150 лет. Несмотря на то, что алкогольная кардиомиопатия (АКМП) четко описана и с 1996 г. рассматривается ВОЗ в рамках дилатационной кардиомиопатии, а согласно МКБ выделена в отдельную нозологическую форму, существуют определенные трудности в практической постановке данного диагноза, как в клинике, так и на секционном столе. Вразумительные схемы лечения АКМП на сегодняшний день не разработаны.

МЕСТО АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ В НОЗОЛОГИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ МИОКАРДА

Кардиомиопатии (от греч. kardia - сердце, mys, mys - мышца и pathos - страдание, болезнь) - группа болезней сердца, общим для которых является избирательное поражение миокарда. Этот термин был предложен W. Bridgen в 1957 году, а алкогольная кардиомиопатия впервые было описано еще в XIX веке. Оно было характерно для жителей Мюнхена, выпивавших в год около 430 литров пива.

В настоящее время экспертами ВОЗ принята следующая классификация кардиомиопатии (1995):

- дилатационные;
- гипертрофические;
- рестриктивные;
- аритмогенный правый желудочек;
- неклассифицируемые.

Последний пункт включает в себя специфические кардиомиопатии (ишемическая, гипертоническая, др.).

Целью данного обзора является попытка рассмотреть с клинической точки зрения сущность феномена развития кардиомиопатии на фоне злоупотребления алкоголем.

АКМП - приводящая к систолической дисфункции дилатация полостей сердца, развившаяся в связи с избыточным приемом алкоголя. Согласно данной классификации, АКМП относится ко вторичным токсическим дилатационным кардиомиопатиям (ДКМП). Отметим, что по оценкам разных авторов в 2-36% (по данным разных авторов) случаев дилатационной кардиомиопатии имеет алкогольную этиологию, в этом случае ее следует рассматривать в рамках АКМП.

МОРФОЛОГИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Клинические и гистологические признаки алкогольной и идиопатической дилатационной кардиомиопатии во многом схожи. Тем не менее, установление клинического диагноза «АКМП» имеет большое практическое значение, поскольку это одно из немногих потенциально обратимых состояний, ассоциированных с сердечной недостаточностью (СН), при котором полный отказ от алкоголя обыкновенно приводит к значительному улучшению насосной функции левого желудочка (ЛЖ).

При АКМП макроскопически отмечается расширение всех полостей сердца при минимальной неравномерной гипертрофии миокарда. По мере усугубления СН дилатация прогрессирует. На секции обращает на себя внимание обычно массивное субэпикардальное скопление жировой клетчатки; ввиду жировой дистрофии миокард может приобретать желтоватый оттенок. Важно отметить, что коронарные артерии при АКМП, как правило, остаются интактными или имеют довольно умеренные атеросклеротические поражения.

Существует у этого состояния чёткая гистологическая и гистохимическая картина изменений происходящих при АКМП. Но в данной статье её не приводим, поскольку она выясняется только на вскрытии и не имеет для прижизненной клинической картины значения.

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Структура неразрывно связана с функцией. Каким же образом формируются

описанные изменения, клиническим выражением которых являются дисфункция желудочков сердца и снижение сократимости миокарда?

Причин развития алкогольной кардиомиопатии много. Это и прямое токсическое влияние этилового спирта и продуктов его распада на миокард, и нарушение работы сердечной мышцы из-за недостаточного образования белков в результате поражения печени. У алкоголиков также снижено всасывание витаминов в кишечнике и, как следствие, возникает дефицит витаминов группы В, имеющих большое значение для нормальной работы сердца.

Главным этиологическим фактором развития алкогольной кардиомиопатии является хронический избыточный прием алкоголя. По оценкам разных авторов, истинная АКМП обычно развивается при потреблении алкоголя в количестве, эквивалентном 100 мл чистого этанола, ежедневно в течение 10-20 лет. В медицинской литературе даже существует специальный термин «алкогольное сердце». Кардиомиопатия может возникнуть и при небольшом алкогольном стаже. В последние годы по наблюдениям наших врачей сроки формирования АКМП сократились до 3-5 лет. Эти цифры могут показаться внушительными, и здесь необходимо вспомнить о том, что среднее потребление алкоголя в России на душу населения колеблется около отметки 15 л, что соответствует 40 мл чистого этанола в день. 82% взрослого мужского населения России являются потребителями спиртного, а каждый пятый из этого множества постоянно злоупотребляет алкоголем.

ВОЗМОЖНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ АЛКОГОЛЯ НА КАРДИОМИОЦИТЫ

Краеугольным камнем диалектики алкоголизма является бифазное, кардиопротективно/кардиотоксическое действие алкоголя.

Эффекты алкоголя представляются дозозависимыми: рост вероятности развития ИБС отмечают как при полном воздержании от алкоголя, так и при злоупотреблении им. Очертм круг возможных механизмов кардиомиопатогенного действия этанола.

