



Руководителям учреждений
здравоохранения Курганской области
направлено по электронной почте

**ПРАВИТЕЛЬСТВО
КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Томина, 49, г.Курган,
Курганская область, 640000

Тел./факс (83522) 498501, (83522) 498503

<http://www.UZO.Kurgan-med.ru>

e-mail: DZO@kurganobl.ru

06.10.14. № 01-12/7470

на №

Департамент здравоохранения Курганской области направляет протокол видеоконференции от 18 сентября 2014 года для исполнения. Все материалы видеоконференции размещены на сайте Департамента здравоохранения Курганской области в разделе «Организация медицинской помощи».

Приложение: на 9 л. в 1 экз.

Временно исполняющий обязанности
директора Департамента здравоохранения
Курганской области

Л.И. Кокорина

Косарева С.Р.
46-51-03

ПРОТОКОЛ № 8
видеоконференции Департамента здравоохранения Курганской области

от 18 сентября 2014 года

для заместителей главных врачей по поликлиническому и лечебному разделу работы, заместителей по организационно-методической работе, фельдшеров скорой медицинской помощи, фельдшерско-акушерских пунктов, кабинетов (отделений) медицинской профилактики.

1. О соблюдении на территории Курганской области порядка оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения
(Мелешенко В.В. – главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения Курганской области)

В Курганской области в 2014 году внедрен федеральный Порядок оказания медицинской помощи при болезнях системы кровообращения (далее – БСК), трехуровневая система помощи и четкая маршрутизация потоков кардиологических больных между медицинскими организациями, первичными сосудистыми отделениями (далее – ПСО) и региональным сосудистым центром (далее – РСЦ) утверждены приказом Департамента здравоохранения Курганской области от 21 апреля 2014 года № 471 «Об организации оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Курганской области».

Первый этап – территориальные медицинские организации, центральные районные больницы. Второй этап – первичные сосудистые отделения для больных острым коронарным синдромом (далее – ОКС) и острым нарушением мозгового кровообращения (далее – ОНМК), такие отделения созданы в БСМП Кургана и Шадринска, в составе отделений имеются блоки интенсивной терапии, системы мониторирования параметров жизнедеятельности, дозаторы лекарственных веществ, компьютерные томографы, в БСМП Кургана введен в эксплуатацию ангиографический комплекс. Летальность от острого инфаркта миокарда (далее – ОИМ) в первичных сосудистых отделениях в два раза ниже, чем в большинстве центральных районных больниц. Поэтому мы настаиваем, чтобы все больные с ОНМК и ОКС при отсутствии противопоказаний, то есть транспортабельные, из близлежащих районов области доставлялись для лечения сразу в первичные сосудистые отделения БСМП Кургана и Шадринска. Порядок (схема маршрутизации) указан в приказе Департамента здравоохранения Курганской области от 21 апреля 2014 года № 471. Реализовывать схему фельдшера «скорой» или ФАПа должны под руководством руководителей здравоохранения в районах. Больные с острым инфарктом миокарда и инсультами должны госпитализироваться преимущественно в специализированные отделения в соответствии со схемой маршрутизации. От врачей сосудистых центров есть жалобы, что привозят больных несвоевременно или нетранспортабельных. Необходимо предварительно позвонить в первичное сосудистое отделение, предупредить, что везут больного, получить согласие дежурного врача центра, все телефоны указаны в приказе. В свою очередь от врачей и фельдшеров поступают жалобы на то, что врачи отделения неотложной кардиологии БСМП Кургана без оснований отказывают в приеме больных. В этом случае необходимо сделать звонок через диспетчера Центра медицины катастроф. Диспетчер обеспечит связь с кардиологом, неврологом, реаниматологом, соединит с «Волной», получите консультацию по тактике и по лечению больного. Диспетчер записывает содержание разговора.

