

# Медицинский Вестник

Выходит с января 1995 года

№ 4 (273) 29 апреля 2010 г.

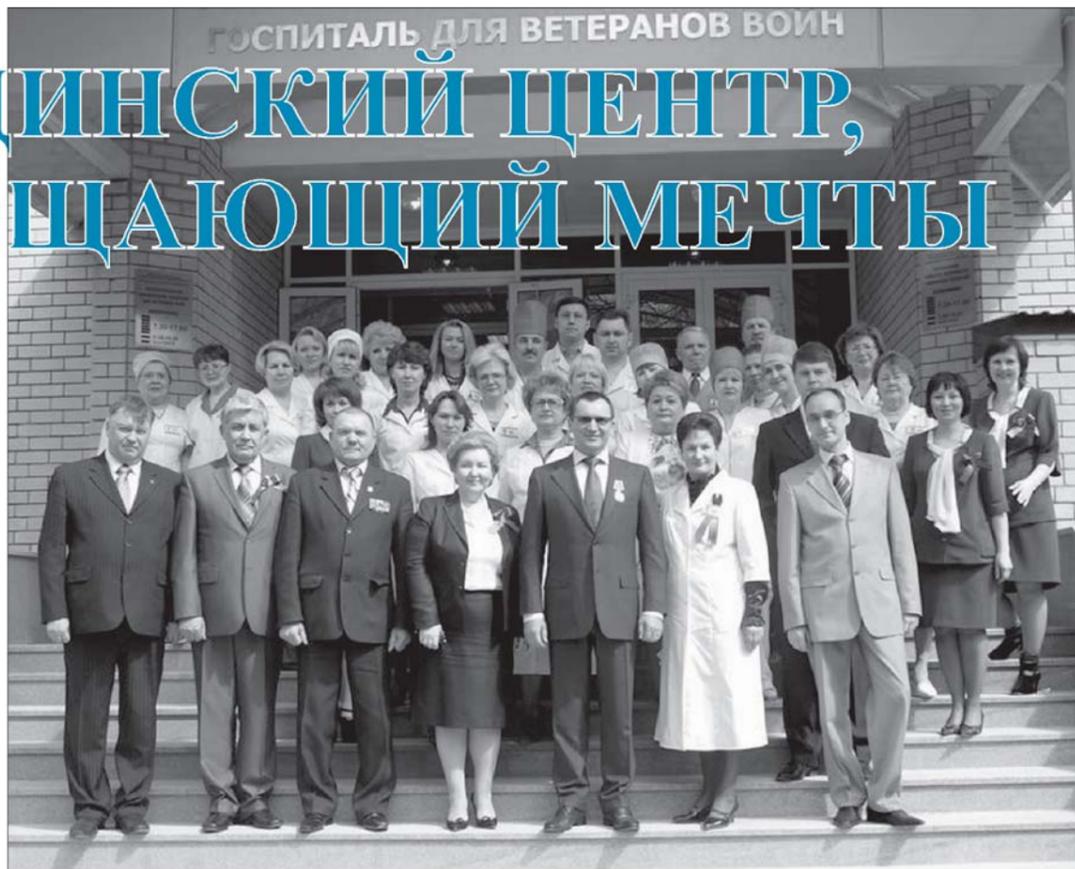
СОБЫТИЯ И ФАКТЫ СОБЫТИЯ И ФАКТЫ СОБЫТИЯ И ФАКТЫ

## МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР, ВОПЛОЩАЮЩИЙ МЕЧТЫ

30 апреля состоялось открытие консультативно-диагностического корпуса Республиканского клинического госпиталя для ветеранов войн. Первыми гостями нового центра стали Президент Чувашии Николай Федоров, его супруга Светлана Юрьевна, Председатель Кабинета Министров Чувашии Нина Сулонова, депутат Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации Валентин Шурчанов.

В новом здании госпиталя расположились поликлиника на 300 посещений в сутки, диагностическое и физиотерапевтическое отделение, клиническая лаборатория. Здание оснащено пандусами и лифтами для большей доступности маломобильных пациентов. Ввод в эксплуатацию этого корпуса позволил расширить стационар госпиталя до 160 коек, открыть урологическое и реанимационное отделения для оказания высокотехнологической медицинской помощи. На строительство и оснащение медицинским оборудованием нового корпуса госпиталя из республиканского бюджета направлено около 167 млн. рублей.

"Сегодня исполнилась мечта многих поколений жителей республики. Открытие нового диагностического корпуса не просто расширяет, а переводит госпиталь ветеранов войн в новую категорию —



центров оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Это позволит тысячам граждан, героям, патриотам родной земли, имеющим большие заслуги перед Отечеством, получить то, в чем они нуждаются — еще более современное здравоохранение. Врачи же смогут шире раскрыть свой потенциал и реализовать себя как высокопрофессиональные специалисты", — отметил Президент Николай Федоров. Николай Васильевич вручил главному врачу Республиканского клинического госпиталя для ветеранов войн Людмиле Авершиной сертификаты на новые машины скорой медицинской помощи.

Высокие гости ознакомились с работой электронной регистрации, позволяющей пациентам записываться на прием к врачу-специалисту, как по телефону, так и через Интернет. Президенту Чувашии были продемонстрированы возможности унифицированной социальной карты. Было отмечено,

что "пилотный" проект по внедрению социальной карты в Чувашии осуществляется с ноября 2009 года в г. Канаш. На карте реализовано банковское и транспортное приложение (льготный транспортный проездной). Кроме того начата реализация медицинского приложения по осуществлению функции записи пациентов на прием к врачам поликлиник и функционирование социальной карты в качестве электронного медицинского полиса. На следующем этапе в рамках социальных карт планируется внедрение электронного приложения по выписке и отпуску льготных рецептов.

Делегация посетила кабинеты рентгенологических исследований, дистанционной литотрипсии, терапевтической стоматологии и хирургического отделения. Заведующий хирургическим отделением Владимир Осипов подчеркнул, что все сделано для удобства пациентов, а у медицинских работников есть все воз-

можности работать еще лучше и эффективнее.

Президент Чувашии и ветераны Великой Отечественной войны, представители общественности, медицинские работники учреждения в непринужденной обстановке за чашкой чая обсудили волнующие их темы, в частности — вопросы медицинского обслуживания ветеранов, патриотического воспитания подрастающего поколения и другие. "Мы должны беречь ваше здоровье, чтобы вы и дальше радовали своих близких, родную Чувашию и всю страну, помогали нам в воспитании молодежи, своим примером показывали им, что такое патриотизм, мужество и вера в Победу", — подчеркнул Николай Федоров, обращаясь к ветеранам.

Участник Великой Отечественной войны Нил Морозов от имени всех ветеранов поблагодарил руководство республики за труд и постоянную заботу о здоровье и благополучие граждан Чувашии.

## НА ПОВЫШЕНИЕ

8 апреля на внеочередной сессии Государственный Совет Чувашской Республики утвердил кандидатуру Нины Сулоновой, представленную президентом республики, на должность Председателя Кабинета Министров Чувашии.

Выступая перед депутатами, премьер-министр подчеркнула: "У нас с вами должен быть конструктивный и системный подход в работе. Основываясь на Послании Президента Чувашии, мы постараемся решить главные проблемы социально-экономического и демографического развития Чувашии. Это потребует от нас с вами большой отдачи и огромного труда. Думаю, что все у нас получится".

### 30 апреля Президент Николай Федоров подписал Указ О назначении министра здравоохранения и социального развития Чувашской Республики.

Главой Минздавсоцразвития республики стала **Венера Петровна МУЛЛИНА**, ранее возглавлявшая Управление Росздравнадзора по Чувашии.

Венера Петровна после окончания Волгоградского государственного медицинского института в 1984 году пришла в местную районную больницу врачом-терапевтом. С 1996 года работала главным специалистом, помощником министра, начальником отдела в Минздравсоцразвития Чувашии. До назначения министром здравоохранения и социального развития Чувашии в течение последних пяти лет возглавляла Чувашское управление Росздравнадзора.



## В НОМЕРЕ:

Ветераны под опекой стр. 2  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДПОМОЩЬ - В КАНУН 65-ЛЕТИЯ ПОБЕДЫ

Тема номера стр. 3  
ТРУД НУЖДАЕТСЯ В ОХРАНЕ

Сердечный вопрос стр. 4-5

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ КАРДИОЛОГОВ ЧУВАШИИ ЗА 2009 ГОД

Знай наших! стр. 7  
КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

## Актуально

### Медицинский "Оскар" — в Батырево!

19 апреля в Москве состоялась IX церемония награждения победителей конкурса "Лучший врач года". Этот уникальный проект стал своего рода медицинским "Оскаром" — признанием и наивысшей оценкой врачебного дела.

Среди награжденных — врач-терапевт Батыревской ЦРБ Оксана Токмакова — она завоевала II место в номинации "Лучший терапевт".



Оксана Николаевна пришла в районную больницу сразу после окончания вуза и работает здесь более 15 лет. Ведет обучение больных в "Школе артериальной гипертонии", "Школе активного долголетия" и "Школе бронхиальной астмы". В 2002 - 2007 гг. доктор Токмакова активно проводила исследовательскую работу в рамках многоцентрового эпидемиологического исследования "ЭПОХА" с проведением скрининга населения района по сердечной недостаточности на фоне артериальной гипертонии.

## Почетное звание

Главному врачу Второй городской больницы г. Чебоксары Ирине Сорокиной присвоено звание "Заслуженный врач Российской Федерации".

Указ об этом был подписан Президентом Российской Федерации.

Ирина Ильинична — врач высшей квалификационной категории по специальности "Хирургия", отличник здравоохранения, заслуженный врач Чувашской Республики, является руководителем МУЗ "Вторая городская больница" с 1998 года. Интервью с Ириной Сорокиной читайте в следующем номере "Медицинского вестника".



## Новости Минздравсоцразвития

6 апреля Президент Николай Федоров принял участие в селекторном совещании, которое провел по поручению премьер-министра страны Владимира Путина заместитель Председателя Правительства Российской Федерации Александр Жуков. С докладом выступила Министр здравоохранения и социального развития РФ Татьяна Голикова.

Главными темами обсуждения стали вопросы формирования и контроля за ценами на лекарственные средства, установлением торговых надбавок к ним и обеспечения лекарственными средствами населения.

## СТОП-ЦЕНА

Николай Федоров сообщил, что в настоящее время в республике фармацевтическую деятельность осуществляет более 100 юридических лиц, реализующих продукцию в порядке 500 торговых точек. Сотрудниками Управления Росздравнадзора по Чувашии была проведена проверка данных организаций в части выполнения требований федерального законодательства о регулировании розничных и оптовых цен, а также надбавок. По итогам анализа предельных цен нарушений обнаружено не было.

