



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

на № 25.05.16. № 01-12/4403

Департамент здравоохранения Курганской области направляет протокол видеоконференции от 19 мая 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 9 л. в 1 экз.

Первый заместитель директора Департамента
здравоохранения Курганской области

 П.А. Власов

Косарева С.Р.
46-51-03



ПРОТОКОЛ № 5
видеоконференции Департамента здравоохранения Курганской области

от 19 мая 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. Выполнение маршрутизации, стандартов оказания медицинской помощи при остром нарушении мозгового кровообращения.

(Ларионов Андрей Валерьевич – заведующий неврологическим отделением для больных с острым нарушением мозгового кровообращения Государственного бюджетного учреждения «Курганская областная клиническая больница»).

Сосудистые заболевания головного мозга вышли в России на второе место после сердечно-сосудистых заболеваний среди всех причин смерти населения, при этом ишемические поражения занимают доминирующее место, до 80% от всех сосудистых заболеваний. В России ежегодно переносят инсульт более 450 тыс. человек, т.е. каждые 1.5 минуты у кого то из россиян впервые развивается данное заболевание, при этом до 200 тысяч заканчивается летальным исходом, а из выживших до 80% остаются инвалидами. Лишь 20% выживших больных могут вернуться к работе.

Каждый пациент с диагнозом «Острое нарушение мозгового кровообращения» (далее – ОНМК) должен быть госпитализирован, причем наиболее эффективна терапия в стационаре, в случае госпитализации больного в первые часы от момента развития мозговой катастрофы.

Факторы риска ОНМК.

Неизменяемые факторы риска: возраст (с увеличением которого риск инсульта увеличивается), мужской пол, генетическая предрасположенность к некоторым заболеваниям приводящим к инсульту (гипертоническая болезнь, ожирение), раса.

Поддающиеся коррекции факторы риска: артериальная гипертония, атеросклероз сосудов головного мозга, ишемическая болезнь сердца, мерцательная аритмия, сахарный диабет, курение, инсульт или транзиторные ишемические атаки (далее – ТИА) в анамнезе, инфаркт миокарда в анамнезе, повышенное содержание холестерина, злоупотребление алкоголем.

Классификация ОНМК:

- ТИА характеризуется внезапным развитием и полным регрессом очаговой симптоматики в течение 24 часов.

- Острая гипертензивная энцефалопатия характеризуется возникновением общемозговых симптомов в результате развития явлений отека мозга при срыве регуляции мозгового кровообращения на фоне высоких цифр артериального давления (далее – АД).

- Инсульт – заболевание характеризующееся развитием очаговых симптомов

поражения центральной нервной системы (далее – ЦНС), продолжающихся более 24 часов.

Инсульт подразделяется на несколько видов: геморрагический, ишемический, смешанный.

Механизм развития ишемического инсульта.

При снижении мозгового кровотока (сужение просвета или закупорка мозговых артерий атеросклеротической бляшкой, тромбом, эмболом из полости сердца) уже через 6-8 минут формируется необратимо поврежденная область мозга – «ядерная зона». В течение нескольких часов эта зона окружена обедненной, но жизнеспособной тканью мозга. Формирование очага поражения продолжается до 2-3 суток, но в течение 2-3 часов процесс можно обратить.

Геморрагический инсульт развивается как следствие артериальной гипертензии, обусловленное гипертонической болезнью, заболеваниями почек, эндокринными расстройствами.

Вторая по частоте причина – артериальная аневризма или мальформация. Основным фактор спонтанных субарахноидальных кровоизлияний – разрыв аневризмы на основании мозга.

Клиническая картина ОНМК характеризуется внезапным возникновением очаговой симптоматики.

Очаговые симптомы:

1. Односторонние двигательные нарушения в конечностях в виде пареза (снижение мышечной силы) или паралича (полное отсутствие движения). Для того, чтобы выявить нарушение речи, попросите больного назвать свое имя или простую фразу.

2. Речевые нарушения (дизартирия, афазия). Больной не будет выполнять просьб и команд или не может строить свою речь.

3. Асимметрия лица. Сглаженность носогубной складки. Необходимо попросить больного улыбнуться.

4. Односторонние нарушения чувствительности в руке и/или в ноге. Ощущение будто больной отлежал свою конечность. Для выявления нарушения чувствительности нужно наносить уколы на симметричные участки конечностей справа и слева.

К общемозговым симптомам относят изменение уровня сознания, головную боль, тошноту, рвоту, головокружение, генерализованные судороги.

Формы изменения сознания: оглушение (умеренное, глубокое) нарушение внимания, утраты связанности мыслей или действий. Больной вял, сонлив. Сопор-больной открывает глаза после интенсивного торможения или болевого раздражения. При этом целенаправленные защитные реакции сохранены.

