



Руководителям медицинских организаций  
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](mailto:DZO@kurganobl.ru)

*10.05.16.* № 01-12/3830

на № \_\_\_\_\_

Департамент здравоохранения Курганской области направляет протокол видеоконференции от 21 апреля 2016 года для использования в работе. Все материалы видеоконференции размещены на сайте Департамента здравоохранения Курганской области и Государственного бюджетного учреждения «Курганская областная клиническая больница».

Материалы видеоконференции направить на фельдшерско-акушерские пункты для использования в работе.

Приложение: на 7 л. в 1 экз.

Первый заместитель директора Департамента  
здравоохранения Курганской области

П.А. Власов

**ПРОТОКОЛ № 4**  
**видеоконференции Департамента здравоохранения Курганской области**

**от 21 апреля 2016 года**

для заместителей главного врача по лечебной и организационно-методической работе, фельдшеров и других медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов и скорой медицинской помощи, специалистов кабинетов и отделений медицинской профилактики, инструкторов по санитарно-гигиеническому воспитанию.

**1. Тактика ведения больных с болезнями системы кровообращения, связанных с высоким риском острого нарушения мозгового кровообращения.**

(Мелешенко Вадим Викторович – главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения Курганской области).

Сосудистые заболевания головного мозга являются одним из лидеров среди всех причин смерти населения. В 2015 г. смертность от цереброваскулярных заболеваний в Курганской области составила почти 300 на 100 тыс. населения, зарегистрировано более 800 смертей только от самих инсультов и еще почти 2 тысячи смертей от их последствий и прочих цереброваскулярных заболеваний.

Во многом это объясняется недостаточным вниманием к профилактической работе.

Факторами риска инсульта являются различные поведенческие и другие характеристики – излишний вес, низкая двигательная активность, нерациональное питание, курение и иные вредные привычки, с которыми медицинские работники борются с переменным успехом. Эта профилактическая работа – задача всего общества.

Но есть направления профилактики специфические, за которые ответственны именно медицинские работники и только они, причем преимущественно специалисты участковой сети. В настоящее время важнейшими факторами риска развития инсульта считаются:

1. Артериальная гипертония. Риск инсульта у больных с артериальным давлением (далее – АД) более 160/95 мм рт. ст. возрастает приблизительно в 4 раза по сравнению с лицами, имеющими нормальное давление, а при АД более 200/115 мм рт. ст. – в 10 раз.

2. Заболевания сердца. Наиболее значимым риском ишемического инсульта является фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия). Риск ишемического инсульта при этом возрастает в 3-4 раза.

3. Транзиторные ишемические атаки (далее – ТИА) являются предвестником развития как инфаркта мозга, так и инфаркта миокарда. Риск развития ишемического инсульта составляет у больных с ТИА около 4-5 проц. в год.

4. Оральные контрацептивы. Препараты с содержанием эстрогенов более 50 мг достоверно повышают риск ишемического инсульта. Особенно неблагоприятно сочетание их приема с курением и повышением АД.

Пациенты умирают от инсультов потому, что не лечат артериальную гипертонию, мерцательную аритмию и даже перенесенные ТИА не заставляют их взяться за ум.

Медицинские работники должны:

- Активно выявлять и адекватно лечить больных артериальной гипертонией.

- Предупреждать кардиоэмболические инсульты у больных с нарушениями ритма сердца назначением полноценной антиагрегантной и антикоагулянтной терапии.

- Предупреждать повторные острые нарушения мозгового кровообращения у больных с ТИА.

- Медикаментозно корректировать нарушения липидного обмена у лиц с ишемической болезнью сердца (далее – ИБС), а также с атеросклеротическим поражением сонных артерий.

Достаточно часто лечение должен назначить врач-специалист, а вот убедить больного лечиться регулярно, регулярно принимать препараты – это задача участкового специалиста, и чаще всего это фельдшер. Чтобы действовать эффективно, фельдшер должен быть, прежде всего, добросовестным, и это главное. Во-вторых, фельдшер должен быть квалифицированным. Для того, чтобы больного убедить, надо знать, о чем говоришь.

Тема артериальной гипертонии является очень обширной. Я хочу остановиться на нескольких практических моментах.

Многие считают, что так называемая «мягкая» гипертензия менее опасна в плане риска инсульта. Действительно, у большинства лиц с повышенным давлением уровень АД 140 - 160/90-105 мм рт. ст., т.е. мягкая, невысокая гипертония. Но «мягкая АГ» не означает, что болезнь будет протекать без тяжелых осложнений. По данным регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, именно «мягкая» АГ диагностирована у 61 проц. лиц, перенесших ишемический инсульт и у 39 проц. пациентов с геморрагическим инсультом.