Основная часть лекарственных препаратов из данного перечня реализуется в аптечных организациях Чувашии на 5-10 проц. ниже предела, установленного Правительством России, а по отдельным лекарственным формам (сумамед, флуконазол, бисакодил) цены меньше предельных на 25-30 проц. Стоимость отдельных препаратов в ряде аптечных организаций с 1 апреля этого года в целом незначительно уменьшилась. Фактов реализации лекарственных средств из перечня жизненно необходимых и важнейших по ценам выше максимальных, а также наличия дефицита препаратов и ограничения доступности лекарственных средств для граждан не обнаружено.

Отметив, что в результате аналогичных проверок в ряде других регионов России выявлено превышение предельного уровня, установленного Правительством страны в 5 и более раз, заместитель Председателя Правительства Российской Федерации Александр Жуков обратил особое внимание на то, что: "Цены на лекарственные средства – это не только экономический, но и социальный фактор, чрезвычайно важный и чувствительный для населения".

"Мы держим этот жизненно важный вопрос на контроле. Цены и надбавки на лекарственные препараты в Чувашии по сравнению с другими регионами Приволжского федерального округа наиболее низкие. Но и перегибать палку в этом вопросе тоже нельзя. Необходимо заботиться о доступности медикаментов, при этом нельзя допускать банкротства аптечных сетей, в которых трудится около 3 тыс. жителей республики. Тема требует гибкого обращения и постоянного мониторинга, потому что касается практически всех", – подчеркнул Николай Федоров.

В завершение глава республики провел совещание с представителями организаций и ведомств, курирующих вопросы лекарственного обеспечения жителей Чувашии.

## Компенсация сахарного диабета

6 апреля в Республиканском эндокринологическом диспансере состоялось заседание Чувашского регионального отделения "Российской ассоциации врачей-эндокринологов".

Врачом-эндокринологом диabetологического центра, к.м.н. А.А.Григорьевым проведен анализ степени компенсации диабета 1 и 2 типа у жителей Чувашии (по данным Регистра больных сахарным диабетом). Оценены уровни гликозилированного гемоглобина, который позволяет определить средний уровень глюкозы в крови за последние 3 месяца. Отмечено, что среднее значение по регистру Чувашии – 7,48%, по России – 8,3%. Это позволяет сделать вывод о лучшей компенсации сахарного диабета в Чувашии по сравнению со среднероссийскими показателями.

Ведущие специалисты ФГУ "Эндокринологический научный центр РАМН" к.м.н. Н.Б. Лебедев и к.м.н. Е.В. Брежнева показали новые возможности терапии больных сахарным диабетом второго типа, обратили внимание на многофакторный подход к лечению больных сахарным диабетом.

## Впервые в Чувашии

В хирургическом торакальном отделении Республиканской клинической больницы выполнена операция по поводу протяженного послеожогового сужения пищевода.

Алексей Добров, заведующий хирургическим торакальным отделением, отмечает, что в результате ожога пищевода пациентка принимала только жидкую пищу благодаря бужированию (расширению) пищевода. Однако бужирование не дало ожидаемых ре-

зультатов, и в начале апреля была проведена операция, сложность которой заключалась в травматичности: затрагивались шейный, грудной и абдоминальный (брюшной) отделы пищевода, был высокий риск кровотечения и гнойных осложнений. В ходе операции хирурги успешно вывели рубцово-измененный пищевод, удалили его и провели тотальную пластику пищевода из большой кривизны желудка абдоминально-цервикальным доступом.

## Эндопротезирование лучезапястного сустава

Врачи Центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования продолжают осваивать новые технологии.

19 апреля Центр посетили с рабочим визитом специалисты Ярославской областной клинической больницы. С участием врача-травматолога-ортопеда по

хирургии кисти Светланы Закедской успешно проведена первая в Центре операция по эндопротезированию лучезапястного сустава (эндопротез SBI) 53-летней пациентке с диагнозом "Деформирующей остеоартроз левого лучезапястного сустава на фоне ревматоидного полиартрита".

## Первый центр колопроктологии

На базе МУЗ "Городская клиническая больница № 1" открыт первый Республиканский Центр колопроктологии.

Здесь выполняется консервативное и хирургическое лечение. Широко применяются малоинвазивные и эндоскопические мето-

ды. Делаются реконструктивно-восстановительные операции на органах промежности, ликвидация кишечных свищей и колостом. Пациенты принимаются по направлениям установленного образца со всех государственных и муниципальных лечебных учреждений ЧР.

## ВРАЧ-ВETERAN

Сотрудники станции скорой медицинской помощи г. Чебоксары навестили своего коллегу – врача, ветерана Великой Отечественной войны Николая Арсентьевича Аршуткина. Николай Арсентьевич в 1942 году был призван на фронт. Награжден орденами Красной звезды и Отечественной войны, имеет медали "За отвагу", "Освобождение Варшавы", "За взятие Берлина". Вернувшись на Родину, Николай Арсентьевич окончил Казанский медицинский институт, затем возглавил Моргаушскую районную больницу, работал врачом-хирургом в студенческой поликлинике, а с 1981 по 1984 гг. – на станции скорой медицинской помощи в Чебоксарах. Несмотря на почтенные 85 лет, врач-ветеран ведет активный здоровый образ жизни, занимается драматургией и публицистикой.



## – Какие новшества применяются в лечении ветеранов?

– За два последних года были внедрены следующие новые технологии: высокоточковая терапия (больным с диабетической полинейропатией), лапароскопические операции на органах брюшной полости и мочеполовой системы, реконструктивные операции при сложных дефектах брюшной стенки с использованием эндопротезов, высокотехнологичные операции по поводу узловых образований щитовидной железы, парашитовой и опухолей надпочечников.

Высокотехнологичную помощь в Федеральных учреждениях здравоохранения в 2009 году получили пять инвалидов, семь участников Великой Отечественной войны и семь вдов.

Для оздоровления ветеранов и пожилых в республике организована работа школы "Активного долголетия", школы больных сахарным диабетом, для больных артериальной гипертензией, где прошли "учебу" около 5000 ветеранов.

В нашем госпитале ведется регистр инвалидов, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, организована работа выездной медицинской бригады. Ежедневно медицинская бригада, укомплектованная врачами специалистами госпиталя выезжает в сельские районы для проведения консультативной и организационно-методической работы по улучшению медобслуживания ветеранов и контроля за выполнением исполнения Федерального закона "О ветеранах" по предоставлению льгот медицинского характера.

Для дальнейшего повыше-

## День Победы

Совсем немного времени остается до празднования 65-летия Великой Победы. Про те трудные годы помнят убежденные сединами ветераны – и те, кто защищал страну с оружием в руках, и те, кто трудился в тылу.

Вот уже шестой год для них открыты двери специализированного медузрения – Республиканского клинического госпиталя для ветеранов войн. О своей работе "Медицинскому вестнику" рассказала заместитель главного врача Алевтина ИЛЬИНА.

ния качества оказания медицинской помощи постоянно укрепляется материально-техническая база. В апреле 2010 года сдано в эксплуатацию здание новой поликлиники госпиталя на 300 посещений в сутки, где развернулись просторные кабинеты для приема специалистов, диагностические кабинеты, оснащенные современным оборудованием. На освободившихся площадях после реконструкции стационара будет развернуто 60 дополни-



## – Как другие республиканские ЛПУ и клиники вовлечены в оказание медпомощи ветеранам?

– В каждом медузрении республики развернуты специальные палаты для инвалидов и участников ВОВ повышенной комфортности, одно- двухместные, организован активный патронаж на дому.

Исполняя приказ Минздравсоцразвития ЧР от 19 ноября 2009 года №1105 "О проведении в 2010 году углубленного диспансерного обследования инвалидов и участников Великой Отечественной войны 1941-1945 годов" в каждом лечебном учреждении был организован углубленный медицинский осмотр ветеранов Великой Отечественной войны. В республике было организовано 50 выездных бригад для проведения осмотров маломобильных участников войны на дому и по месту пребывания в учреждениях социального обслуживания. В районах Чувашии комплексный осмотр инвалидов начат 11 января 2010 года.

На 1 апреля 2010 года комплексными медицинскими осмотрами охвачено: инвалиды и участники Великой Отечественной войны – 97%; лица, награжденные знаком "Житель блокадного Ленинграда", – 100%; бывшие узники концлагерей – 99%; члены семей погибших – 95%. По результатам комплексных осмотров на 1 апреля 2010 года 7189 ветеранов получили медицинскую помощь, в том числе стационарное лечение – 2025 человек. Комплексный медицинский осмотр ветеранов войны в республике будет завершен к 1 мая 2010 года.

# ВETERANЫ ПОД ОПЕКОЙ

тельных коек и открыты урологическое и реанимационное отделения для оказания высокотехнологической помощи. Здесь, в одном месте, ветераны могут пройти полное обследование.

– Каким новым оборудованием оснащают госпиталь?

– Только в 2009 году в наш госпиталь поступили аппарат наркозный, аппарат ИВЛ, электрокоагулятор, литотриптер, прикроватные мониторы, биохимичес-

кий и гематологический анализаторы. В первом квартале 2010 года поступил рентгеновский аппарат, 2 дефибриллятора и бронхоскоп. По программе Президента России Республиканскому клиническому госпиталю для ветеранов войн выделено 2 автомобиля скорой медицинской помощи класса А, портативный ультразвуковой аппарат с цветным и спектральным доплером Toshiba Viamo, ультразвуковой скальпель Harmonic, видеогастроскоп Olimpus.

14 апреля в Доме Правительства под председательством Президента Чувашии Николая Федорова состоялось заседание Кабинета Министров. Одним из вопросов для обсуждения стало улучшение условий, охраны труда и здоровья работающих в Чувашской Республике. Чтобы и дальше держать ситуацию под контролем, развивать систему профилактики заболеваемости работников и реабилитации лиц, пострадавших на производстве, на заседании Правительства Чувашии была одобрена Республиканская целевая программа улучшения условий, охраны труда и здоровья работающих на 2011-2013 годы. "Тема остается актуальной. За реализацию Программы нужно взяться "засучив рукава", — подчеркнул Николай Федоров.

### Статистика по Чувашии

В Чувашии трудятся 384 000 человек, из них 185 000 — женщины. Как отметила заместитель министра здравоохранения и социального развития ЧР Надежда Осипова, число пострадавших на рабочем месте в расчете на 1000 занятых за последние десять лет снизилось в 2 раза. Число погибших и получивших тяжелые травмы на производстве по сравнению с предыдущим годом также значительно уменьшилось. Уровень производственного травматизма в целом снизился в 1,4 раза.

Вместе с тем в Чувашии неуклонно растет количество работников, занятых в условиях труда, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам. По данным Чувашстата, 37,7 тыс. человек (38% списочной численности) были заняты на работах с вредными и (или) опасными условиями труда.