Третий этап – региональный сосудистый центр. В 2014 году он заработал в круглосуточном режиме. За 7 месяцев по неотложным показаниям в остром периоде

инфаркта миокарда проведены 57 стентирований коронарных артерий, всего более 140 ангиопластик и стентов. 25 больным, переведенным из ЦРБ, сразу в остром периоде инфаркта поставлены стенты и большой инфаркт не развился. РСЦ принимает больных и из ПСО, и из ЦРБ, в приказе по маршрутизации все прописано.

На базе санатория «Лесники» ОГУП «Курорты Зауралья» возобновлен санаторный этап реабилитации при сосудистых заболеваниях кардиологического и неврологического профиля, имеются лицензии, необходимое оборудование и специалисты, за 8 месяцев 2014 года санаторный этап реабилитации проведен 106 пациентам. На базе ГБУ «Кетовская центральная районная больница» в 2014 году будет открыто отделение реабилитации неврологических больных после ОНМК, а в 2015 году – отделение кардиологической реабилитации после инфаркта миокарда.

На этапе амбулаторного долечивания важна роль участкового фельдшера, фельдшера ФАПа. После выписки из стационара в первые же 24 часа больной должен быть осмотрен участковым специалистом, чтобы оценить, как прошло расширение режима и бытовых условий, продолжается ли лечение. Для этого врачи сосудистых центров звонят ответственному в ЦРБ, сообщают о выписке пациентов. Ответственный сотрудник ЦРБ должен своевременно сообщить участковому специалисту о возвращении больного на участок. Мы отмечаем, что страдает качество диспансерного наблюдения за этой категорией больных. Свидетельство тому – рост в 2014 году смертности от повторных инфарктов миокарда, значительная часть которых может быть предотвращена при качественном динамическом наблюдении за больным. После первого ОИМ больной испуган, он слушает нас внимательнее, самое время убедить его лечится регулярно, вести здоровый образ жизни.

Еще одна проблема – наличие довольно большого количества людей – не молодых и не здоровых, которые не бывают в больнице по 3-5 лет, не проходят диспансеризацию. Участковые врачи, фельдшера, фельдшера ФАПов должны знать таких жителей.

В целом показатели смертности от БСК в области в 2014 году снизились, почти на 37%, это результат нашей практической работы, но сказанное сегодня убеждает, что работы еще очень много и требуется немало усилий, чтобы выполнить поставленные задачи.

С целью совершенствования медицинской помощи пациентам с БСК необходимо непрерывное медицинское образование фельдшеров скорой помощи и ФАПов по вопросам неотложной терапии ОКС и соблюдение схем маршрутизации больных; повышение качества амбулаторной реабилитации и диспансеризации больных с ОИМ и ОНМК; повышение качества проведения профилактических и диспансерных осмотров пациентов.

2. Роль Регионального сосудистого центра в организации оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями

(Леончук В.Л. – заместитель главного врача Государственного бюджетного учреждения «Курганская областная клиническая больница», руководитель Регионального сосудистого центра)

С 1 мая 2012 года на территории ГБУ «КОКБ» функционирует Региональный сосудистый центр (далее – РСЦ). Основная функция: лечение, в том числе хирургическое, острого коронарного синдрома (далее – ОКС) и острого нарушения мозгового кровообращения (далее – ОНМК). В состав РСЦ входят отделение неотложной кардиологии, неврологическое отделение для больных с ОНМК, отделение рентгеэндоваскулярных методов диагностики и лечения.

С июня 2013 года в РСЦ проводятся коронарографии. С июля 2013 года стали проводиться операции ЧКВ (чрескожное коронарное вмешательство) части больных с подострым периодом ИМ, нестабильной стенокардией.