Гипотензивная терапия у больных «мягкой» АГ дает ощутимый результат в отношении профилактики инсульта. Медикаментозное лечение мы рекомендуем даже при АД 140-160/90-94 мм рт. ст. при наличии дополнительных факторов риска (курение, гиперхолестеринемия, сахарный диабет, ИБС, отягощенная наследственность в отношении болезней системы кровообращения).

Другой вопрос - целесообразна ли гипотензивная терапия у пожилых с преимущественным повышением систолического давления? У пожилых умеренное повышение АД нередко рассматривают как компенсаторный фактор, обеспечивающий оптимальную перфузию головного мозга в условиях атеросклеротического поражения магистральных артерий. Нет, результаты крупных исследований показали, что медикаментозная гипотензивная терапия у лиц старше 60 лет (в том числе и при изолированной систолической АГ) дает реальные результаты в виде снижения частоты инсультов и инфарктов миокарда.

В настоящее время достаточно четко определены основные принципы гипотензивной терапии:

- Ориентировка больного на практически пожизненное лечение.

- Постепенное снижение АД до оптимальных для каждого больного цифр.

Про постепенное снижение - при проведении гипотензивной терапии необходимо учитывать особенности регуляции мозгового кровообращения у больных, особенно у лиц с сопутствующим атеросклеротическим поражением сонных артерий. У них мозговой кровоток адаптирован к более высоким значениям АД. При этом резкое снижение систолического АД до уровня 120-130 мм рт. ст. может оказаться критическим и привести к уменьшению перфузии мозга, и появлению симптомов церебральной ишемии. В связи с этим в первые месяцы гипотензивной терапии целесообразно умеренное снижение АД — на 10-15 проц. от исходного уровня. По мере адаптации пациента к новым (более низким) показателям АД возможно постепенное его снижение до оптимальных для данного больного

цифр. То есть у пожилых пациентов с давней гипертонией давление надо снижать до нормы, но очень и очень постепенно.

#### Профилактика кардиоэмбolicкого инсульта у больных с нарушениями ритма сердца.

У 10-15 проц. больных мерцательной аритмии, даже не имевших клиники острых нарушений мозгового кровообращения, при компьютерной томографии обнаружаются клинически бессимптомные очаговые поражения мозга — “немые” инфаркты.

В ходе контролируемых профилактических исследований показано, что назначение больным с нарушениями ритма сердца антикоагулянтов или антиагрегантов на 60-70 проц. уменьшает у них риск развития кардиоэмбolicкого инсульта, причем лицам с высоким риском церебральной эмболии целесообразнее назначение антикоагулянтов, а лицам с менее выраженным риском — антиагрегантов. Таким образом, данное направление предупреждения инсульта является одним из важнейших, наряду с контролем АГ, в работе участкового врача или фельдшера. Коротко по группам препаратов — антикоагулянт варфарин всем знаком, требует определенного лабораторного контроля, не всегда просто подобрать дозу. Есть новые препараты ривароксабан (ксарелто) и дабигатран (продакса). Проще дозировать, не нужен контроль лабораторный, но они дорогие. По льготе бюджет не может пока позволить покупать их массово. Есть риск кровотечений у этих препаратов. Нужно обращать внимание на мелкие кровотечения — носовые, из десен, синяки на коже и т.п., но профилактический эффект высокий в предупреждении инсульта — надо их принимать.

Наиболее изученными антиагрегантами являются три группы препаратов — низкие дозы ацетилсалициловой кислоты (это аспирин, в оболочке защищающей ЖКТ, порядка 100 мг\сут., остается препаратом выбора), тиклопидин (сравнительно новые препараты, дорогие тоже, не для экстренной коррекции) и дипиридамол (курантил, у больных ИБС стараемся не назначать, может быть синдром обкрадывания и усиление приступов стенокардии).

Медикаментозная коррекция нарушений липидного обмена у лиц с ИБС и с  
атеросклеротическим поражением сонных артерий.

Нарушения липидного обмена — важнейший фактор риска развития ИБС. Однако как фактор риска развития инсульта он менее значим. Данные о возможности предупреждения ишемического инсульта при применении средств, снижающих уровень холестерина, противоречивы. В последние годы были проведены крупные контролируемые исследования, показавшие высокую эффективность статинов в отношении предупреждения инфаркта миокарда. Имеются данные, что гиполипидемические препараты могут “стабилизировать” и атеросклеротические бляшки сонных артерий — замедлить их рост, уменьшить вероятность разрыва капсулы. Возможность и эффективность применения гиполипидемических средств с целью профилактики инсульта требуют дальнейшего изучения, но их прием при ИБС — обязательно!