Наиболее важными из них представляются следующие:

- влияние на метаболизм и энергообеспечение клетки;
- прямое токсическое действие ацетальдегида и этанола на синтез белка;
- срыв сопряжения между возбуждением и сокращением;
- свободнорадикальное повреждение;
- нарушение липидного обмена;
- дисбаланс катехоламинов и других гормонов;
- ионный дисбаланс;
- воздействие на цитоскелет;
- активация провирусов;
- изменение процессов возбуждения и проведения в сердечной мышце;
- токсическое действие спиртных напитков, обусловленное примесями металлов (например, кобальта).

1. Влияние алкоголя на метаболизм и энергообеспечение кардиомиоцитов. Драматическая картина жировой дистрофии миокарда имеет корни, глубоко уходящие в метаболизм. При высоких дозах алкоголя отношение НАДН + Н⁺/НАД⁺ увеличивается. В это время ацетальдегид, концентрация которого неук-

лонно растёт, ингибирует НАДН-дегидрогеназу митохондриальной цепи переноса электронов (ЦПЭ). В результате снижается окисление интермедиаторов цикла Кребса. Результатом чего является ингибирование трех биохимических путей в печени (ЦПЭ, цикл Кребса, глюконеогенез) и двух - в сердце (ЦПЭ, цикл Кребса). Следствия из этого следующие:

1. Часть «алкогольного» ацетил-SКоА не окисляется в цикле Кребса, а используется для синтеза липидов (в печени). В миокарде же сходным образом ингибируется окисление липидов, что и приводит к жировой дистрофии.

2. Восстановленные интермедиаторы начинают окисляться не на первом комплексе ЦПЭ в митохондриях (НАДН-дегидрогеназа ингибирована), а на втором, НАД-независимом, коим является сукцинатдегидрогеназа. Окисление глюкозы и гликогенолиз также ингибируются, морфологическим эквивалентом чего являются значительные скопления гликогена внутри вакуолей кардиомиоцитов.

II. Прямое токсическое действие ацетальдегида и этанола на синтез белка в кардиомиоцитах. В настоящее время в этой ипостаси ведущая роль отводится не самому этанолу, а его чрезвычайно реакционному метаболиту - ацетальдегиду. Основным механизмом повреждающего действия ацетальдегида заключается в связывании его с каталитическими центрами ферментов и нарушении метаболизма клетки.

Показано, что этанол ингибирует синтез белка в кардиомиоцитах только в летальных концентрациях, в то время как даже низкие концентрации ацетальдегида (сопоставимые с таковыми у больных АКМП) значительно угнетают его (18). Кроме того, ацетальдегид опосредованно оказывает положительный хронотропный эффект на кардиомиоциты. Он, по всей видимости, достигается за счет повышения высвобождения норадреналина из симпатических нервных волокон.

Как уже отмечалось, при АКМП в надпочечниках накапливаются избыточные количества катехоламинов. Таким образом, характерная для АКМП дисфункция миокарда развивается при двойном дисбалансе катехоламинов: нейромедиаторов в синаптической щели (норадреналин) и гормонов в крови, омывающей миокард (адреналин).

Интересно, что назначение в эксперименте пропранолола с целью нивелирования излишнего влияния катехоламинов, как и предполагалось, сводит на нет положительные инотропный и хронотропный эффекты ацетальдегида, но не влияет на снижение синтеза белка! Значит, ингибирование синтеза белка ацетальдегидом опосредуется другим, отличным от катехоламинового, механизмом (3).

III. Нарушение сопряжения между возбуждением и сокращением. В 1990 году Guarnieri et al. в серии блестящих экспериментов на изолированной сосочковой мышце, перфузируемой раствором этанола, доказали, что алкоголь вмешивается в мышечное сокращение и нарушает его. Критическим этапом здесь представляется взаимодействие между Ca²⁺ и миофибриллами. Кроме того, алкоголь в высоких концентрациях проявляет себя как антагонист Ca²⁺ и Na⁺-каналов. После прекращения подачи этанола к кардиомиоцитам данные эффекты исчезали. Авторы предположили, что увеличение концентрации Ca²⁺ в цитозоле кардиомиоцитов может улучшить сократительную функцию кардиомиоцитов.

РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Осветленные выше механизмы, реализуя свое пагубное действие на сердце, приводят, в конечном итоге, к развитию СН. Принципиально важным процессом является ремоделирование сердца. Изменение формы сердца приводит к перегрузкам давления и объёма вследствие неполного выброса при сердечных сокращениях. Понятие «ремоделирование» включает в себя: нарушение структуры сократительного аппарата кардиомиоцитов, их функциональную асимметрию, изменение межклеточных взаимодействий, интерстициальный фиброз, деспирализацию хода мышечных пучков и изменение формы полостей сердца. Употребление термина «ремоделирование» в данном аспекте спорно, так как он скорее указывает на обратное развитие патологических изменений, нежели на их формирование. Возможно, такое понятие, как «демоделирование сердца», более соответствующее приведенной дефиниции, войдёт в кардиологический актив, при этом процессы, происходящие в миокарде при назначении (в-блокаторов и инги-

биторы АПФ, можно будет оправданно называть ремоделированием.