Государственная инспекция труда в Чувашии обеспокоена здоровьем и безопасными условиями труда населения. Для тревоги есть основания: инспекторы ГИТ участвовали в 1692 проверках и выявили 7286 нарушений условий труда. Не дремлет и Минздравсоцразвития Чувашии. В прошлом году люди в белых халатах провели 73 государственные экспертизы условий труда в 45 организациях всех форм собственности. После обследования медиками 2862 рабочих мест следующие данные.

Безопасными для работников можно считать только 65,2% проверенных мест, 34,8% мест признали как "неоптимальные", а 8,5% отнесли к травмоопасным. Кроме того, в прошлом году 146 организаций Чувашии провели аттестацию 15 500 рабочих мест по условиям труда, на них трудятся 19 000 работников. Оказалось, 49,5% рабочих мест не соответствовали государственным нормативным требованиям охраны труда.

В прошлом году инспекторы ГИТ отстранили от работы не прошедших специальное обучение 419 мастеровых. Эксперты не исключают роста количества таких работников. Да и куда деваться подневольному работнику от "уговоров" без соответствующего обучения потрудиться на травмоопасном месте, если работодатель прозрачно намекает, что на бирже труда масса сговорчивых безработных. Неудовлетворительные условия труда становятся причиной профессиональных заболеваний. "Решение проблемы профессиональных заболеваний требует комплексного подхода на республиканском и муниципальном уровне. В настоящее время внедряются системные подходы к проведению мониторинга ситуации на производстве и обеспечению охраны труда", — заключила Надежда Александровна.

### Индекс профессионального риска

Проводимая в республике комплексная работа по улучшению условий и охраны труда позволяет сохранить тенденцию к снижению производственного

### Тема номера

*Двойственная картина складывается при знакомстве со статистикой по охране труда. С одной стороны, за последние десять лет число пострадавших на производстве в расчете на тысячу работающих сократилось вдвое. Заметно уменьшились и потери рабочего времени из-за травм на производстве. С другой, как и в целом по России, пока высоким остается у нас уровень смертности в работоспособном возрасте.*



# ТРУД НУЖДАЕТСЯ В ОХРАНЕ

## ВОПРОС

Поощряется ли в Вашей организации инициатива, участие работников в улучшении условий и охраны труда?

НЕТ	57.89%
ДА	26.32%
НЕДОСТАТОЧНО	10.53%
ЗАТРУДНЯЮСЬ	5.26%

Обеспечены ли Вы спецодеждой, спецобувью и другими СИЗ?

НЕТ, не обеспечен(а)	50.00%
обеспечен(а), но не в полном объеме	22.22%
ДА, полностью	16.67%
ЗАТРУДНЯЮСЬ	11.11%

Опрос на официальном сайте "Охрана труда в Чувашской Республике" <http://www.gov.cap.ru/main.asp?govid=162>

травматизма и профессиональной заболеваемости. Количество пострадавших на производстве за последние 5 лет снизилось на 40,7% (с 479 до 284 человек), а погибших на производстве — на 50% (с 35 до 20 человек). Число пострадавших на производстве в расчете на 1000 работающих в 2009 году составило 1,5 (в 2008 г. — 1,9, в 2005 г. — 2,0).

Одним из индикаторов мониторинга, по которому мы можем в целом оценить ситуацию в республике, является индекс профессионального риска. По итогам 2009 года в сравнении с предыдущим годом данный показатель снизился на 5% и составил 0,0077 (в 2008 году — 0,0081).

Наибольшее число предприятий с неудовлетворительным санитарно-техническим состоянием отмечается на предприятиях таких отраслей экономики, как обработка древесины и производство изделий из дерева, производство прочих неметаллических минеральных изделий, строительство и строительная индустрия, металлургическое производство, сельское хозяйство. И тяжелее всего приходится современным фермерам. Управление Роспотреб-

надзора по ЧР сигнализирует: 66,2% находящихся на их учете объектов АПК находятся в крайне неудовлетворительном санитарно-гигиеническом состоянии. Практически не решаются вопросы улучшения условий труда и бытового обслуживания сельских работников. Крестьянам остается только мечтать о механизации трудоемких работ, оборудовании бытовых и производственных помещений вентиляцией и отоплением. Тусклое освещение рабочих мест не способствует трудовому настрою сельских работников.

## О состоянии условий и охраны труда в здравоохранении

По данным Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики, за последние годы активизировалась работа по улучшению условий и охраны труда в учреждениях здравоохранения, завершена работа по созданию служб охраны труда во всех лечебно-профилактических учреждениях, реализуются перспективные планы (программы) улучшения условий и охраны труда, заметно увеличилось финансирование мероприятий по охране труда, созданы и действуют комитеты (комиссии) по охране труда, избраны 3994 упол-

номоченных лица по охране труда профсоюзов.

За последние три года в учреждениях здравоохранения в три раза снизилось общее количество пострадавших на производстве. Аттестацией рабочих мест по условиям труда охвачено 35 учреждений здравоохранения (39% от общего числа учреждений здравоохранения). Аттестация проведена на 4945 рабочих местах, разработанными по результатам аттестации рабочих мест по условиям труда мерами приведены в соответствие с нормативными требованиями условия труда 298 рабочих мест. За период с 2006 г. по 1 января 2010 г. учреждениям здравоохранения выдан 21 сертификат безопасности (охват сертификацией организации работ по охране труда составил 23%). Обучением по охране труда в учреждениях здравоохранения за этот период охвачено 1814 человек.

## Новая республиканская программа

Республиканская целевая программа улучшения условий, охраны труда и здоровья работающих в Чувашской Республике на 2011-2013 годы предусматривает совершенствование инновационной системы мониторинга условий и охраны труда, ее автоматизацию на всех уровнях управления, дальнейшее развитие аттестации рабочих мест по условиям труда и обучения по охране труда. Кроме того, запланированы проведение государственного и общественного контроля за состоянием условий труда, развитие системы профилактики заболеваемости работников и реабилитации лиц, пострадавших на производстве. Предполагается, что на основе Программы будут разработаны и приняты аналогичные муниципальные программы в районах и городах, а также в организациях республики.

Социальная эффективность Программы подтверждается снижением уровня заболеваемости, производственного травматизма, инвалидизации. Ожидается повышение социальной защиты работников от профессиональных рисков, их удовлетворенности условиями труда и увеличение трудоспособности, производительности труда. Ожидаемый экономический эффект реализации мероприятий Программы составляет 319,6 млн рублей.

Подготовила А. Ахвандерова.

## Новости Месячника по охране труда

С 1 по 30 апреля в Чувашской Республике проходил месячник по охране труда, традиционно приуроченный к Всемирному дню охраны труда (28 апреля). Цель месячника — привлечение внимания работодателей и работников к вопросам охраны труда, профилактика производственного травматизма и профессиональной заболеваемости, пропаганда положительного опыта по улучшению условий и охраны труда в организациях.

### Лучшие из лучших

23 апреля комиссия под председательством зам.министра здравоохранения и социального развития ЧР Л.И. Рульковой определила победителей республиканского смотра-конкурса по охране труда по итогам 2009 года. Участвовали районы, городские округа и организации Чувашской Республики.

В конкурсе районов I место присуждено Красноармейскому, второе место — Батыревскому, третье — Ибресинскому районам. Среди городов впервые за девятилетнюю историю конкурса победителем единогласно признан город Чебоксары. Итоги подвелись по 15 основным показателям, среди которых определяющими были уровни производственного травматизма и профзаболеваемости, оценивалась работа органов местного самоуправления по снижению этих показателей. Среди организаций в смотре-конкурсе принимали участие только победители аналогичных районных и городских смотров-конкурсов, всего 35 предприятий. Победителей выявляли по четырем группам в зависимости от численности работающих.

В группе организаций (с численностью работающих свыше 2500 человек) победителем признано ОАО "Химпром", II место заняло ООО "Коммунальные технологии", III место — ЗАО "Чебоксарский электроаппаратный завод".

Во второй группе организаций (с численностью работающих от 500 до 2500 человек) I место присуждено МУЗ "Городская стоматологическая поликлиника" г. Чебоксары, II место — МУЗ "Центральная городская больница" г. Чебоксары, III место — ЗАО "Завод "Чувашкабель" г. Чебоксары.

Среди организаций с численностью работников от 100 до 500 человек победителем признано ОАО "Чувашторгтехника" г. Чебоксары, II место заняло МУЗ "Ново-чебоксарская стоматологическая поликлиника", III место — ГОУ СПО "Чебоксарский механико-технологический техникум".

В группе организаций с численностью работников до 100 человек I место присуждено ООО "Чесла-Аст" с. Красноармейское, II место поделили между собой РГУ "Автобаза Администрации Президента Чувашской Республики" и МУП "Водоканал Ибресинского района", III место занял филиал "Моргаушимежрайгаз" ОАО "Чувашсетгаз".

Награждение победителей и призеров состоялось 28 апреля, а в рамках республиканской научно-практической конференции "Здоровье и безопасность работающих - 2010", приуроченной ко Всемирному дню охраны труда.

# Артериальная гипертензия у больных с высоким сердечно-сосудистым риском: приоритеты в выборе фармакотерапии

## Конспект врача

### Артериальная гипертензия (АГ) остается одним

из наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний, приводящим к поражению органов-мишеней и высокой сердечно-сосудистой смертности. Так, по данным Центра профилактической медицины, распространенность АГ в России составляет среди мужчин 39,2%, среди женщин - 41,1%. Это обуславливает важность раннего, адекватного и комплексного лечения больных АГ.

Современная фармакотерапия АГ должна быть долгосрочной, патогенетически обоснованной, опираться на результаты доказательной медицины и приводить к снижению риска сердечно-сосудистых осложнений.

Главная долгосрочная цель лечения больных АГ – максимальное снижение общего риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Достижение этой цели возможно путем коррекции модифицируемых факторов риска, лечения ассоциированных клинических состояний и снижения уровня артериального давления (АД). Важной задачей фармакотерапии АГ является достижение целевых значений АД, а именно:

для общей популяции больных с АГ < 140/90 мм рт. ст.;  
для больных с АГ, с сахарным диабетом (СД) и протеинурией < 1 г/сут. < 130/80 мм рт. ст.;  
с АГ, СД и протеинурией > 1 г/сут. < 125/75 мм рт. ст.;

с АГ, хронической почечной недостаточностью (ХПН) < 120/75 мм рт. ст.

При определении тактики лечения и при выборе антигипертензивных препаратов у больных АГ необходим индивидуализированный подход к каждому конкретному пациенту. При этом важно учитывать множество факторов, таких как степень АГ, наличие модифицируемых и немодифицируемых факторов риска, поражение органов-мишеней, наличие ассоциированных клинических состояний, особенности гемодинамики, характер сопутствующих заболеваний и др.