## 2. Эпидемиология и диагностика сахарного диабета. Неотложная помощь при гипогликемической коме.

(Хиева Екатерина Викторовна — врач - эндокринолог медицинского эндокринологического центра Государственного бюджетного учреждения «Курганская областная клиническая больница»).

#### Современные методы диагностики

Сахарный диабет (далее СД) — это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является

результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов.

Хроническая гипергликемия при СД сопровождается повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных органов, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов.

По последним данным, численность больных СД в мире за последние 10 лет увеличилась более, чем в 2 раза, и к концу 2013 года достигла 382 млн. человек. Согласно прогнозам Международной диабетической федерации к 2035 году СД будет страдать 592 млн. человек.

| Время определения   | Концентрация глюкозы, ммоль/л |                 |
|---|-------------------------------|-----------------|
|   | Цельная капиллярная кровь     | Венозная плазма |
| <b>НОРМА</b>  |                               |                 |
| Натощак и через 2 часа после ПГТТ                             | < 5,6                         | < 6,1           |
|   | < 7,8                         | < 7,8           |
| <b>Сахарный диабет</b>  |                               |                 |
| Натощак или через 2 часа после ПГТТ или случайное определение | ≥ 6,1                         | ≥ 7,0           |
|   | ≥ 11,1                        | ≥ 11,1          |
|   | ≥ 11,1                        | ≥ 11,1          |
| <b>Нарушенная толерантность к глюкозе</b>                     |                               |                 |
| Натощак (если определяется) и через 2 часа после ПГТТ         | < 6,1                         | < 7,0           |
|   | ≥ 7,8 и < 11,1                | ≥ 7,8 и < 11,1  |
| <b>Нарушенная гликемия натощак</b>                            |                               |                 |
| Натощак и через 2 часа после ПГТТ (если определяется)         | ≥ 5,6 < 6,1                   | ≥ 6,1 < 7,0     |
|   | < 7,8                         | < 7,8           |

### HbA1c как диагностический критерий СД

В 2011 г. ВОЗ одобрила возможность использования HbA1c для диагностики СД. В качестве диагностического критерия СД выбран уровень HbA1c ≥ 6,5 % (48 ммоль/моль).

Исследование должно быть выполнено с использованием метода определения HbA1c, сертифицированного в соответствии с National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP) или International Federation of Clinical Chemists (IFCC) и стандартизованного в соответствии с референсными значениями, принятыми в Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). Нормальным считается уровень HbA1c до 6,0 % (42 ммоль/моль).

Алгоритм индивидуализированного выбора целей терапии по HbA1c\*

Возраст: Молодой, средний, пожилой и/или ожидаемая продолжительность жизни (далее ОПЖ) < 5 лет.

Нет тяжелых макрососудистых осложнений и/или риска тяжелой гипогликемии \*\* < 6,5 % < 7,0 % < 7,5 %.

Есть тяжелые макрососудистые осложнения и/или риск тяжелой гипогликемии < 7,0 % < 7,5 % < 8,0 %.

Гипогликемия является независимым фактором повышения частоты сердечно-сосудистых катастроф и смертности. О гипогликемии говорят при уровне сахара крови менее 3.9 ммоль/л при измерении глюкометром.

Гипогликемия может привести к повышенному риску деменции, повышению массы тела из-за защитного заедания, потере сознания, судорогам, повышенному

риску аварий, снижению качества жизни, сердечно-сосудистым заболеваниям, коме, госпитализации, смерти.

Симптомы легкой гипогликемии: бледность, сердцебиение, головокружение, чувство голода, беспокойство, страх, слабость, потливость, дрожь в теле.

Симптомы тяжёлой гипогликемии: спутанность мыслей, плохая координация, нарушение речи, потеря сознания, судороги, кома.

Причины гипогликемии в организме: пропуск еды или недостаточное количество ХЕ, введение большой дозы инсулина, избыточная физическая нагрузка и алкоголь.

Передозировка инсулина:

- техническая ошибка с набором дозы;
- введение инсулина дважды;
- инъекция инсулина в другую область тела, из которой инсулин всасывается лучше;
- неправильный расчет или недостаточный самоконтроль.

Лечение лёгкой гипогликемии: съесть 2-4 куска сахара или выпить один стакан фруктового сока (сладкого чая); 1-2 чайные ложки меда или один стакан «Пепси» или «Фанты». В некоторых случаях после употребления перечисленных продуктов необходимо съесть 1-2 куска хлеба, яблоко или выпить стакан молока.

Лечение тяжёлой гипогликемии:

1. положить на бок;
2. удалить остатки пищи изо рта и зубные протезы;
3. положить за щеку один кусок сахара;
4. вызвать врача.