Субклинически на стадии формирования интерстициального фиброза увеличивается ригидность стенки желудочка. Конечно-диастолическое (КД) давление растёт на фоне снижения КД объёма. Именно так формируется диастолическая дисфункция.

В дальнейшем, при АКМП на передний план выходит систолическая дисфункция миокарда, которая и приводит к СН.

Параллельно этому происходит растягивание фиброзных колец клапанов сердца, обусловленное дилатацией желудочков. В первую очередь это касается митрального клапана. Следствие данного процесса - клапанная регургитация, которая приводит к дилатации полостей предсердий, а впоследствии - к легочной гипертензии. Последняя, однако, редко достигает высокой степени при АКМП.

В настоящее время в России диагноз «АКМП» может быть установлен кардиологом без психиатрической консультации больного, поэтому четкие критерии данного состояния особенно востребованы.

ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Диагностика АКМП не очень сложна и включает в себя всего несколько факторов:

- сбор алкогольного анамнеза (злоупотребление алкоголем не менее 3 лет);
- непосредственное обследование больного;
- лабораторные и инструментальные методы исследования;
- УЗИ подтверждение дилатации сердечной мышцы;
- Характерные для КМП изменения ЭКГ;
- Ферментные изменения.

Всё необходимое для диагностики этого заболевания на современном этапе можно организовать даже в условиях ЦРБ.

Следует учитывать, что клиническая картина АКМП сходна с ДКМП. Как правило, больные упорно отрицают злоупотребление алкоголем.

Начальными признаками заболевания принято считать сердцебиение и одышку при физической нагрузке, причем они возникают как бы незаметно и беспричинно для больного. На более поздних стадиях заболевания состояние больных постепенно ухудшается.

Ощущение учащенного сердцебиения и одышка без признаков застойной сердечной недостаточности беспокоит больных с алкогольной кардиомиопатией уже на ранней стадии заболевания. Наряду с ощущением учащенного сердцебиения уже вначале заболевания больного беспокоит экстрасистолия, иногда мерцательная аритмия. Может выслушиваться «ритм галопа». Пароксизмы аритмии развиваются после алкогольных эксцессов. Иногда пароксизмы мерцания сопровождаются подострой левожелудочковой недостаточностью с типичной клиникой сердечной астмы.

Больных алкогольной кардиомиопатией часто беспокоят разнообразные болевые ощущения в области сердца. Появление боли не связано с физической нагрузкой. Болевые приступы часто тесно связаны с бурным отмечением праздников и возникают обычно на следующий день после возлияний. Боль возникает постепенно, исподволь, не имеет характерной для стенокардии приступообразности, почти никогда не локализуется за грудиной и не бывает сжимающей, сдавливающей. В отличие от стенокардии, нитроглицерин боль не купирует. Боль может длиться часами и сутками, сочетается с жалобами больного на ощущение нехватки воздуха, неполноту и неудовлетворенность вдохом, сердцебиение, похолодание конечностей. Локализуется боль в области верхушки сердца, иногда захватывает всю передсердную область. Боль ноющая, тянущая, колющая. Иногда больные ощущают жжение в передсердной области.

Появляются также чувство нехватки воздуха, перебои в работе сердца, потливость, головокружение, страх смерти, зябнут руки и ноги. У некоторых больных возникают отеки ног, одышка в покое, то есть появляются признаки сердечной недостаточности.

К наиболее частым и типичным клиническим симптомам алкогольной кардиомиопатии относятся: возбуждение, суестьливость, многословность. Больной многословно излагает разнообразные жалобы на чувство нехватки воздуха, - кардиалгия, похолодание конечностей, чувство жара во всем теле, что отлича-

(Окончание на 7-й стр.).

ПРОБЛЕМА АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

(Окончание. Начало на 6-й стр.).

ется от скурых описаний больного с приступом стенокардии. Выявляются и другие признаки хронического алкоголизма — тремор рук, выраженная потливость, повышение артериального давления, тахикардия, гиперемия кожи лица, инъецированность склер.

Развитие заболевания имеет несколько стадий — от функциональных расстройств, нарушений ритма сердца переходящего характера до стойкой гипертрофии миокарда с последующим развитием сердечной недостаточности.

Типичный больной АКМП — мужчина 30-55 лет, жалующийся на боли в сердце, одышку, с признаками избыточного потребления алкоголя (телеангиоэктазиями, контрактурой Дюпюитрена, др.), обычно без сопутствующей патологии печени.

Продолжим собирать мозаику клинической АКМП: разнообразные нарушения ритма (экстрасистолии, фибрилляция предсердий), порой связанные с алкогольными эксцессами; свидетельствующие о дилатации предсердий r_{mitrale} и $r_{\text{pulmonale}}$; высокий коэффициент Диритиса; атеросклеротическое поражение брахиоцефальных артерий; недостаточность митрального и аортального клапанов — являются важными фрагментами, обрамляющими узор сердечной недостаточности (СН). Артериальная гипертензия при АКМП ожидается на стадиях 0 — I недостаточности кровообращения.