С 1 января 2014 года организован круглосуточный пост кардиохирургической бригады РХМДиЛ. Проводится эндоваскулярное хирургическое вмешательство в острый период (до 12 часов от начала, с подъемом сегмента ST) острого инфаркта миокарда. За период 6 месяцев 2014 года проведено 57 операций стентирования в острый период инфаркта миокарда, 56 операций стентирования в последующий по выписке период после стабилизации состояния, 297 коронарографий. Стентирование в острый период инфаркта миокарда проведено 33 больным города Кургана, по 5 больных Кетовского и Юртамышского районов, 3 – Притобольного, по 2 – Каргапольского, Варгашинского, Мишкинского и Макушинского районов, по 1 – Лебяжьевского, Звериноголовского, Шумихинского, Петуховского районов. Удалось снизить летальность от ОИМ до 8,5%.

Хирургическое лечение в острый период инфаркта миокарда включает в себя экскрецию кровеносного сгустка, баллонную ангиопластику атеросклеротической инфарктпровоцирующей бляшки, стентирование и, в конечном итоге, реваскуляризация миокарда, ограничение зоны ИМ (некроза мышцы сердца).

Данное современное хирургическое лечение позволяет уменьшить летальность от ОИМ, последующую смертность больных с ИБС, снизить инвалидизацию, увеличить продолжительность и качество жизни, вернуть трудоспособность.

Эффективный тромболизис позволяет лишь отсрочить развитие ИМ, сохраняется инфарктпровоцирующая, гемодинамически значимая атеросклеротическая бляшка, сохраняется необходимость оперативного лечения.

Для полного использования потенциала РСЦ необходимо в течение 12 часов больным с ОИМ (подъемом сегмента ST) - период формирования некроза миокарда проводить хирургическое лечение.

Врачам, фельдшерам Скорой Помощи, ПСО, ЦРБ рекомендуем следующий алгоритм действия при диагностике ОИМ:

1. при постановки диагноза ОКС в ближайших к Кургану районах (Кетовский, Белозерский, Варгашинский, Юртамышский, части Каргапольского) госпитализация в РСЦ минуя ЦРБ;

2. при наличии ОКС с подъемом ST в первые 12 часов жителям города, области госпитализация в РСЦ, не проводя тромболизис, с предупреждением дежурного кардиолога РСЦ по телефону 46-28-23 о предстоящей транспортировке, при отсутствии противопоказаний к оперативному лечению, транспортабельности, наличия специализированного автотранспорта, профессиональных медицинских работников;

3. при невозможности обеспечения транспортировки в РСЦ проведение тромболизиса в условиях ЦРБ. При стабилизации состояния перевод в РСЦ после предварительной договоренности с зав. отделением неотложной кардиологии Леончуком В.Л. (р.т. 46-28-23);

4. при подостром периоде ИМ (не проводилась тромболитическая терапия в связи с поздним обращением, противопоказаниями) продолжить лечение в ЦРБ, ПСО с последующим переводом в РСЦ, КОКД, на амбулаторное лечение, наблюдению кардиологом, плановым обследованием в КОКД. Для перевода необходима предварительная договоренность (РСЦ — с Леончуком В.Л. - 46-28-23; в КОКД — зав. отделением 1 кардиологии Лагуновым А.В. - 46-60-90).

Противопоказаниями для госпитализации в РСЦ являются:

- не транспортабельность;
- наличие тяжелых соматических заболеваний: тяжелая анемия, рак, выраженные сердечная, дыхательная, почечная, печеночная недостаточность;
- тяжелые психические заболевания, выраженная деменция;

- острое нарушение мозгового кровообращения;
- острая язва, эрозивный гастрит в течение ближайшего месяца, продолжающееся желудочно-кишечное кровотечение;
- лихорадка неясного генеза;
- бактериальный эндокардит;
- аллергическая непереносимость контраста, многих лекарственных препаратов;
- тяжелый сахарный диабет;
- относительное противопоказание — старческий возраст. Наличие часто многочисленных сопутствующих заболеваний, кальциноз и распространенность атеросклеротического процесса не дают возможность эффективного ЧКВ (чрескожного коронарного вмешательства).