Перед началом лечения необходимо провести стратификацию степени сердечно-сосудистого риска и оценить принадлежность пациента к одной из четырех категорий: низкий, умеренный, высокий, очень высокий риск – и в соответствии с этим выбрать лечебную тактику. Наличие таких ассоциированных клинических состояний, как цереброваскулярные заболевания, ишемическая болезнь сердца (ИБС), ХСН, сосудистые заболевания, заболевания почек и СД, позволяет отнести пациента к категории очень высокого риска.

При АГ любой степени у больных с высоким и очень высоким риском антигипертензивные препараты назначают немедленно в сочетании с немедикаментозными методами коррекции АД и воздействием на корригируемые факторы риска. Антигипертензивная терапия может быть назначена и больным с высоким нормальным АД при высоком и очень высоком сердечно-сосудистом риске, в частности у больных с ИБС, СД, цереброваскулярными заболеваниями.

Лечение больных АГ должно быть постоянным. Следует использовать монотерапию индивидуально подобранным препаратом или комбинированную фармакотерапию в адекватных дозах. Недопустим прерывистый или курсовой прием антигипертензивных препаратов. Если в течение года удается контролировать уровень АД на целевых значениях, возможно постепенное снижение дозы или количества антигипертензивных средств.

При оценке эффективности проводимой антигипертензивной терапии необходимо ориентироваться на степень снижения АД и достижение его целевого уровня, благоприятное влияние на состояние органов-мишеней и улучшение прогноза заболевания.

## Работа кардиодиспансера

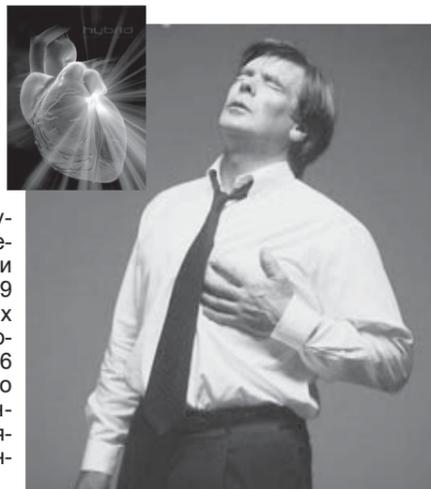
В Республиканском кардиологическом диспансере в 2009 году на амбулаторном этапе проконсультировано по вопросам восстановительного лечения 7234 пациентов. 423 пациента были подготовлены на коронароангиографию и оперативное лечение в условиях Республиканского кардиологического диспансера и Федеральных центрах. Специалисты провели около 2 500 операций на сердце, в том числе операции на сердце с аппаратом искусственного кровообращения, аортокоронарное шунтирование, имплантации электрокардиостимулятора, ангиопластики коронарных артерий...

С 1997 года на базе диспансера функционирует отделение реабилитации для больных, перенесших острый инфаркт миокарда и кардиохирургические операции. Восстановительные программы составляются индивидуально в зависимости от характера стадии и тяжести заболевания, наличия сопутствующей патологии. Специалистами кардиодиспансера организованы выездные поликлиники с участием кардиологов, кардиохирургов в районы республики.

Отчет 2009

14 апреля в ходе семинара-совещания "День кардиолога" были обсуждены итоги работы кардиологической службы Чувашской Республики в новой системе.

# КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА



Главный кардиолог Минздрава Чувашии Татьяна Винокур отметила, что на сегодняшний день кардиологическая служба республики имеет сформированную, работающую организационную структуру, которая позволяет обеспечить население нашей республики квалифицированной специализированной помощью.

Однако проблема смертности от болезни системы кровообращения остается актуальной. Именно поэтому пролонгацию до 2020 года получили целевые программы "Совершенствование кардиологической помощи населению Чувашской Республики до 2010 года", а также "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями в Чувашской Республике (2008-2011 годы)", принята программа совершенствования кардиохирургической службы до 2020 года.

## Эффективность сосудистых центров

Экстренная помощь больным с острым коронарным синдромом оказывается в региональном и трех первичных сосудистых центрах. Работа в новой системе обеспечила госпитализацию 92% больных острым нарушением мозгового кровообращения (до введения системы – 65%) и 95% больных острым коронарным синдромом в специализированные отделения. В работе сосудистых центров на ранних этапах применяются тромболитическая терапия и высокотехнологичные нейрохирургические операции. Впервые в республике выполнены операции при аневризмах головного мозга.

Получили развитие рентгеноваскулярные методы обследо-

вания и лечения. Число больных острым коронарным синдромом, получивших рентгеноваскулярное обследование и лечение за 2009 г., в сравнении с 2008-м увеличилось в 9 раз; число хирургических вмешательств при цереброваскулярных болезнях – в 1,6 раза. Для более широкого распространения указанных технологий осуществляется подготовка 4 рентгеноваскулярных хирургов.

Взаимодействие первичных сосудистых отделений и Регионального сосудистого центра организовано в режиме круглосуточного консультирования по телемедицинской связи с передачей компьютерных томограмм по оптоволоконным каналам. За 2009 год всего проконсультировано 1158 больных.

Новый подход к лечению и диагностике острого нарушения мозгового кровообращения с применением высоких технологий и ранним началом нейрореабилитации, позволило увеличить число пациентов, способных к самообслуживанию на ранних сроках после перенесенного церебрального инсульта, на 30,5% в сравнении с 2008 годом. По итогам 2009 г. по сравнению с 2008 г. снизилась летальность от инфаркта миокарда на 21,3%.

Специалистами Республиканского кардиологического диспансера, являющегося ведущим лечебно-диагностическим центром Чувашии по проблемам сердечно-сосудистых заболеваний, много внимания уделяется освоению и внедрению новых методов диагностики и лечения. В 2009 году диспансер получил лицензию на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

ональной фармакотерапии АГ состоит в применении низкодозовых комбинаций антигипертензивных препаратов первой линии вместо монотерапии одним препаратом.

Клинические исследования последних лет показали, что назначение фиксированных комбинаций небольших доз антигипертензивных препаратов, принадлежащих разным классам, более эффективно, чем применение тех же препаратов при монотерапии. Ценными для рационального лечения являются фиксированные комбинированные препараты, для создания которых применяют усовершенствованные лекарственные формы.

Преимущества фиксированных лекарственных комбинаций:

- простота назначения и титрования дозы;
- повышение эффективности и более частое достижение целевого АД;
- потенцирование действия за счет воздействия компонентов на разные патогенетические механизмы повышения АД;
- нейтрализация контррегуляторных механизмов, противодействующих снижению АД;
- усиление органопротекторных эффектов;
- уменьшение частоты и ослабление побочных эффектов за счет снижения доз компонентов;
- удобство для пациента;
- улучшение приверженности больного к лечению;
- фармакоэкономические преимущества – уменьшение стоимости лечения;
- исключение возможности назначения нерациональных комбинаций.

## Особенности фармакотерапии АГ при ИБС.

Главной задачей лечения больных АГ с ИБС является максимальное снижение общего риска осложнений (предупреждение инфаркта миокарда, инсульта, поражения органов-мишеней), смертности от этих заболеваний и улучшение прогноза. Это предполагает не только адекватное снижение АД, но и коррекцию других модифицируемых факторов риска, в частности нарушенной липидного обмена.

У больных ИБС со стенокардией напряжения препаратами выбора для коррекции АД являются  $\beta$ -адреноблокаторы, антагонисты кальция (АК) и ингибиторы АПФ, доказавшие свою эффективность в плане улучшения выживаемости больных. Также могут применяться диуретические лекарственные средства.

Следует учитывать, что у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда и имеющих фракцию выброса левого желудочка ниже 40%, из  $\beta$ -адреноблокаторов следует отдавать предпочтение препаратам с вазодилатирующими свойствами (небиволол, карведилол).

У больных ИБС со стабильной стенокардией и без признаков дисфункции левого желудочка могут использоваться как пролонгированные АК дигидропиридинового ряда, так и недигидропиридиновые АК (верапамил, дилтиазем). Однако последние противопоказаны больным с синусовой брадикардией и синдромом слабости синусового узла. В этих случаях предпочтительны ингибиторы АПФ, диуретики и дигидропиридиновые АК.

Ингибиторы АПФ могут назначаться всем больным ИБС, независимо от состояния инотропной функции миокарда, особенно больным, перенесшим инфаркт миокарда.

Одним из подходов к фармакотерапии АГ является воздействие на факторы риска, среди которых важное значение имеют нарушения липидного профиля. В связи с этим

особого внимания заслуживают гипополипидемические препараты из группы статинов. Механизм их действия заключается в том, что они ингибируют активность фермента 3-гидрокси-метил-глутарил-КоА-редуктазы в клетках печени и, таким образом, снижают синтез холестерина в клетках печени. В результате синтезируется больше белка для рецепторов липопротеинов низкой плотности, который раньше подавлялся внутриклеточным холестерином. Количество рецепторов значительно увеличивается, что приводит к повышению извлечению из крови липопротеинов низкой плотности и их предшественников – липопротеинов очень низкой плотности, так как рецепторы "распознают" апопротеины В и Е, которые присутствуют в тех и других липопротеинах. Эффективность статинов доказана в долгосрочных мультицентровых клинических исследованиях. Они снижают общий холестерин на 20-40%, холестерин липопротеинов низкой плотности на 25-45%, триглицериды – на 10-20%, несколько повышают холестерин липопротеинов высокой плотности – на 5-8%. Плеотропные эффекты, выявленные у статинов (влияние на функцию эндотелия, антипролиферативный, антитромботический, противовоспалительный), позволяют по-новому взглянуть на них относительно возможности коррекции различных факторов риска при АГ.

При АГ в сочетании с ИБС следует избегать назначения препаратов, вызывающих быстрое снижение АД, особенно если оно сопровождается рефлекторной тахикардией и ортостатической гипотонией, в частности а-адреноблокаторов.

#### Особенности фармакотерапии АГ при ХСН

Общность патогенеза АГ и ХСН определяет фармакотерапевтические подходы к лечению больных АГ, осложненной развитием ХСН. Препаратами выбора для проведения фармакотерапии АГ у больных в сочетании с ХСН являются ингибиторы АПФ, ?-адреноблокаторы, диуретики. Ингибиторы АПФ могут назначаться всем больным ХСН, особенно больным, перенесшим инфаркт миокарда. В многочисленных исследованиях достоверно доказана способность препаратов этой группы повышать выживаемость больных с дисфункцией левого желудочка и ХСН, снижать риск повторного инфаркта миокарда и внезапной смерти на 20%.

С антигипертензивной целью у больных ХСН возможно использование ?-адреноблокаторов биспролола, карведилола и метопролола, эффективность и безопасность которых у больных ХСН достоверно доказана в ходе крупных клинических исследований.