На ЭКГ характерными изменениями являются укорочение интервала P—Q, удлинение интервала Q—T в сочетании с небольшой элевацией сегмента ST и заостренным высоким с широким основанием зубцом T, синусовая аритмия, бради- или тахикардия. Часто на ЭКГ при алкогольной кардиомиопатии появляются расширенные, расщепленные зубцы P I, II или высокие P II, III. Наблюдается снижение сегмента ST и отрицательный зубец T. Нередко аритмии (экстрасистолия, фибрилляция предсердий, атриовентрикулярная и внутрижелудочковая блокады) возникают после длительного и/или однократного употребления большого количества алкоголя (синдром «праздничного» сердца).

Низкий вольтаж зубцов комплекса QRS в отведениях от конечностей в сочетании с высокой амплитудой зубцов комплекса QRS в грудных отведениях, часто есть признаки гипертрофии левого желудочка. Нарушения атриовентрикулярной проводимости редки. Блокада левой ножки пучка Гиса встречается в 50 % случаев, но чаще связана с постинфарктными изменениями. Патологические зубцы Q выявляют у 5-20 % больных, но их локализация часто не совпадает с зонами гипокинезии стенок.

При мониторинговании ЭКГ выявляют желудочковые нарушения ритма — желудочковые экстрасистолы и пароксизмальные желудочковые тахикардии.

Эхокардиография — это основной метод диагностики заболевания. Выявляют увеличение размеров желудочков сердца (размер левого желудочка в диастолу более 6 см), увеличение предсердий; снижена сократимость левого желудочка (фракция выброса менее 45 %); снижена амплитуда движения стенок и их сократимость, без изменения их толщины; гипокинезия стенок чаще диффузная; увеличено расстояние от конца передней створки митрального клапана до эндокарда межжелудочковой перегородки в диастолу; обнаруживают митральную и трикуспидальную регургитацию; часто находят тромбы в полостях сердца.

Рентгенография. При рентгенографии грудной клетки выявляют увеличение левого желудочка, хотя нередко можно встретить генерализованную кардиомиопатию, иногда вследствие наличия сопутствующего выпота в перикарде. При осмотре легочных полей можно определить признаки венозной гипертензии и интерстициального альвеолярного отека.

Катетеризация сердца проводится в республиканском кардиодиспансере. Выявляют дилатацию и дисфункцию левого желудочка; повышенное давление наполнения лево- и часто правостороннее.

При изучении гемодинамики усугубляются, что сердечный выброс в покое умеренно или значительно снижен и не увеличивается при физической нагрузке. Конечно-диастолическое давление в левом желудочке, давление в левом предсердии, давление заклинивания легочных капилляров повышены. Когда увеличивается недостаточность правых отделов сердца, повышается конечно-диастолическое давление в правом желудочке, правом предсер-

дии и центральное венозное давление. При ангиографии выявляют дилатацию, диффузную гипокинезию левого желудочка, часто с митральной регургитацией той или иной степени. Венозные артерии не изменены, это позволяет исключить так называемую ишемическую кардиомиопатию. Транс-венозная эндомикардиальная биопсия помогает исключить инфильтрацию миокарда амилоидом. У некоторых больных при биопсии в миокарде выявляют круглоклеточное воспаление, что свидетельствует о воспалительной этиологии процесса и совместимости с первичным вирусным миокардитом.

В течениях алкогольной кардиомиопатии выделяют 3 стадии (Василенко В.Х. и соавт., 1989).

I стадия продолжается около 10 лет. Клинически напоминает картину НЦД с жалобам на упорную «беспричинную» боль в области сердца, сердцебиение, чувство нехватки воздуха, головную боль, раздражительность, потливость, плохой сон. Сердце не увеличено, тахикардия, артериальное давление умеренно повышено.

II стадия развивается при злоупотреблении алкоголем свыше 10 лет. Наблюдаются акроцианоз, одутловатость лица. При небольшой физической нагрузке появляются одышка, кашель, отеки нижних конечностей. Размеры сердца увеличены, тоны глухие, иногда ритм галопа. Отмечаются различные аритмии. Печень увеличена в размерах, характерны застойные явления в малом круге кровообращения.

III стадия представляет собой результат прогрессирующего кардиосклероза и необратимых метаболических изменений в миокарде.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Важна дифференциальная диагностика с ИБС (включая коронарографию). Характер болевого синдрома обычно позволяет дифференцировать АКМП от ИБС. Боль при АКМП обычно появляется на следующий день после алкогольного эксцесса, а чаще — после нескольких дней злоупотребления алкоголем. При этом она локализуется в области соска, верхушки сердца, иногда захватывая всю предсердечную область. Обычно боль проявляется постепенно, исподволь, бывает ноющей, тянущей, колющей. Для нее нехарактерны приступообразность, связь с физической нагрузкой и купирование приемом нитратов. На Эхо-КГ при АКМП, в отличие от ИБС, наблюдается дилатация полостей сердца со снижением сократимости миокарда, не имеющим очагового характера. Объективным методом, помогающим в диагностике кардиомиопатии и дифференциальной диагностике АКМП и ДКМП, является прижизненная субэндокардиальная биопсия миокарда с морфологическим исследованием.