Больным с наличием стабильной стенокардии, постинфарктным кардиосклерозом необходимо в плановом порядке в условиях КОКД проведение коронарографии, определения показаний к оперативному лечению.

3. Пассивное курение как фактор риска развития неинфекционных заболеваний. Реализация Федерального закона от 23 февраля 2013 года № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»

(Гвоздицкая Е.А. – главный внештатный специалист по медицинской профилактике Департамента здравоохранения Курганской области)

В России курят табак 40% взрослого населения или около 43 млн. человек. Наша страна находится на 4 месте в мире по употреблению табака и на 1-ом месте в мире по курению среди детей и подростков: 30% подростков курят постоянно, 70% подростков подвергаются пассивному курению.

Многие курильщики считают, что их пагубная привычка вредит только их здоровью, поэтому она является их личным делом. Однако, сегодня уже есть достаточно подтверждений того, что вдыхание табачного дыма при нахождении рядом с курящими людьми провоцирует развитие у некурящих заболеваний, характерных для курильщиков.

Под пассивным (принудительным, вторичным) курением подразумевают непреднамеренное, в большинстве случаев нежеланное вдыхание воздуха, в котором содержится дым от горения табака.

Этот воздух состоит из дыма, который выдохнул курильщик и того дыма, который отходит от кончика горящей сигареты.

Табачный дым содержит никотин и более 4 тысяч химических компонентов, 60 из них вызывают рак, другие оказывают токсическое или радиоактивное влияние на организм человека.

Табачный дым имеет вид аэрозолей из жидких и твердых частиц во взвешенном состоянии. Причем при курении образуется два потока дыма: основной и побочный. Формирование основного потока происходит во время затяжки, когда курильщик вдыхает дым, проходящий через табачное изделие.

Побочный поток – это дым, который выдыхает курильщик и который отходит от кончика тлеющей сигареты. Побочный дым образуется между затяжками и попадает в окружающий воздух.

Научно доказано, что дым, выдохнутый курильщиком, в десятки, а иногда и в сотни раз опаснее чем то, что они выдохнули.

Например, концентрация нитрозамина в выдыхаемом воздухе в 20 раз больше, чем в воздухе, выдыхаемом курильщиком. Нитрозамин, попадая в организм, разрушает

особый барьер, который защищает мозг. В результате увеличивается риск развития старческого слабоумия, потери памяти, опухолей головного мозга, рака лёгкого.

Формальдегид – сильный канцероген. Курильщик вдыхает 300 мкг, а выдыхает 1500 мкг.

Угарный газ – курильщик вдыхает 27 мкг, а выдыхает 61 мкг. Окись углерода (угарный газ) в организме курящего человека связывается с гемоглобином, тем самым блокируя доставку кислорода ко всем клеточкам и тканям организма. Организм курящего человека вынужден постоянно жить в условиях кислородного голодаия. Характерный для курящего человека серый оттенок кожных покровов - проявление нарушения поступления кислорода в клеточки кожи. Нарушение памяти, снижение концентрации внимания, вялость и сонливость – проявления кислородного голодаия мозга и т.д.

Никотин – компонент табачного дыма вызывает повреждение эндотелиальных клеток, выстилающих изнутри крупные и мелкие сосуды, способствуя образованию тромбов. Никотин способствует развитию атеросклероза, усугубляя повышение уровня холестерина в крови. Это приводит к поражению сосудов сердца, головного мозга, периферических артерий, аорты, и, в конечном итоге, - развитию ишемической болезни сердца, гипертонии, нарушениям мозгового кровообращения.

Содержание никотина в дыме, который образуется между затяжками и отходит от кончика тлеющей сигареты, выше, чем в дыме, который вдыхает курильщик.