При необходимости могут быть назначены пролонгированные АК дигидропиридинового ряда. Недигидропиридиновые АК не используются из-за возможности ухудшения сократительной способности миокарда и усиления симптомов ХСН. При асимптомном течении ХСН и дисфункции левого желудочка рекомендованы ингибиторы АПФ и ?-адреноблокаторы.

#### Особенности фармакотерапии АГ при сосудистых заболеваниях мозга

АГ является одной из ведущих причин развития хронических форм недостаточности кровоснабжения головного мозга, геморрагического и ишемического инсультов за счет выраженных изменений структуры и функции сосудистой системы головного мозга. Контроль АД является необходимым требованием при проведении первичной и вторичной профилактики инсульта ишемического и геморрагического типов. АД должно снижаться постепенно с учетом индивидуальной переносимости, избегая эпизодов гипотонии. Особый контроль целесообразен в ночные часы. Доказана значимость адекватного снижения АД, в первую очередь систолического, для снижения риска инсульта. Подавляющему большинству больных для этого требуется назначение комбинированной терапии. Препаратами выбора являются ингибиторы АПФ и АК пролонгированного действия. АК длительного действия превосходят другие средства антигипертензивной терапии по способности снижать риск це-

реброваскулярных осложнений. Не следует применять антигипертензивные препараты, вызывающие ортостатическую гипотонию (а-адреноблокаторы).

#### Особенности фармакотерапии АГ при заболеваниях почек

Адекватный контроль АД у больных АГ с поражениями почек является решающим фактором замедления прогрессирования ХПН. Особое внимание следует уделять нефропротекции при диабетической нефропатии. У всех пациентов с почечной патологией следует проводить более агрессивную антигипертензивную терапию, добиваясь жесткого контроля АД на целевом уровне < 130/80 мм рт. ст. и уменьшения протеинурии или альбуминурии (микро- или макроальбуминурии) до величин, близких к нормальным.

Препаратами выбора являются ингибиторы АПФ или АРА II благодаря их способности снижать активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), которая играет ключевую роль в развитии и прогрессировании нефросклероза. Ингибиторы АПФ превосходят другие антигипертензивные средства по нефропротективной активности, которая, по крайней мере частично, не зависит от их антигипертензивного эффекта. Благоприятный эффект препаратов этой группы при диабетической нефропатии, заключается в замедлении темпов снижения скорости клубочковой фильтрации, улучшении фильтрационной функции клубочков. Кроме того, они обладают выраженной антипротеинурической активностью вне зависимости от их антигипертензивного эффекта. Для достижения целевых значений АД при поражениях почек эффективна комбинированная терапия ингибиторами АПФ и диуретиками (при нарушении азотовыделительной функции почек предпочтительны петлевые диуретики).

#### Особенности фармакотерапии АГ при СД

СД и АГ часто сочетаются друг с другом. Распространенность АГ у больных СД 2 типа выше, чем в общей популяции. При СД 2 типа развитие АГ в 80% случаев предшествует развитию заболевания. Наличие АГ значительно увеличивает сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность при СД 2 типа. Повышенное АД ассоциируется с 2-3-кратным увеличением абсолютного риска сердечно-сосудистой смертности у больных с СД 2 типа по сравнению с лицами без диабета. Больные СД, даже без клинических проявлений атеросклероза, по риску развития осложнений приравниваются к больным с установленным диагнозом ИБС. Важную роль в прогрессировании СД 2 типа играет ожирение, поэтому большое значение приобретают рекомендации по здоровому образу жизни: соблюдение низкокалорийной диеты, ограничение потребления поваренной соли. Поскольку наличие АГ увеличивает уже исходно повышенный риск развития сердечно-сосудистых осложнений при СД, то необходимо более жестко контролировать уровень АД и стремиться к достижению целевых значений. Для больных СД установлен целевой уровень АД < 130/80 мм рт. ст.

Выбор антигипертензивных препаратов имеет особое значение, поскольку это заболевание накладывает целый ряд ограничений к применению того или иного лекарственного средства. Необходимо учитывать спектр его побочных действий, воздействие на углеводный и липидный обмен, а также наличие сопутствующих сосудистых осложнений у больного. Поэтому антигипертензивные препараты при лечении больных СД должны отвечать повышенным требованиям, а именно:

- обладать высокой антигипертензивной активностью при минимуме побочных эффектов;
- не нарушать углеводный и липидный обмен;
- обладать кардиопротективным и нефропротективным действием;
- не ухудшать течение других (не сосудистых) осложнений СД.

Ингибиторы АПФ оказывают нефропротекторный эффект, снижая протеинурию и стабилизируя фильтрационную функцию почек. Этот эффект носит специфический характер, т. е. связан с непосредственным воздействием препарата на почечный

фильтр. Нефропротективный эффект ингибиторов АПФ проявляется не только при наличии АГ, но и при нормальном уровне АД, что подтверждает его специфичность. Единственным противопоказанием для применения ингибиторов АПФ у больных СД является двусторонний стеноз почечных артерий.

АРА II по фармакологическим эффектам схожи с ингибиторами АПФ. Они также являются препаратами выбора у больных с СД благодаря нефропротективным свойствам, особенно при СД 2 типа.

АК не оказывают неблагоприятного воздействия на углеводный и липидный обмен и они широко применяются у больных СД и АГ. Предпочтение следует отдавать АК группы верапамила и дилтиазема, которые обладают способностью уменьшать протеинурию. Можно назначать также дигидропиридиновые АК пролонгированного действия (амлодипин, фелодипин и др). Нифедипин короткого действия может оказывать неблагоприятное воздействие на сердце (синдром обкрадывания и аритмогенный эффект) и почки, усиливая протеинурию.

Препараты центрального действия агонисты I1-имидазолиновых рецепторов (моксонидин, рилменидин) являются перспективной группой антигипертензивных средств для применения у больных СД. Это связано с тем, что:

во-первых, активация симпатической нервной системы играет немаловажную роль в патогенезе АГ, особенно у больных СД 2 типа с выраженной инсулинорезистентностью, поскольку гиперинсулинемия сама по себе сопровождается симпатической активацией;

во-вторых, есть данные, что стимуляторы имидазолиновых рецепторов не оказывают отрицательного воздействия на обмен глюкозы и липидов и даже могут положительно влиять на эти виды обмена, поскольку способны стимулировать синтез инсулина;

в третьих, они не вызывают синдрома отмены и не дают других многочисленных побочных эффектов, в отличие от своих предшественников, таких как клонидин, метилдопа.

Тиазидные диуретики (гидрохлоротиазид) обладают спектром нежелательных метаболических эффектов: нарушают толерантность к углеводам, повышают инсулинорезистентность, обладают гиперлипидемическим эффектом. Нарушение толерантности к углеводам появляется через 2-3 года от начала постоянного лечения этими препаратами. При назначении этих препаратов больным СД возможно потребуются увеличение дозы сахароснижающих средств. Кроме того, тиазидные диуретики ухудшают фильтрационную функцию почек, снижая скорость клубочковой фильтрации.

Тиазидоподобные препараты, такие как индапамид, не влияют на углеводный и липидный обмен, что делает безопасным их прием у больных СД. Они существенно отличаются от тиазидных диуретиков по

своим свойствам. Индапамид в средней терапевтической дозе действует как гипотензивный препарат за счет сосудорасширяющего эффекта и не оказывает диуретического действия. Он при длительной терапии не влияет на углеводный и липидный обмен, не ухудшает функцию почек и даже способен снижать микроальбуминурию, что делает его безопасным для лечения АГ у больных СД.

Неблагоприятные метаболические эффекты ?-адреноблокаторов связаны с блокадой ?2-адренорецепторов. У больных без СД могут увеличивать риск его развития. При лечении АГ в сочетании с СД следует отдавать предпочтение кардиоселективным адреноблокаторам.

У больных АГ и СД 2 типа с высоким нормальным АД возможно достижение целевого уровня АД на фоне монотерапии. Препаратами выбора служат ингибиторы АПФ, АРА II или антагонисты имидазолиновых рецепторов. Однако большинству больных АГ в сочетании с СД для достижения целевого АД требуется комбинированная терапия с использованием препаратов, снижающих активность РААС. Наиболее рациональными являются сочетания ингибиторов АПФ (АРА II) с тиазидоподобным диуретиком или ингибиторов АПФ (АРА II) с недигидропиридиновым АК.

#### Особенности фармакотерапии АГ при метаболическом синдроме

Метаболический синдром (синдром инсулинорезистентности, синдром X, синдром нарушенного образа жизни) – симптомокомплекс метаболических и гемодинамических нарушений, основными клиническими проявлениями которого являются ожирение, нарушение толерантности к глюкозе или СД 2 типа, дислипидемия и АГ.

Основными требованиями, предъявляемыми к антигипертензивному гипотензивному препарату у пациентов с метаболическим синдромом, являются: высокая антигипертензивная эффективность, "метаболическая нейтральность", органопротективные свойства. Основные классы современных препаратов для лечения АГ удовлетворяют в большей или меньшей степени всем перечисленным требованиям.

Ингибиторы АПФ являются приоритетной группой антигипертензивных средств у пациентов с метаболическим синдромом. В многочисленных исследованиях было показано их органопротективное действие у этой категории больных, которое сочеталось с метаболической нейтральностью. Кроме того, при их назначении достоверно снижается риск развития СД 2 типа.

АРА II по своему терапевтическому действию, показаниям и противопоказаниям близки к ингибиторам АПФ. Эта группа препаратов также может быть рекомендована для лечения больных с метаболическим синдромом.

У больных с метаболическим синдромом применение диуретиков является патогенетически оправданным, так как в патогенезе АГ при

этом состоянии немаловажную роль играет задержка жидкости. В то же время известно диабетогенное действие мочегонных препаратов, их неблагоприятное влияние на углеводный и липидный обмен. Применение диуретиков у больных с метаболическим синдромом стало возможным после создания новых препаратов данного класса, не нарушающих обмен глюкозы и липидов. В нашей стране таким препаратом является индапамид. При назначении в дозе до 2,5 мг/сут он является метаболически нейтральным. Еще более безопасным в плане влияния на углеводный и липидный обмен считается индапамид ретард в дозе 1,5 мг.

?-адреноблокаторы длительное время ограниченно применялись у больных с метаболическим синдромом, так как при их назначении вследствие блокады ?2-адренорецепторов отмечалось нарушение углеводного обмена. В то же время назначение высокоселективных ?1-адреноблокаторов, таких как метопролол, биспролол, небиволол, для лечения АГ при метаболическом синдроме патогенетически оправданно, так как в генезе АГ определенную роль играет активация симпатической нервной системы.

АК являются препаратами выбора у больных с метаболическим синдромом. Преимуществом данного класса препаратов является их высокая антигипертензивная эффективность, отсутствие серьезных побочных эффектов и негативного влияния на углеводный и липидный обмен. Предпочтение следует отдавать препаратам длительного действия, таким как амлодипин, фелодипин или использовать длительно действующие формы нифедипина.