### **3. Организация школ здравья в медицинских организациях Курганской области.**

(Хайрова Наталья Фаритовна – главный внештатный специалист по медицинской профилактике Департамента здравоохранения Курганской области).

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 683н от 30 сентября 2015 года «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях» профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни в медицинских организациях осуществляются в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи, включая первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь и санаторно-курортное лечение. Таким образом, Школы здоровья должны функционировать в любой медицинской организации. Количество Школ здоровья для пациентов зависит от профиля оказываемой медицинской помощи.

В течение 2016 года в ГКУ «Курганский областной Центр медицинской профилактики» запланирована подготовка методических материалов для проведения Школ пациентов с наиболее часто встречающимися заболеваниями.

В связи с высокой распространенностью артериальной гипертензии, Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертензией должна быть организована в следующих медицинских организациях:

1. ГБУ «Курганская областная клиническая больница»
2. ГБУ «Курганский областной госпиталь для ветеранов войн»
3. ГБУ «Курганский областной кардиологический диспансер»

4. ГБУ «Курганский областной кожно-венерологический диспансер»
5. ГБУ «Курганский областной противотуберкулезный диспансер»
6. ГБУ «Курганский областной онкологический диспансер»
7. ГБУ «Курганский областной наркологический диспансер»
8. ГБУ «Курганский областной перинатальный центр»
9. ГКУ «Курганская областная психоневрологическая больница»
- 10.ГБУ «Курганская областная специализированная инфекционная больница»
- 11.ГБУ «Курганская больница скорой медицинской помощи»
- 12.ГБУ «Курганская больница №2»
- 13.ГБУ «Курганская больница №1»
- 14.ГБУ «Курганская больница №5»
- 15.ГБУ «Курганская поликлиника №3»
- 16.ГБУ «Курганская поликлиника №4»
- 17.ГБПОУ «Курганский базовый медицинский колледж»
- 18.ОГУП «Курорты Зауралья»
- 19.ГКУ «Шадринский областной психоневрологический диспансер»
- 20.ГКУ «Шадринский областной противотуберкулезный диспансер»
- 21.ГБУ «Шадринская больница скорой медицинской помощи»
- 22.ГБУ «Шадринская городская больница»
23. Центральные районные больницы

С целью повышения качества группового профилактического консультирования в медицинских организациях Курганской области, предлагаем использовать методические материалы для организации Школы пациентов с артериальной гипертензией, разработанные на кафедре кардиологии и клинической фармакологии Российского университета дружбы народов, рекомендованные главным внештатным специалистом-кардиологом Мелешенко В.В.:

- методическое руководство по проведению Школы здоровья для пациентов с артериальной гипертензией,

- мультимедийные презентации Школы здоровья для пациентов с артериальной гипертензией,

- памятки для слушателя Школы к занятию №1

- памятки для слушателя Школы к занятию №2

- памятки для слушателя Школы к занятию №3

- памятки для слушателя Школы по первой помощи при неотложных состояниях, рекомендованные главными внештатными специалистами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Руководителям медицинских организаций необходимо издать приказ о работе Школы, утвердить расписание работы Школы на 2016 год.

Информацию об организации Школы здоровья для пациентов с артериальной гипертензией предоставить в срок до 15.05.2016 года по предложенной форме на электронный адрес: [kurganprof@mail.ru](mailto:kurganprof@mail.ru).

| Дата и время проведения Школы | Место, адрес | Ответственный за проведение Школы, контактный телефон |
|-------------------------------|--------------|---|
|                               |              |   |

Отчет о работе Школы предоставлять ежеквартально до 10 числа следующего за отчетным месяца по форме 038/у02 с информацией по медико-

гигиеническому воспитанию в ГКУ «Курганский областной Центр медицинской профилактики» на электронный адрес: [kurganprof@mail.ru](mailto:kurganprof@mail.ru).

По вопросам организации работы Школы ГКУ «Курганский областной Центр медицинской профилактики» оказывает методическую помощь.

Решение Межведомственного совета по формированию здорового образа жизни и развитию здравоохранения Курганской области - возобновить оформление уголков здоровья в поликлиниках, отделениях стационаров, на ФАПах, в организациях и учреждениях, расположенных на подведомственной медицинской организации территории, с целью проведения разъяснительной работы с населением по профилактике заболеваемости и вопросам здорового образа жизни.

Уголок здоровья – это стенд, на котором в лаконичной форме размещена полезная информация по сохранению здоровья. Стенды удобны тем, что, информацию можно периодически менять.

ГКУ «Курганский областной центр медицинской профилактики» разрабатывает материалы для Уголков здоровья ежемесячно.

Информационный материал для уголков здоровья размещен на сайте ГКУ «Курганский областной Центр медицинской профилактики»: медпроф45.рф.