	Основной поток (активное курение)	Побочный поток (пассивное курение)
Состав компонентов	4 000 хим. веществ, канцерогены - 60	Аммиак, амины, нитрозамины (канцерогены) – в большем кол-ве
Нитрозамин	43 нг	860 нг
Формальдегид	300 мкг	1500 мкг
Угарный газ	27 мкг	61 мкг
Никотин	меньшее	большее

Поэтому вред пассивного курения, которое еще называют принудительным, трудно переоценить. Некурящий человек, находясь в одном, вдобавок плохо проветриваемом помещении с активным курильщиком, вдыхает дозу вредных составных частей табачного дыма, равносильную выкушиванию половины сигареты.

Многочисленные исследования показывают, что вдыхание загрязненного табачным дымом воздуха, или пассивное курение, способствует развитию у некурящих людей таких же заболеваний, которые свойственны курильщикам. Это всем известные болезни сердечнососудистой системы, органов дыхания, рак легких.

Исследования, проведенные в США, Великобритании, Австралии, Германии и показали, что риск рака легкого у пассивных курильщиков повышается, по примерным оценкам, на 30% по сравнению с некурящими людьми.

Более чем 70% повышение риска рака молочной железы, на 10 – 15% — рака почки — также результат пассивного курения.

Влияние пассивного курения на сердечнососудистую систему известно абсолютно всем. Коронарное заболевание сердца – настоящий «убийца» среди болезней, вызываемых пассивным курением. Ретроспективные оценки и исследования, проведенные в Великобритании, показали, что пассивное курение увеличивает риск смерти от ишемической болезни сердца на 50 – 60%.

Снижение слуха, астма, расстройства памяти и мышления (особенно в возрасте старше 50 лет), ухудшение состояния кожи развиваются под влиянием пассивного курения.

При высоком загрязнении помещения токсичными продуктами табачного дыма особенно чувствительны к раздражению слизистые оболочки глаз и носа, наблюдается ослабление внимания, концентрации.

Во время «принудительного» курения при вдыхании табачного дыма глубоко в легких оседают радиоактивные частицы, которые затем разносятся кровью по всему организму, оседая в костном мозге, тканях печени, поджелудочной железы, лимфатических узлах. Когда мы сидим рядом с курящим человеком, риски заболеть раком в 4 раза выше, чем у некурящего человека.

Если некурящий в течение 8 часов находится в прокуренном помещении, он получает вред, равносильный воздействия от выкушивания более 5 сигарет.

Исключительно негативно оказывается пассивное курение на организме женщин. Доказано, что женщины, вынужденные вдыхать табачный дым на работе или дома, в 2,5 раза чаще подвержены развитию рака молочной железы. У жен заядлых курильщиков в 2 раза чаще развивается рак лёгких.

85% табачного дыма невидимо и не имеет запаха.

Наиболее часто страдают различными заболеваниями дети, живущие в прокуренных помещениях. Дети – настоящие молчаливые жертвы пассивного курения. У детей, живущих с курящими родителями, вдвое чаще наблюдаются респираторные заболевания, воспаления легких, ночной кашель, бронхиты, бронхиальная астма. Табачный дым значительно влияет на обмен веществ маленького организма, разрушает многие полезные вещества и витамины, необходимые ребенку в период роста. В дальнейшем это может привести к пониженной способности усвоения школьных знаний, плохому физическому развитию, требующему выносливости и напряжения.

Для ребенка один час в накуренной комнате равен выкушиванию десяти сигарет. Ребенок вдыхает больше табачного дыма, чем взрослый, поскольку совершают в два раза больше дыхательных движений в минуту. Табачный дым надо разбавить чистым воздухом в 384000 раз, чтобы он стал безопасным для дыхания ребенка.

Курение родителей повышает у детей **риск внезапной смерти**, развития бронхиальной астмы, аллергических и онкологических заболеваний.

Несколько лет назад западные ученые ввели в обиход новый термин «третичное курение – в отличие от пассивного курения в данном случае речь идет о веществах из дыма сигарет, которые оседают на обивке мебели, шторах, занавесках, наконец, на любых вещах, способных впитывать продукты горения табака.