?-адреноблокаторы, несмотря на неоспоримые преимущества в отношении влияния на метаболические нарушения: способность снижать инсулинорезистентность, улучшать углеводный и липидный обмен, – в настоящее время относятся к антигипертензивным препаратам, назначения которых лучше избегать, так как ряд исследований выявил повышение риска сердечно-сосудистых осложнений при их назначении.

Препараты центрального действия – агонисты I1-имидазолиновых рецепторов – помимо высокой антигипертензивной эффективности обладают способностью повышать чувствительность тканей к инсулину, что делает их одними из приоритетных в лечении АГ на фоне метаболического синдрома.

Таким образом, фармакотерапия АГ у больных с высоким сердечно-сосудистым риском должна позволять эффективно контролировать уровень АД на целевых значениях; быть комплексной, направленной на коррекцию модифицируемых факторов риска и лечение ассоциированных клинических состояний; опираться на результаты доказательной медицины и приводить к снижению риска сердечно-сосудистых осложнений.

Т.Ю. Винокур,  
главный кардиолог МЗ СР ЧР

## Практикум

21 апреля в  
Республиканской  
клинической  
больнице состоя-  
лась Школа-  
практикум под  
эгидой Всерос-  
сийского  
научного об-  
щества кардио-  
логов. Лекции  
читали специа-  
лист Государ-  
ственного науч-  
но-исследова-  
тельского  
центра про-  
филактической  
медицины Давид  
Аронов и Марина  
Бубнова (г.  
Москва).

## ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ – ЗДОРОВЫЕ СОСУДЫ

Огромное значение в снижении смертности от болезней сердца имеет первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний и борьба с факторами риска. Рекомендации очевидны: отказ от курения, правильное питание, физическая активность. Именно эти факторы снижают риск возникновения заболевания. Также исследования показали, что атеросклероз больше распространен в тех странах, где люди чаще питаются мясом, и реже встречается в регионах, кухня которых основана на овощах и морепродуктах. Руководитель центра профилактической медицины, председатель секции реабилитации и вторичной профилактики в кардиологии ВНОК Давид Аронов уверен, что модификация образа жизни может замедлить распространение заболевания. В частности, в пищевом рационе рекомендуется ограничить потребление продуктов животного происхождения. "Никто не сможет изменить ситуацию, пока в сознании всего общества не будет осозна-

ния того, как жить так, чтобы жить долго и счастливо", – отметил в своем выступлении Давид Аронов.

Председатель рабочей группы по вторичной кардиофилактике Всероссийского научного общества кардиологов Марина Бубнова уделила особое внимание сердечно-сосудистым рискам. Повышенное АД и уровень холестерина, курение, ожирение, депрессии, стрессы способствуют увеличению вероятности появления коронарного заболевания сердца. При своевременном воздействии на эти факторы риска можно избежать развития сердечно-сосудистых заболеваний. А если пациент имеет сердечно-сосудистое заболевание, то должно быть непрерывное воздействие на факторы риска. "Главная цель нашей превентивной терапии – снизить общий сердечно-сосудистый риск до максимально возможного и удержать пациента как можно дольше на этом риске", – отметила Марина Бубнова.

## Советы врача

7 апреля 2010 года проводились различные мероприятия, посвященные Всемирному дню здоровья на тему "Урбанизация и здоровье".

Современный стиль питания: неконтролируемое употребление пищи, содержащей большое количество жиров, холестерина, соли и легкоусвояемых углеводов, сладких газированных напитков, пива, чипсов предрасполагает к накоплению жировых отложений. Некоторые из нас не получают с пищей достаточное количество клетчатки, витаминов А и С, железо и кальций.

Увлечение компьютерными играми, интернетом привело к стабильному снижению физической нагрузки. Нерациональное питание и нарушения его режима – важные источники различных заболеваний.

У лиц, имеющих ожирение, повышается заболеваемость сахарным диабетом второго типа почти в 30 раз, артериальной гипертензией – на 50%, ишемической болезнью – на 40%. Ожирение значительно повышает риск развития ряда онкологических заболеваний, например, рака толстой кишки, желчного пузыря, простаты – у мужчин и матки – у женщин. Кроме того, ожирение может увеличивать вероятность развития рака молочной железы, особенно у женщин в постменопаузе. Особую тревогу вызывает тот факт, что ожирение становится актуальной проблемой детского и подросткового возраста. За последние 10 лет участились случаи выявления сахарного диабета 2 типа у детей и подростков.

# УЧИМСЯ ПИТАТЬСЯ ПРАВИЛЬНО



*"Еда, сударь мой, штука хитрая. Есть нужно уметь! А представьте себе, большинство людей и вовсе есть не умеют. Нужно не только знать, что съесть, но и когда и как..."*

**И.С. Шмелев**

Для хорошего усвоения пищи и жизнедеятельности организма большое значение приобретает сбалансированное питание. Под этим термином подразумевается оптимальное соотношение между белками, жирами и углеводами в пище. Углеводы, белки и жиры являются основными источниками энергии.

Углеводы ответственны за обеспечение организма глюкозой. Глюкоза используется клетками в качестве источника энергии. Энергия необходима для физической активности и для нормальной работы головного мозга, для поддержания работы внутренних органов, сокращения сердца. Существуют простые и сложные углеводы. Употребление простых углеводов (сахар, варенье, фруктовые соки, торты и другие кондитерские изделия) следует значительно ограничить. Включение сложных углеводов (хлеб, крупа, макаронные изделия) предпочтительнее. Особое место в рационе питания должно отводиться перерабатываемым углеводам – клетчатке. Клетчатка дает ощущение сытости и способствует снижению массы тела, улучшает моторику желудочно-кишечного тракта, сам самым устраняя запоры и снижая риск развития опухоли кишечника, препятствует развитию атеросклероза. Принципы здорового питания предусматривают обязательное включение растительных волокон в виде овощей в рацион питания каждого человека. В сутки рекомендуется употреблять 40 грамм клетчатки.

Белки поддерживают жидкостный баланс в спинном и головном мозге, кишечнике, являются транспортерами питательных веществ и лекарственных препаратов. Основными источниками белков являются животная пища в виде мяса, рыбы, яиц, молочных продуктов и растительная пища – бобы, фасоль, горох, грибы. Большинство животных белков содержат незаменимые аминокислоты, необходимые человеку и поэтому называются полноценными. В рационе питания обязательно должны присутствовать как растительные, так и животные белки.

Жиры – это долгосрочный источник энергии, необходимы для всасывания витаминов А, D, E, K. Чрезмерное потребление жира



быстрее приводит к увеличению массы тела и развитию ожирения, чем высокое содержание углеводов или белков. Жиры делятся на два основных типа: насыщенные и ненасыщенные. Насыщенные жиры имеют животное происхождение, содержатся в сливочном масле, молоке с большим процентом жирности, жирных сортах мяса. Способствуют развитию атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний. Ненасыщенные жиры – растительного происхождения. В большом количестве содержатся в подсолнечном, оливковом и других растительных маслах, авокадо, орехах, а также в рыбьем жире. Потребность в жирах на 2/3 должна покрываться за счет жиров растительного происхождения. Максимально ограничьте потребление продуктов, содержащих так называемые "скрытые" жиры: колбасы, сосиски, жирной сметаны, майонеза, ливерных продуктов, жирных сортов сыра, полуфабрикатов и кондитерских изделий.

Питание должно быть максимально разнообразным по набору пищевых продуктов, т.к. нет ни одного продукта, который бы мог обеспечить потребности организма во всех пищевых веществах.

Хлеб из муки грубого помола, крупы, макаронные изделия и картофель являются важным источником белка, углеводов, пищевых волокон, минеральных веществ (калий, магний) и витаминов группы В и С. Минеральные вещества могут помочь снизить риск повышения артериального давления.

Другими важными источниками пищевых волокон являются

овощи и фрукты, морская капуста, бобовые и орехи.

Женщинам репродуктивного возраста необходимо есть больше продуктов, богатых фолиевой кислотой. Основными источниками фолиевой кислоты являются: петрушка, шпинат, бобовые и орехи. Для получения необходимого количества витаминов, минералов и волокон старайтесь съедать в течение дня 600 гр. овощей и 200 гр. фруктов.

Молоко и молочные продукты следует потреблять ежедневно, отдавая предпочтение продуктам с низким содержанием жира и соли. Молоко и молочные продукты богаты белком, кальцием. Отдавая предпочтение продуктам с пониженной жирностью, можно обеспечить организм кальцием и в то же время поддерживать низкое потребление жира.

Мясо и мясные продукты, птица, рыба, бобовые, орехи являются важными источниками белка. Предпочтение следует отдавать рыбе и птице, в них содержится такой же высококачественный белок, они имеют близкие составы витаминов и хорошо усвояемого железа, но не содержат такого, как в говядине, жира. Жир многих видов рыб очень полезен и способствует профилактике заболеваний сосудов и сердца.

Продукты, содержащие много сахаров, кроме углеводов практически не содержат других пищевых веществ. Эти продукты не являются необходимыми компонентами здорового питания.

Общее потребление соли с

учетом соли, содержащейся в хлебе, консервированных и других продуктах, не должно превышать 1 чайной ложки (5 граммов) в день. Рекомендуется использовать йодированную соль.

Несколько слов о принципах рационального питания.

Рациональное питание – это физиологически полноценное питание здоровых людей с учетом их пола, возраста, характера труда, климатических условий обитания. Рациональное питание способствует сохранению здоровья, сопротивляемости вредным факторам окружающей среды, высокой физической и умственной работоспособности, активному долголетию. Суть рационального питания составляют три основных принципа:

1. **Равновесие между энергией, поступающей с пищей, и энергией, расходуемой человеком в процессе жизнедеятельности.**

К сожалению, на практике этот принцип часто нарушается. В связи с избыточным потреблением энергоемких продуктов (животные жиры, скрытые жиры, сахар, кондитерские изделия, алкогольные напитки и др.) энергетическая ценность суточных рационов часто превышает энергетические затраты. Наиболее действенным способом снижения калорийности питания будет снижение содержания в нем жиров. Это не только безопасно, но и полезно для современного человека, так как наше питание перенасыщено жирами.

2. **Соответствие химического состава пищевых веществ физиологическим потребностям организма.** Ежедневно в определенном количестве и соотношении с пищей должно поступать около 70 ингредиентов, многие из которых не синтезируются в организме и поэтому являются жизненно необходимыми. Оптимальное снабжение этими пищевыми веществами возможно только при разнообразном питании.

3. **Соблюдение режима питания.** То есть регулярность, кратность и чередование приемов пищи. Режим питания варьирует в зависимости от возраста, физической активности. Оптимальным является соблюдение дробного режима питания – 5-6 приемов пищи в день небольшими порциями.