Осложнения алкогольной кардиомиопатии — внезапная смерть (фибрилляция желудочков) или хроническая сердечная недостаточность, тромбоэмболический синдром. Большинство больных, особенно в возрасте старше 55 лет, умирают в течение 2 лет после появления симптомов заболевания. Смерть наступает в результате застойной сердечной недостаточности или вследствие желудочковой аритмии. Внезапная смерть, в основном в результате аритмий, является постоянной угрозой. Течение заболевания часто осложняется системными эмболиями, поэтому все больные, не имеющие противопоказаний, должны получать антикоагулянты.

СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Устранение алкогольного повреждения сердца — нелегкая задача.

- Этиотропного лечения АКМП до настоящего времени не разработано.
 - Лечение непосредственно АКМП
 - Симптоматическое лечение основных осложнений АКМП:
 - 1) сердечной недостаточности;
 - 2) нарушений ритма.
- Терапия АКМП может быть признана адекватной, только если она проводится по трем следующим направлениям:
- претотворение эпизодов приема алкоголя;
 - профилактика и лечение СН;
 - коррекция метаболических нарушений, вызвавших АКМП.

Сложность заключается в том, что миокард обладает способностью «запоминать» обменные (биохимические) алкогольные нарушения, что приводит к повторениям аритмий, особенно мерцательной. У лиц, потребляющих большое количество алкоголя в течение многих лет, может развиваться клиническая картина, идентичная таковой при дилатаци-

онной кардиомиопатии. Безусловно, алкогольная кардиомиопатия — основная форма вторичных кардиомиопатий не только в странах Запада, но и у нас. Прекращение потребления алкоголя до того, как развилась выраженная сердечная недостаточность, может остановить прогрессирование или даже привести к обратному развитию болезни, тогда как первичные кардиомиопатии характеризуются постоянным прогрессирующим заболеванием. Ключом к лечению больных с алкогольной кардиомиопатией на любой стадии является полный и постоянный отказ от потребления алкоголя. При продолжении его приема с большой долей вероятности можно предположить срыв всей линии терапии.

Стандартное лечение СН при АКМП само по себе мало отличается от лечения СН другой этиологии и подробно рассмотрено в соответствующих руководствах. Лечение сердечной недостаточности при АКМП следует рассматривать как паллиативное, симптоматическое. Нет убедительных данных, что такая терапия оказывает какое-либо влияние на прогноз болезни. Стандартная терапия, включающая ограниченное потребление соли, назначение диуретиков и вазодилаторов, может вызвать симптоматическое улучшение, во всяком случае в начальных стадиях болезни.

Немедикаментозные мероприятия включают ограничение жидкости, контроль диуреза, обязательны адекватные физические нагрузки (даже при далеко зашедшей сердечной недостаточности возможна минимальная лечебная физкультура). Большое значение имеет нутритивная (питательная) поддержка при развитии сердечной кахексии. Категорически запрещен алкоголь!

Медикаментозное лечение.

На ранних стадиях без проявлений сердечной недостаточности и при наличии кардиалгии, тахикардии, артериальной гипертензии и аритмий рекомендуются блокаторы бета-адренорецепторов. Применимы только селективные в-блокаторы (карведилол, бисопролол). Лечение начинают с минимальных доз. Дозу очень медленно титруют, повышая до максимально переносимой. Доказано положительное влияние на выживаемость.

Диуретики — как тиазидные (в малых дозах, ежедневно), так и петлевые (в особенности при декомпенсации течения заболевания). Обязателен контроль диуреза.

Антагонисты альдостерона (верошпирон) показаны большинству больных, в сочетании с диуретиками.

Ингибиторы АПФ обязательно для применения всем больным с сердечной недостаточностью.

При необходимости используются также антиаритмические средства при опасных для жизни желудочковых аритмиях, соли калия и магния, витамины, анаболические гормоны, антиагреганты и непрямые антикоагулянты.

При выраженной кардиомиопатии можно назначить сердечные гликозиды, однако строго контролировать их прием в целях предупреждения кардиотоксических эффектов, т.к. у этих больных повышен риск интоксикации препаратами дигиталиса. Но клиническая практика ведения АКМП показывает: получение значительного эффекта от сердечных гликозидов у данной категории больных не доказано и имеется высокая опасность их применения в связи с отсутствием настроенности пациентов на строгое регулярное принятие лекарств.

В данной работе считаем важным обратить внимание на перспективы метаболической терапии АКМП и сопутствующей «энергетической» СН.