Любой человек, вошедший в здание или автомобиль, в котором курили, даже через несколько дней после того, как курение было прекращено, может почувствовать запах, известный как «застоявшийся табачный дым». Этот запах обусловлен повторным выделением полулетучих органических соединений (никотин, табачная смола и т.д.), которые абсорбируются на поверхности здания, стенах, полу, коврах и т.д. При условии, что средний курильщик курит 32 сигареты в день, в течение одного года он выпустит в воздух 175 г токсичной смолы, из которой половина осядет на поверхностях помещения.

Исследователи из США впервые за всю историю медицины доказали, что для детей еще более вредным, чем вдыхание табачного дыма является контакт с вещами и предметами, находящимися в доме или квартире, где регулярно курят.

Частички табачного дыма оказываются на вещах малышей (одежда, игрушки, детские книжки), откуда с помощью рук они попадают в рот и далее, в желудочно-

кишечный тракт. Концентрация вредных веществ в детском организме в таких случаях оказывается еще выше, чем при пассивном курении.

Дети исключительно чувствительны к воздействию таких отравляющих веществ. И, если у взрослого курильщика страдают в основном те органы, которые непосредственно контактируют с дымом (слизистая рта, гортань, легкие), то у детей нитрозамины, попав в рот или желудок, всасываются в кровь и могут вызвать самые разные онкологические заболевания – от лейкоза до опухолей костной ткани.

Закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» был принят в 2013 году. Он предусматривает поэтапное введение жестких мер.

Закон запрещают рекламу и стимулирования продажи табака, спонсорство табака.

С 1 июня 2013 года нельзя курить в помещениях и на территории

- Образовательных учреждений
- Учреждений культуры
- Учреждений органов по делам молодежи
- Учреждений физической культуры и спорта
- Учреждений медицинских, санаторно-курортных и реабилитационных услуг
- Социальных служб
- Органов государственной власти и местного самоуправления
- Ж/д вокзалов
- Автовокзалов
- Аэропортов Общественном транспорте
- Рабочих местах и рабочих зонах
- Лифтах, Детских площадках, Пляжах
- Автозаправочных станциях
- Воздушных судах
- В 15-ти метровой зоне от входов в помещения: ж/д вокзалов, автовокзалов, аэропортов.

С 1 июня 2014 года запрещено курение в поездах дальнего следования, но и платформах, используемых исключительно для посадки в поезда, высадки из поездов пассажиров при их перевозках в пригородном сообщении. На платформы для посадки в поезда и высадки из поездов пассажиров при их перевозках в дальнем сообщении запрет не распространяется.

Кроме того, нельзя курить в общежитиях и гостиницах, торговых помещениях, на рынках, в кафе, барах, ресторанах. В частности, окончательно исчезнет разделение на зоны для курящих и некурящих. О запрете курить посетителей заведений должны будут предупреждать специальные знаки.

Запрещается продажа табака в киосках, выбрать сигареты в магазине можно будет по каталогу. Кроме того, власти российских регионов смогут вводить дополнительные запреты на свое усмотрение.

Ответственность за нарушение запрета потребления табака

Дисциплинарная

(устанавливается Главой 30 Трудового кодекса РФ)

За совершение дисциплинарного проступка применяются дисциплинарные взыскания:

- Замечание
- Выговор
- Увольнение

Ответственность за нарушение запрета потребления табака
Административная (устанавливается статьей 6.24 Кодекса об административных правонарушениях РФ)

Нарушение запрета курения на отдельных территориях и в помещениях -

- Взыскание – административный штраф
 - Размер – на граждан от 500 до 1,5 тысяч рублей
- Нарушение запрета курения на детских площадках –
- Взыскание – административный штраф
 - Размер – на граждан от 2 до 3 тысяч рублей

Дела об административном правонарушении рассматривают:

- Органы внутренних дел
- Органы, осуществляющие функции по контролю и надзору в сфере

обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Ответственность за неисполнение требований по контролю за соблюдением норм законодательства