Обсудите с Вашим врачом вид и объем подходящей для Вас физической нагрузки. Как минимум необходима 30-минутная физическая нагрузка большую часть дней в неделю. Для снижения и поддержания веса на достигнутом уровне необходимы более продолжительные нагрузки.

Т.Н. Маркова, главный эндокринолог Минздравсоцразвития ЧР,

Л.Ю. Карулина, заместитель главного врача по организационно-методической работе ГУЗ "Республиканский эндокринологический диспансер".

Представители байкерского движения, ГИБДД и просто автолюбители, желающие помочь людям, нуждающимся в донорской крови, поддержали Всероссийскую донорскую акцию

## АВТО-МОТОДОНОР

Они пришли на пункты переливания крови, расположенные в Чебоксарах, Канаше и Новочебоксарске. Эти люди понимают, что находятся в группе риска и могут оказаться в такой ситуации, когда им самим может понадобиться донорская кровь. "Я уже не в первый раз сдаю кровь, – рассказывает байкер Юрий Дербенев. – У меня редкая группа крови. Я уверен, что она обязательно кому-то пригодится". Солитарен с ним и Алексей Зимин: "Донорство – дело нужное, и люди должны помогать друг другу". Всего по республике в акции приняли участие

около 130 безвозмездных доноров.

"Очень важно, чтобы сдавшие кровь сегодня, в течение полугодия повторно пришли на донорский пункт. Это необходимо, чтобы точно убедиться в безопасности сданной крови", – подчеркивает главный врач Республиканской станции переливания крови Любовь Яковлева. Полученная кровь, а это более 60 литров, после переработки на компоненты будет направлена в учреждения здравоохранения для оказания медицинской помощи наиболее тяжелым больным.



Знай наших!

# Организация контроля качества сестринской деятельности в процедурном кабинете поликлиники

Необходимость обеспечения гарантий качества медицинской помощи сегодня ни у кого не вызывает сомнения. Проблема состоит в том, как создать такую систему управления качеством медицинской помощи, которая позволила бы с одной стороны предупреждать появление ошибок, с другой – выявлять их на начальном этапе процесса оказания медицинской помощи и своевременно устранять.

Поднятая проблема заинтересовала меня, и я определилась изучить организацию контроля качества сестринской деятельности в процедурном кабинете поликлиники №2 МУЗ "Городская клиническая больница №1". Задачи:

- изучить теоретические основы организации контроля качества;
- организовать контроль и оценку качества в процедурном кабинете;
- провести анализ контроля качества в процедурном кабинете.

В ходе работы было проведено теоретическое изучение, где освоила:

- основы управления и характеристика качества медицинской помощи;
- организацию контроля качества и оценку качества деятельности медицинской сестры, где актуальным является разработка стандартов в сестринской деятельности, которая является основой для формирования системы управления качеством медицинской помощи;
- факторы труда, влияющие на качество сестринской помощи и методы оценки объемов качества медицинской помощи.

На основе теоретического изучения актуальной проблемы проведено

исследование:

- проведено хронометражное исследование затрат рабочего времени медсестры процедурного кабинета, где сделаны выводы и даны рекомендации;

- разработаны и внедрены стандарты профессиональной деятельности медицинской сестры процедурного кабинета;

- выработаны критерии контроля качества деятельности медицинской сестры процедурного кабинета;

- проведена оценка деятельности медицинских сестер процедурного кабинета, которая осуществляется по разделам работы с целью контроля и коррекции качества.

На основе проведенного исследования сделано заключение.

Поскольку основная цель отводится, в данном случае главным и старшим медицинским сестрам, то необходимо наряду с руководством первого уровня (главный врач и его заместители), вовлечь в этот процесс руководителей второго и третьего уровней. Для чего наделить их соответствующими знаниями для проведения единой политики в области качества. Таким образом, первым шагом является обучение зав. отделением, главной, старших медсестер новой идеологии бездефектной работы, вопросам управления и контроля текущих процессов.

Должен быть издан директивный документ, определяющий роль и задачи главной медсестры, заведующих отделениями, старших медсестер и всего медицинского персонала со средним образованием в процесс улучшения качества работы.

Контроль текущих процессов в деятельности медицинских сестер

В апреле 2010 года в рамках Всероссийской научно-практической конференции "Медико-социальное значение развития сестринского дела" состоялся конкурс исследовательских работ. Из 104 претендентов со всей России работа Лидии СМIRНОВОЙ, старшей медицинской сестры поликлиники МУЗ "Городская клиническая больница №1" г. Чебоксары, попала в десятку лучших. Мы публикуем текст исследования.



должен быть перенесён на рабочее место. Это необходимо делать с целью оценки правильности и качества выполнения конкретной медицинской сестры процесса ухода за больным, проведения различных манипуляций или элементов, обеспечивающих инфекционную безопасность и т.д.

Для этого старшая медицинская сестра должна выделить время для выборочного контроля деятельности персонала на рабочих местах. Контроль на рабочем месте означает, что в рабочем процессе постовой, процедурной, перевязочной медсестер выделяются ведущие элементы, от качества выполнения которых в значительной мере зависит и качество конечного результата процесса.

Очень важно в работе по управлению качеством медицинской помощи создать в коллективе атмосферу отсутствия страха на проводимый контроль, а также доклад о совершенной ошибке.

Любая методика, оценивающая качество работы медицинских сестер должна отвечать определенным требованиям:

1. Отражать суть деятельности конкретной категории работника (постовой, процедурной и других медсестер)

2. Быть доступной для широкого круга среднего медицинского персо-

нала.

3. Оценивать действия медсестры, направленные на устранение обнаруженных ошибок предшествующим медицинским персоналом.

4. Свести к минимуму субъективные оценки и регистрации данных экспертизы.

Качественный труд обеспечивается тогда, когда присутствуют 4 фактора труда:

1. Человеческий фактор (сотрудник квалифицированный, с желанием работать в данной должности, обучен технологиям и стандартам, выполняет должностную инструкцию, активно устраняет возникающие проблемы).

2. Организационный фактор (на рабочем месте имеются описание технологий, стандарты, должностная инструкция, регламент взаимодействия данной должности (рабочего места) с другими рабочими местами (работниками) подразделений).

3. Технический фактор (рабочее место оснащено всем необходимым для выполнения функций данного работника).

4. Фактор времени (работник наделен достаточным временем для выполнения своих функций и технологических процессов на достаточно высоком уровне, в соответствии со стандартами).

Мои выводы. Проведя анализ качества в процедурном кабинете, я сделала вывод по проведению организации контроля качества:

" В процедурном кабинете по предварительному контролю качества созданы определенные правила и протоколы, установлены стандарты качества и выработаны требования и критерия должной работы;

" По текущему контролю качества постоянно осуществляется контроль и наблюдение за выполнением вида работ, сопоставление с выработанными стандартами и критериями реальных результатов;

" По заключительному контролю качества, проводятся принятие решения о необходимых действиях по итогам контроля, раскрываются выявленные проблемы и совершаются выводы для предупреждения новых проблем

По всем трем видам контроля качества можно сделать следующее заключение:

правильная организация контроля качества по существу является важнейшим показателем качества труда сестринского персонала и важным условием эффективности процесса.

Вывод оценки качества в процедурном кабинете:

" Медицинские сестры процедурного кабинета профессионально владеют всеми теоретическими знаниями и практическими умениями и применяют их в практике.

" Пациенты получают необходимую медицинскую помощь в полном объеме независимо от экономических и социальных барьеров.

" Пациенты получают необходимую медицинскую помощь без задержки.

" При оказании медицинской помощи осложнения у пациентов отсутствуют.

" Медицинские вмешательства оказываются эффективно по стандарту технологических процессов, которое осуществляется при постоянном контроле и наблюдении.

Таким образом, качество оказания медицинской помощи по процедурному кабинету поликлиники соответствует имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, требованиям медицинской технологии. Но, несмотря на имеющиеся соответствия рекомендую:

" в целях улучшения условий труда и повышения качества оказания медицинской помощи в процедурном кабинете необходимо:

- приобрести для оснащения процедурного кабинета кресло Болеро;

- установить компьютер, для введения данных пациента и внедрить получение результатов анализа от лаборатории по компьютерной сети.

" создать работу по устранению условий, способствующих возникновению ошибок и выработать совместное решение по устранению ошибок, и оценка результата;

" по результатам экспертизы принимать не карательные, а корректирующие меры с выяснением причин недостатков.

Человечество вступает в эпоху, когда здоровье и благосостояние каждого конкретного человека оказывается под негативным техногенным воздействием. Все государства страдают от растущего бремени хронических заболеваний. Увеличение числа пациентов, нуждающихся в длительном и постоянном лечении, объясняют разными причинами. Проблему усугубляют такие факторы риска, как курение, неправильное питание, гиподинамия, злоупотребление алкоголем, психологические стрессы. Именно они провоцируют повышение давления, уровня глюкозы в крови, холестерина, развитие ожирения.

Между тем 80 % от общего числа хронических заболеваний можно избежать! Их нужно предупреждать и бороться с факторами риска, а не тяжелыми последствиями. Именно в деле профилактики этих недугов МСМ видит важнейшую по значимости роль медсестер.

Медицинские сестры – это основная группа медицинских работников первого контакта, непосред-

## МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

В XX веке в сестринском деле, как и в медицине в целом произошли бурные изменения. Сестринское дело стало наукой, а медицинская сестра настоящим профессионалом, работа которого требует высокой квалификации. С 1971 года мир отмечает 12 мая, день рождения выдающейся основоположницы современного сестринского дела Флоренс Найтингейл, как Международный день медсестер. В России праздник отмечается с 1993 года. Девиз профессионального праздника в 2010 г. – "Предоставляя качественную помощь, медицинские сестры помогают справляться с хроническими заболеваниями".

редственно оказывающих первичную медицинскую помощь на всех уровнях. Они способны осуществлять обучающие и информационные просветительские компании; оказывать влияние на политику здорового питания в детских учреждениях и на производствах; обеспечивать доступность консультирования по здоровому питанию, скринингу давления; оказывать

содействие формированию такой среды, где выбор в пользу здорового образа жизни становится бы самым простым выбором для каждого человека.

Уважаемые коллеги!  
Поздравляю Вас с Всемирным Международным днём медицинской сестры.

Нас объединяет принадлежность к одной из самых гуманных

### Сестринское дело



и благородных профессий, которая всегда вызывает уважение своей душевной щедростью, милосердием, готовностью в любое время суток прийти на помощь. Ни один лечебный процесс невозможно завершить без профессионального ухода, сочувствия, душевного тепла.

Спасибо за вашу самоотверженность, выдержку, человеколюбие и высокой профессионализм. Желаю всем вам свершения планов и начинаний, здоровья, удачи и благополучия во всем!