Кома – это полная утрата сознания, больной неразбудим.

1. Кома поверхностная.

2. Кома глубокая.

3. Кома атоническая.

Менингеальные симптомы характерны для геморрагического инсульта – ригидность мышц затылка, невозможность приведения подбородка к груди.

Симптом Кернига – невозможность разогнуть ногу в коленном суставе при согнутой в тазобедренном.

Дифференциальная диагностика ОНМК: гипогликемия, эпилептический припадок, черепно-мозговая травма, менингит, энцефалит, осложненный приступ мигрени, опухоль мозга, истерия.

Инсульт – неотложное состояние, поэтому все пациенты (также с ТИА) должны госпитализироваться первой бригадой, прибывшей на вызов. Необходимо оповещение принимающей стороны с указанием времени довоза больного. Максимально быстрая транспортировка больного в стационар, желательно, минуя приемное отделение для проведения компьютерной томографии головного мозга.

Противопоказаний для госпитализации больных с ОНМК нет, имеются относительные ограничения, такие как терминальная кома, деменция в анамнезе с инвалидизацией, терминальная стадия онкологических заболеваний.

Вопросы больному и/или родственникам:

- Точное время начала заболевания?
- Имеется ли нарушение сознания, речи, двигательных функций, асимметрия лица, нарушение чувствительности, судороги?
- Имеются ли факторы риска: мерцательная аритмия, артериальная гипертензия, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, ОНМК в анамнезе?
- Был ли больной инвалидизирован до данного заболевания?

Диагностические мероприятия:

Оценка общего состояния и жизненно важных функций: уровень сознания, проходимость дыхательных путей и дыхания, кровообращение. Осмотр и пальпация мягких тканей головы для выявления черепно-мозговой травмы.

Измерение АД, пульса, аускультация сердца и легких, электрокардиограмма, исследование глюкозы крови, пульсоксиметрия.

Лечебные мероприятия:

Базисная терапия направлена на коррекцию жизненно-важных функций:

1. Коррекция дыхательных нарушений.
2. Коррекция гемодинамики. Рутинное снижение АД при инсульте недопустимо! Систолическое АД 190-200 мм.рт.ст. и диастолическое 105-110 мм. Активная гипотензивная терапия не требуется. Если цифры превышают, то снижение не более 20%. Использование нифедипина, эуфиллина, папаверина, клофелина противопоказано. Применяют дробное введение сульфата магния 25%, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (капотен).

Артериальная гипотензия – ухудшает церебральную гемодинамику. Инфузионная терапия 0.9% хлорид натрия. Для быстрого восполнения объема циркулирующей крови препараты ГЭК 6% или 10%. Растворы 5% глюкозы при инсульте противопоказаны. Раствор Допамина, введено, капельно 5 мкг\кг. массы в минуту. Противопоказано введение сердечных гликозидов, глюкокортикостероидов ввиду неэффективности и риска кардиальных осложнений.

Купирование судорожных припадков: Диазепам 10мг. введено, при неэффективности повтор через 3 - 4 мин.

Препараты, применение которых при инсульте не рекомендуется на догоспитальном этапе: Фуросемид, Пирацетам, Эуфиллин, Дексаметазон, Преднизолон, Нифедипин.

2. Алгоритм действий и клинический минимум при обследовании пациентов с симптомами, подозрительными на туберкулез.

(Просвирнина Юлиана Анатольевна – главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения Курганской области).

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2014 года №951. Методические рекомендации по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ



Микробиологические и молекулярно-генетические методы:

1. микроскопия (чувствительность не более 50%, отсутствие возможности дифференцировать микобактерии туберкулеза (далее – МБТ);
2. Культивирование МБТ (чувствительность 70-80%, определение видовой принадлежности МБТ, результат (плотные среды) – 21-36 дней, (жидкие) – 12-22 дня);
3. определение лекарственной чувствительности МБТ (к противотуберкулезным препаратам первого ряда (стрептомицин, изониазид, рифампицин, этамбутол) и второго ряда (амикацин, канамицин, офлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин, этионамид, протионамид, капреомицин, аminosалициловая кислота, линезолид);
4. молекулярно-генетические методы;
5. молекулярно-генетические методы определения лекарственной чувствительности МБТ.

Лучевые методы диагностики: рентгенография органов грудной клетки, спиральная компьютерная томография, ультразвуковое исследование легких и органов средостения.

Иммунодиагностика: Манту с 12 мес. до 7 лет включительно, проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении с 8 лет до 17 лет включительно.

Эндоскопические и хирургические методы: бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия.