Административная (устанавливается статьей 6.25 Кодекса об административных правонарушениях РФ)

Неисполнение обязанностей по контролю за соблюдением законодательства в сфере охраны здоровья граждан –

- Взыскание – административный штраф
 - Размер – на ИП – от 30 до 40 тысяч рублей
- на юридических лиц – от 60 до 90 тысяч рублей

Дела об административном правонарушении рассматривают органы, осуществляющие функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Требования к знаку о запрете курения (утверждены приказом МЗ РФ от 12 мая 2014 г. №214н)

Знак о запрете курения представляет собой круг с каймой красного цвета, ширина которой должна быть не менее 13,7 мм.

Диаметр круга должен составлять не менее 200 мм, включая кайму. В центре круга горизонтально размещается графическое изображение сигареты, представляющее из себя три прямоугольника черного цвета. Размер первого прямоугольника должен быть не менее 120 x 25 мм, второго и третьего - не менее 6,2 x 25 мм. Прямоугольники размещаются слева направо. Расстояние между первым и вторым прямоугольником должно составлять не менее 5 мм, между вторым и третьим - не менее 6,2 мм.

Сверху второго и третьего прямоугольников размещаются волнистые линии шириной не менее 5 мм, изображающие дым. Сигарету пересекает красная поперечная полоса шириной не менее 17,5 мм. Красная поперечная полоса выполняется под углом 45 градусов к горизонтали с наклоном слева сверху от каймы направо вниз к кайме и не должна прерываться графическим символом знака (сигаретой).

Знак о запрете курения, размещаемый в транспортных средствах, может быть меньше размеров, установленных пунктом 1 настоящих требований.

Знак о запрете курения размещается у каждого входа на территории, в здания и объекты, где курение табака запрещено (у транспортных средств - на двери с внешней стороны), а также в местах общего пользования, в том числе туалетах.

Допускается сопровождать знак о запрете курения надписями «Не курить», «Курить запрещено» и (или) информацией о размере штрафов за курение.

Несоблюдение требований к знаку запрета курения –

- Взыскание – административный штраф
- Размер – на должностных лиц – от 10 до 20 тысяч рублей

- на юридических лиц – от 30 до 60 тысяч рублей

В течение года после принятия в 2007 году закона штата Аризона, США, о запрете курения в общественных местах число госпитализаций по поводу острых инфарктов уменьшилось на 13%, по поводу нестабильной стенокардии—на 33%, по поводу инсультов—на 14%, а по поводу астмы — на 22%.

Анализ уровня госпитализации по поводу астмы за шесть лет до и в течение трех лет после принятия в 2006 году в Шотландии закона об ограничении курения показал, что число госпитализаций детей в возрасте до 15 лет из-за астматических приступов снизилось на 15%.

Министерство здравоохранения России отмечает, что выполнение антитабачного закона уже способствовало снижению потребления табака в России на 16-17%. По оценкам министерства, антитабачный закон спасет в России 150-200 тысяч жизней ежегодно.

Росстат заявляет, что за период действия закона о защите от табачного дыма число курильщиков снизилось в среднем на 12%, а табачные организации говорят о 6-8%.

Куда обратиться курильщику?

Курильщику необходимо позвонить по телефону горячей линии по здоровому образу жизни: 8-800-200-0-200 (звонок для жителей России бесплатный).

Часы работы КТЦ с 9.00 до 21.00 с понедельника по пятницу и с 9.00 до 18.00 в субботу (по московскому времени). Можно написать заявку о консультации по электронной почте ktc01@mail.ru с указанием номера телефона и удобного времени для звонка.

Школа для желающих бросить курить

Курганский областной Центр медицинской профилактики,
запись по телефону 23-86-64

Курганский областной наркологический диспансер,
запись по телефону 46-61-01

Решение:

Направить материалы видеоконференции на фельдшерско-акушерские пункты для использования в работе.