Л. Г. Ронжина, главный специалист-эксперт отдела кадров Минздравсоцразвития ЧР

## СОВЕТЫ ВРАЧА

## Пыльца-аллерген

Пыльца-аллерген – это чужеродное для организма человека вещество, вызывающее развитие заболевания. Если прикоснуться к сердцевине цветка, то на пальцах остается налет желтого цвета – это и есть пыльца. Ранней весной на березках, орешнике, осине и других деревьях появляются сережки, покрытые нежным желтоватым слоем. Встряхните веточки, появится облачко – это тоже пыльца. Прогуляйтесь по высокой траве в лесу или на лугу, и на Вашей одежде появятся желтые пятна – это тоже пыльца. Проведите бережно руками по колосистой ржи в поле и Вы увидите желтую пыльцу на ладонях, встряхните их и пыльца исчезнет. Вы часто посещали летом свой дачный участок? Привязывали томаты и, конечно же, замечали на руках и одежде желтые пятна – это тоже пыльца.

Отдельное пыльцевое зернышко можно увидеть только под микроскопом, такое оно маленькое. Скопление этих зернышек и образует желтую пыль. Пыльца растений является носителем мужских репродуктивных клеток, участвующих в процессе оплодотворения. Из известных сегодня более 100 видов растений, выделяющих пыльцу, лишь половина способствует развитию поллиноза.

Аллергические свойства пыльцы могут проявиться при наличии у нее следующих свойств: она должна принадлежать к растениям, которые образуют ее в большом количестве и опыляются ветром. Это – большинство деревьев (береза, дуб, лещина, ольха и др.), злаковых трав (тимофеевка, пырей, костер, лисохвост и др.), сорняков (полынь, лебеда, одуванчик, амброзия и др.).

*Для большинства людей встреча с цветами, различными растениями – радость, но для некоторых она может стать причиной аллергического заболевания, которое называется поллинозом (от слова pollen – пыльца). Вид цветущей природы вызывает у этих людей тревогу, а иногда и панику, потому что именно в это прекрасное время года (весной, летом или ранней осенью) возникают зуд и покраснение век, ощущение "песка в глазах", светобоязнь, слезотечение, насморк, в тяжелых случаях – приступ удушья...*

## УЖ ЭТИ ПРЕКРАСНЫЕ ЦВЕТЫ...

## От весны до зимы

Поллинозом страдает до 15% всего населения. Он наиболее распространен в регионах с пышной растительностью, сухим и жарким климатом. Поллиноз может проявиться в любом возрасте, но чаще – между 6 и 20 годами. В Чувашии это заболевание встречается у 15% детей, причем у городских – чаще (17,2%). В г. Чебоксары за последние два года отмечалось пять периодов обострения заболевания: 1-й пик обусловлен пылением деревьев ольхи и лещины (в середине апреля), 2-ой – пылением березы в мае, 3-й – пылением ели и дуба в конце мая, 4-й – злаковых трав с середины июня и весь июль, 5 пик – пылением сорных трав лебеды и полыни с конца июля до октября. У 6% больных обострение, начавшись весной, заканчивается только с появлением снега.

## Как проявляется заболевание

Чаще всего (у 95% пациентов) поражаются слизистые глаз, носа:

проявляется слезотечение, зуд, насморк, при которых больные используют не носовые платки, а целые "простыни". Часто случаются неукротимые приступы чихания, затрудненное носовое дыхание. Это все – симптомы аллергического конъюнктивита или ринита. Пациенты страдают от снижения работоспособности, утомляемости, нарушения сна, снижения аппетита, беспокойства, раздражительности. Состояние ухудшается в сухую, жаркую погоду, т.к. повышается концентрация пыльцы в воздухе. Дождь, наоборот, "прибивает" пыльцу к земле, уменьшает количество пыльцы в воздухе, смыкает ее.

При тяжелом прогрессирующем течении спустя 2-4 года от начала заболевания может развиться пыльцевая бронхиальная астма. Следует помнить, что при поллинозе могут поражаться не только нос, глаза, органы дыхания, но и сердце, желудочно-кишечный тракт и другие органы и системы.

## Простуда или поллиноз?

Сейчас на улице солнышко припекает, весна предъясняет свои права... Понаблюдайте за собой и за близкими, не проявляются ли подобные симптомы? Не всегда чихание, кашель, насморк



– это грипп или какое-либо "простудное заболевание". Нередко пациенты долго лечатся у терапевта, семейного врача, окулиста, ЛОР-специалиста. При этом получают массу лекарственных препаратов, включая лечение травами (которые необходимо у больных поллинозом использовать крайне осторожно) и обращаются к врачу аллергологу-иммунологу только через 5-8 лет от начала заболевания, когда уже развились осложнения.

Необходимо помнить, что только в аллергологическом кабинете Вы можете получить высоко специализированную медицинскую помощь, пройти специфическое обследование и лечение. К поллинозу, как к никакому другому заболеванию, замечательно под-

ходит русская пословица "готовь сани летом, а телегу – зимой": когда растения отдыхают в любом аллергологическом кабинете г. Чебоксары у Вас определяют причинно-значимое растение, обуславливающее развитие заболевания, и дадут квалифицированные рекомендации по подготовке к предстоящему сезону. Самым эффективным методом лечения является аллергенспецифическая иммунотерапия, проводимая виновными аллергенами, начиная с самой маленькой дозы, повышаемой до достижения переносимости пыльцы. Время имеет большое значение для достижения результатов лечения: чем раньше начато, тем эффективнее.

Лечение обострений во время сезона проводит не только аллерголог-иммунолог. Больному поллинозом необходимо избегать нахождения в лесу, зеленой зоне, на лугах. В помещении лучше использовать аэрофильтры для очищения воздуха, не открывать окна, чтобы уменьшить концентрацию пыльцы. При появлении выраженных симптомов заболевания для лечения используются антигистаминные препараты, противовоспалительные средства. Лечение должно назначать только врач! Нельзя пациенту поллинозом заниматься самолечением, использовать непроверенные лекарственные средства, пищевые добавки.

Для успешного лечения надо учиться преодолевать болезнь. Такая аллергошкола в Чувашии будет проведена для врачей и пациентов с аллергическими заболеваниями в мае месяце на тему: "Новые технологии в лечении и профилактике аллергических заболеваний". 21 мая 2010 года научно-практическая конференция пройдет в медицинском институте ЧГУ им. И. Н. Ульянова для врачей республики, а 22 мая – школа для пациентов в Республиканском центре восстановительного лечения (г. Чебоксары, ул. Осипова, 5). Ведущие ученые и специалисты страны и Чувашии познакомят всех пациентов с возможностями современной реабилитационной медицины, чтобы каждый человек с аллергическим заболеванием (взрослый или ребенок) чувствовал себя здоровым, был работоспособным, радовался жизни и солнцу! Ждем Вас!

**Т. И. Петрова, главный специалист по аллергологии и иммунологии Минздравсоцразвития ЧР, И.А. Волкова.**

## НЕМНОГО ИСТОРИИ

Заболевание имеет четко повторяющуюся сезонность, которая совпадает с периодом цветения некоторых растений, поэтому оно известно еще и под другими названиями: "сенная лихорадка", весенний катар, пыльцевая аллергия, болезнь, вызываемая цветущими розами. Трудно сказать, когда появились первые цветники в мире, но с незапамятных времен люди украшали себя цветами на праздниках. Среди них роза слыла царицей цветов. Все улицы Рима были пропитаны запахом роз. Вот, наверное, почему потомки римлян стали первыми жертвами болезненного пристрастия к цветам. Болезнь получила название розовой лихорадки.

Первое официальное сообщение о поллинозе было сделано еще в 1819 году английским врачом Джоном Бостоком, но только в 1873 году английский врач Блэкли, который сам страдал от сенного катара, полностью описал проявления заболевания и связал их с сезоном цветения различных растений. В России первое сообщение о летнем насморке сделал в 1889 году врач А.Силич.

## ПОЗДРАВЛЕНИЯ

Коллектив ГУП ЧР "Фармация" Минздравсоцразвития Чувашии от всей души поздравляет своего уважаемого генерального директора, депутата Государственного Совета республики, заслуженного работника здравоохранения Чувашской Республики и Российской Федерации **Филимонова Валерия Николаевича** с 50 летним юбилеем!

Вот уже более 24 лет Вы, уважаемый Валерий Николаевич, выполняете самую гуманную и благородную миссию – служение на благо здоровья населения Чувашской Республики. С глубокой признательностью мы отмечаем, как много сил и труда Вы вкладываете в жизнь нашего предприятия. В этот знаменательный для Вас день мы выражаем Вам самое искреннее уважение и от всей души желаем Вам, дорогой Валерий Николаевич, новых созидательных успехов в работе во имя стабильного развития и процветания нашего предприятия. Желаем Вам на долгие годы сохранить молодость души и постоянный интерес к достижению положительных результатов. Пусть всегда и во всем Вам сопутствует удача, пусть не будет непреодолимых проблем, пусть удастся воплотить в реальность все планы, пусть дело приносит достаток и радует сердце отдача.

Редакция "Медицинского вестника" присоединяется к коллегам и желает Валерию Николаевичу самого крепкого здоровья, счастья, семейного благополучия Вам и Вашим близким!



Кафедра стоматологии ГОУ ДПО "Институт усовершенствования врачей" Минздравсоцразвития Чувашии поздравляет главного врача МУЗ "Городская стоматологическая поликлиника", ассистента кафедры стоматологии ГОУ ДПО ИУВ **Викторова Владимира Николаевича** с Днем рождения.

Желаем Вам здоровья, любви и счастья, неиссякаемой энергии, оптимизма, успехов во всех делах и начинаниях, душевного спокойствия и прекрасного настроения.



## БЛАГОДАРНОСТЬ

Хочу поблагодарить весь коллектив детского сада №137. Вы сотворили настоящее чудо – зрение моей дочери улучшилось. И я не помню, когда она в последний раз уже болела. От всей души благодарю вас за вашу доброту, ласку, старание и внимание. Очень хочется, чтобы в каждом детском учреждении работали такие хорошие люди. Хочу пожелать вам терпения и мудрости в таком нелегком деле – воспитании детей. Надеюсь, и в будущем у других деток тоже будет улучшаться здоровье благодаря Вам. Низкий Вам поклон.

**Андрейкина Оксана Николаевна**

## 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. 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, Е.В.Любовцева. Адрес редакции: 428018, г.Чебоксары, ул.М.Сеспеля, дом 24, тел. 62-30-32, e-mail: medicin48@cap.ru.

Индекс 54839. Номер подписан в печать 29.04.2010 г. Тираж 1200 экз. Заказ № 853. Отпечатано в типографии ГУП "ИПК "Чувашия", пр.И.Яковлева, 13.