Именно метаболическая терапия является патогенетически обоснованным методом лечения АКМП как заболевания, развившегося именно вследствие патологических метаболических сдвигов в биохимическом континууме кардиомиоцитов. Наиболее многообещающими в этом отношении представляется использование лекарственных средств с цитопротективным эффектом: триметазидин, левокарнитин, фосфокреатин и др. Восстановление потенциально обратимо нарушенного метаболизма возможно при таком назначении препаратов, чтобы каждый предыдущий создавал субстраты для действия последующего медикамента.

В такой схеме триметазидин работает на первом рубеже. Он переключает метаболизм миокарда с использования жирных кислот на аэробный распад глюкозы (как более эффективный путь), ингибируя митохондриальную кетонацил-CoA-тиолазу. Таким образом, цикл Кребса «стимулируется» вступающим в него дополнительным пируватом.

Главная цель метаболической тера-

пии — ускорение всей цепочки реакций от окисления глюкозы и жирных кислот до фосфорилирования актина. Такой подход может быть эффективным как в повышении фракции выброса, так и в обращении вспять дистрофических изменений.

В России экономические аспекты терапии приобретают особое значение. Стоимость препарата, особенно, когда речь идет о необходимости проведения комбинированного лечения, во многом определяет выбор всей схемы лечения АКМП, как и любых других заболеваний.

Поэтому все чаще врачи отдают предпочтение качественным дженерическим препаратам, которые подтвердили свою эффективность, хорошую переносимость и при этом доступным для пациентов.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ И ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Последнее время все чаще при неудачах в консервативной терапии АКМП, а так же у больных с тяжелым течением заболевания и не имеющих противопоказаний, рассматривается вопрос о трансплантации сердца; 10-летняя выживаемость при этом, по данным ряда авторов, составляет более 70%. Однако проблема пересадки сердца, наряду с высокой стоимостью вмешательства, состоит и в недостатке донорских органов. Иногда в качестве методов хирургического лечения АКМП используют кардиомиопластику, частичную вентрикулоэктомию левого желудочка (операция Batista).

Таким образом, АКМП в настоящее время является значимой проблемой, особенно в России. Хотя определенные звенья патогенеза данного заболевания выяснены, полное понимание связи между этиологией и клиникой еще предстоит обрести.

ПРОГНОЗ

Прекращение потребления алкоголя до того, как развилась выраженная сердечная недостаточность, может остановить прогрессирование или даже привести к обратному развитию болезни, тогда как первичные кардиомиопатии характеризуются постоянным прогрессированием заболевания.

При исключении алкоголя и под влиянием лечения размеры сердца у больных с алкогольной кардиомиопатией нередко уменьшаются. Восстановление основных функций миокарда и улучшение общего состояния наступают очень медленно, сроки относительного выздоровления исчисляются месяцами и годами.

Алкоголики с выраженной сердечной недостаточностью имеют плохой прогноз, особенно тогда, когда они продолжают прием алкоголя. Менее 25 % из них живут более 3 лет. Участковые врачи должны помнить о существовании этой проблемы, и то, что при своевременной диагностике и начале базисной терапии СН больных может существенно увеличиться. Спешите ставить диагноз.

Е. И. БУСАЛАЕВА,
доцент кафедры внутренних
болезней МФ ЧГУ,
М. М. ТОЯБИНСКАЯ,
врач-методист ГУЗ «РЦ ЛФК и СМ».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- Артемчук А.Ф. Клинические особенности и терапия сердечно-сосудистых нарушений при алкоголизме.
Белялов Ф.И. Алкоголь и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.
Гуревич М.А. Проблема некоронарогенных заболеваний миокарда в клинической практике // РМЖ, Т 6, № 24, 1997.
Козлов К.Л., Шанин В.Ю. Ишемическая болезнь сердца. М., 2002.
Лазюк Д.Г., и соавт. Возможности лечения больных дилатационной кардиомиопатией. М., 2001.
Лекции по кардиологии / Под ред. Бокерия Л.А., Голуховой Е.З. М., 2001.
Мухарьямов Н.М., Кардиомиопатии. М., 1990.
Рекомендации Европейского общества кардиологов ... // Сердечная недостаточность Т 1, N 6, 2001.
Султанов И.Я., Радун Е.Г. Хроническая алкогольная интоксикация ... // Вестник РУДН, 1998. N1.
Терещенко С.Н., Джагани Н.А. Дилатационная кардиомиопатия сегодня // Consilium-medicum, 2003.
Энциклопедия лекарственных средств. Гл. ред. Вышковский Г.Л., М., 2003.
АКМП // Кардиология, № 10, 2003.

СПОРТ

МЕДИКИ И ШАХМАТЫ

13 августа 2009 года в МУЗ «Вторая городская больница» состоялся шахматно-шашечный турнир, посвященный 540-летию со дня основания Чебоксар. Турнир был организован первичной профсоюзной организацией больницы, большую помощь в судействе оказал педагог-организатор Иванов Зиновий Пантелеймонович.

Несмотря на период отпусков, в турнире приняли участие 28 сотрудников из 10 структурных подразделений больницы. Кроме взрослых, за шахматные доски сели восемь детей сотрудников, которые тоже очень активно боролись за победу. В результате 1 и 2 места заняли Аня Молякова и Алена Ежова, а 3 и 4 места – Ежова Маша и Матюкова Света. Общекомандное I место заняла команда терапевтического отделения стационара.

А врач КДЛ Защелкина Нелли Александровна посвятила турниру поэтические строчки:
*Кто играть умеет в шахки,
Кто-то в шахматах силен.
На турнирах нет поблажки –
Кто сильней, тот чемпион!
Здесь нужна ума палата
И логический расчет.
А еще, чуть-чуть азарта,
Тут уж точно повезет.
Ждут участников награды,
Поздравленья и цветы.
И коллеги будут рады
Если выиграешь ты!*

ЖЕНЩИНЫ-МЕДИКИ
ВЗЯЛИ «ЗОЛОТО» НА
ГОРОДСКОМ
СПОРТИВНОМ ФЕСТИВАЛЕ
«ВОЛЖСКАЯ ЖУРАВУШКА»

Женская команда МУЗ «Городская клиническая больница №1» заняла 1 место по волейболу в VIII ежегодном городском спортивном фестивале женщин «Волжская журавушка». В фестивале, прошедшем 7 и 9 августа, приняли участие 10 команд женских трудовых коллективов различных предприятий и организаций города Чебоксары.

ПРИВИВКИ: ЗА ИЛИ ПРОТИВ?

Вакцинация проводится уже более двух веков. Однако бытует мнение, что прививки наносят человеку вред и, якобы, провоцируют возникновение разных болезней. Некоторые отказываются прививаться от гриппа, дифтерии, туберкулеза, и потом удивляются, что заболевают. Так ли необходимы прививки взрослым? На этот неоднозначный вопрос мы попросили ответить главного специалиста-эксперта отдела организации медицинской помощи Минздравоохранения ЧР Наталью Михайловну Иванову.

Еще до широкого распространения прививок заболеваемость и особенно смертность от инфекционных болезней уменьшились во много раз. Это было связано с прогрессом в медицине и изменением санитарно-гигиенических условий жизни: появление водопровода и канализации, хлорирование воды и пастеризация молока, улучшение качества обработки продуктов сельского хозяйства. Фактически исчезли болезни, от которых на территории европейских стран никогда не делалось массовых профилактических прививок (холера, чума, брюшной тиф, сибирская язва, дизентерия). В то же время дифтерия, с которой прививками отчаянно боролись почти полвека, быстро напомнила о себе, когда население обнищало, появились толпы бродяг и беженцев, а система санитарного контроля пришла в упадок. Инфекционные заболевания были, есть и будут. Они естественные спутники человека. Некоторые считают, что бороться с прививками – бороться против самой человеческой природы, что даже если грубым насилием над природой искоренить те или иные болезни, взамен них получаешь новые, нередко гораздо более опасные. Некоторые люди выступают категорически против массовых профилактических прививок. Например, прививка от бешенства небезопасна, и случаев, когда она приводила к тяжелым болезням и смерти, предостаточно. Но когда человек искусан заведомо бешеным животным, риск заболеть бешенством и погибнуть от него перевешивает риск пострадать от прививки.

Однако календарные профилактические прививки по определению не могут ухудшить здоровье прививаемых. Сейчас в России много отказов от прививок. Согласно Федеральному Закону РФ «Об им-



мунопрофилактике инфекционных болезней» от 17 ноября №157-903 1998 г. (п. 5) установлено, что родители имеют полное право на отказ от прививок без какого бы то ни было ущемления в правах. Их непривитых детей обязаны принимать и в детсады, и в школы. В законе сказано, что граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях. Также люди имеют право на бесплатные профилактические прививки, включенные в национальный календарь прививок, и профилактические прививки по эпидемиологическим показаниям. При необходимости человек имеет право на медицинский осмотр и обследование перед прививками, получение квалифицированной медицинской помощи в государственных и частных учреждениях при возникновении поствакцинальных осложнений в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам страны бесплатной медицинской помощи. В законе прописана и социальная поддержка при возникновении поствакцинальных осложнений.

Еще несколько лет назад педиатры в поликлиниках рты

в изумлении открывали, когда родители заявляли об отказе от прививок, а сегодня во многих поликлиниках уже заготовлены бланки отказа. К сожалению, некоторые граждане не знают, что отсутствие

профилактических прививок влечет за собой запрет на выезд в страны, пребывание в которых, в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами РФ, требует профпрививок. Они не знают о возможном временном отказе в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий. Не знают они и о том, что им могут отказать в приеме на работу или отстранить от работы, выполнение которой связано с риском заболевания инфекционными болезнями. Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок, устанавливается Правительством РФ.

При осуществлении иммунопрофилактики люди обязаны выполнять предписания медиков или в письменной форме подтверждать отказ от профилактических прививок.

Сегодня рост числа отказов – свидетельство того, что в терапевтической службе необходимо усилить профилактическую работу и разъяснять населению о необходимости прививок.

А. ТРОФИМОВ.

ПОЗДРАВЛЕНИЯ



Поздравляем с 55-летием **Шутееву Татьяну Николаевну** - ведущего специалиста-эксперта отдела по делам ветеранов Минздравоохранения Чувашии.

Уважаемая Татьяна Николаевна!

Искренне желаем Вам долгих и плодотворных лет жизни, здоровья, счастья и благополучия.

Пусть Ваша жизнь будет всегда наполнена пониманием и поддержкой друзей и единомышленников. Пусть неиссякаемая энергия, творческое вдохновение будут и в дальнейшем залогом успехов и побед в Вашей работе!

Мира и добра Вам и Вашим Близким!

Коллектив Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики.

БЛАГОДАРНОСТИ

Выражаю огромную благодарность врачу женской консультации МУЗ «Городская клиническая больница №1» **Машановой Елене Николаевне** за чуткое, доброе и профессиональное отношение к пациентам. Я благодарна судьбе за то, что она свела меня с таким замечательным человеком. Когда бы я к ней ни обратилась, она всегда находит время и выслушивает, несмотря на занятость. Дай ей Бог огромного здоровья, счастья, процветания и долгих лет жизни!

Также благодарю главного врача МУЗ «Городская клиническая больница №1» **Воропаеву Лидию Александровну**, заместителя главного врача по женской консультации **Мыцкова Александра Витальевича** за то, что в их коллективе есть такие замечательные, добрые, хорошо знающие свое дело сотрудники. **Филиппова Елена Валерьевна.**

НА ПРИЕМ К ВРАЧУ – ЧЕРЕЗ ИНТЕРНЕТ



На прием к участковому врачу чебоксарцы могут записаться не только по телефону, но и через Интернет. С 24 августа 2009 года все муниципальные учреждения здравоохранения города Чебоксары переходят на систему электронной записи на прием к врачу. Уже сейчас на медицинском портале www.med.cap.ru в разделе «Электронная регистратура» доступна запись на прием в МУЗ «Городская клиническая больница №1», МУЗ «Городская больница №5», МУЗ «Городская детская больница №1» и МУЗ «Центральная городская больница».

Пациенту нужно просто зайти на сайт и записаться. При этом не исключается запись на прием к врачу по телефону регистратуры.

Схема записи:

1. Зайти на сайт www.med.cap.ru
2. Найти меню «Электронная регистратура»
3. Выбрать пункт «Лечебное учреждение», затем номер участка
4. Выбрать нужное время, записать свое ФИО

ГОУ «ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
ВРАЧЕЙ» МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ ЧР
ОБЪЯВЛЯЕТ КОНКУРСНА ЗАМЕЩЕНИЕ ВАКАНТНЫХ ДОЛЖНОСТЕЙ
ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА
ПО КАФЕДРАМ:

- Терапии и семейной медицины – доцент – 1,5 ст. - 2 чел.
Педиатрии – доцент – 3 ст. - 4 чел.
Педиатрии – ассистент – 1 ст. - 1 чел.
Акушерства и гинекологии – профессор – 0,5 ст. - 1 чел.
Акушерства и гинекологии – доцент – 1,5 ст. - 2 чел.
Акушерства и гинекологии – ассистент – 1 ст. - 1 чел.
Стоматологии – профессор – 1 ст. - 1 чел.
Стоматологии – ассистент – 1,5 ст. - 2 чел.
Хирургии, травматологии и ортопедии – доцент – 1,5 ст. - 2 чел.
Общественного здоровья и здравоохранения – профессор – 1,75 ст. - 3 чел.
Общественного здоровья и здравоохранения – ассистент – 1 ст. - 1 чел.

Срок подачи документов – месяц со дня публикации объявления.
Документы направлять по адресу: 428003, г. Чебоксары, Красная площадь, д.3, каб. 303

Телефон для справок: (8352) 62-72-16.

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».

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР - С.А.КАЛИКОВА
РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ: Н.В.СУСЛОНОВА - научный консультант, А.Ю. АХВАНДЕРОВА - ответственный секретарь.
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ: А.Н.КАРЗАКОВ, В.А.ТЕЛЛИНА, В.П.МУЛЛИНА, В.Н.ФИЛИМОНОВ, В.И.ВИКТОРОВА.

Газета зарегистрирована Приволжским территориальным управлением МПТР России. Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ТУ 21-00034 от 02 марта 2009 г.

Номер подписан в печать 29.08.2009. Тираж 1200 экз. Заказ № 2151. Отпечатано с готовых пленок в типографии ГУП «ИПК «Чувашия», пр. И.Яковлева, 13.

За содержание и достоверность сведений в рекламном объявлении ответственность несет рекламодатель.

Индекс 54839.