Группы лиц, подлежащих обследованию на туберкулез органов дыхания.

Выявление больных туберкулезом проводится с помощью скрининговых периодических обследований населения (рентгенологические обследования органов грудной клетки у взрослых, иммунодиагностика у детей) и при обращении за медицинской помощью с жалобами, подозрительными на туберкулез. Таким образом, диагностические мероприятия требуются следующим группам лиц:

1. Лицам, у которых при скрининговых рентгенологических обследованиях органов грудной клетки обнаруживаются патологические изменения (очаговые, инфильтративные тени, полостные образования, диссеминированные, диффузные изменения в легочной ткани, наличие жидкости в плевральной полости, увеличение внутригрудных узлов);

2. Детям, у которых при массовой иммунодиагностике выявлены одно или несколько следующих состояний: впервые выявленная положительная реакция на пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л («вираж»), усиливающаяся чувствительность к туберкулину (на 6 мм и более), выраженная и гиперергическая чувствительность к туберкулину (15 мм и более), сомнительная или положительная реакция на пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении (белок CFP10-ESAT6 0,2 мкг);

3. Лицам, имеющим симптомы, свидетельствующие о возможном заболевании туберкулезом, в том числе: кашель, продолжающийся более 3 недель, боли в грудной клетке, кровохарканье, общая интоксикация неясного генеза продолжительностью более 2 недель с наличием лихорадки, потерей массы тела, быстрой утомляемостью;

4. Лицам с хроническими воспалительными заболеваниями органов дыхания, у которых частые (более 2 раз в год) обострения и отсутствие выраженной положительной динамики (сохраняющиеся изменения при лабораторных исследованиях) на проводимое противовоспалительное лечение в течение более 3 недель;

5. Лицам, у которых при проведении диагностических мероприятий по поводу любого заболевания, выявляются признаки, свидетельствующие о возможности наличия туберкулеза;

6. Больным ВИЧ-инфекцией при наличии у них одного из следующих симптомов: кашля, лихорадки, потливости, снижения массы тела.

3. Организация школ здоровья в медицинских организациях Курганской области.

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

Приказ 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,
- специализированной медицинской помощи,
- санаторно-курортного лечения.

Школы здоровья должны функционировать в любом медицинском учреждении. Количество Школ здоровья для пациентов в медицинских организациях зависит от профиля оказываемой медицинской помощи.

ГКУ «Курганский областной Центр медицинской профилактики» в течение 2016 года подготовит методические материалы проведения Школ для пациентов с наиболее часто встречающимися заболеваниями: артериальная гипертензия, сахарный диабет 1 и 2 типа, бронхиальная астма, школа отказа от курения, школа здорового образа жизни (далее – ЗОЖ), школа будущих родителей, школа репродуктивного здоровья.

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

Решением Межведомственного совета по формированию ЗОЖ и развитию здравоохранения Курганской области принято 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.

В мае 2016 года предлагаем разместить в уголках здоровья следующую информацию: диспансеризация; центры здоровья; алгоритм первой помощи при сердечном приступе; алгоритм первой помощи при коронарной смерти.

Информационный материал для уголков здоровья размещен на сайте ГКУ «Курганский областной Центр медицинской профилактики» medprof45.pf.

Школа для пациентов с сахарным диабетом 2 типа разработана Свердловским областным центром медицинской профилактики, Уральским государственным

медицинским университетом, рекомендована главным внештатным специалистом-эндокринологом Плотниковым для группового профилактического консультирования в медицинских организациях Курганской области.

Школа здоровья для пациентов с сахарным диабетом 2 типа должна быть организована в следующих медицинских организациях: центральные районные больницы, ГБУ «Курганская больница №2», ГБУ «Курганская больница №1», ГБУ «Курганская больница №5», ГБУ «Курганская поликлиника №3», ГБУ «Курганская поликлиника №4», ГБПОУ «Курганский базовый медицинский колледж», ОГУП «Курорты Зауралья», ГБУ «Шадринская больница скорой медицинской помощи», ГБУ «Шадринская городская больница».

Сахарный диабет – это заболевание, основным симптомом которого является повышение уровня сахара крови. Термин «сахарный диабет» имеет греческие корни и буквально означает «сахарное мочеизнурение», что является симптомом повышенного уровня сахара. Диабет – это нарушение обмена сахара (точнее говоря, глюкозы).

Всемирная организация здравоохранения (далее – ВОЗ) выделяет сахарный диабет 1 или 2 типа. Сахарный диабет 1, и 2 типа, – хронические заболевания, при которых полное излечение пока невозможно. Однако в настоящее время разработаны эффективные методы контроля и лечения диабета, и если придерживаться этих современных методов, то заболевание не приводит к снижению продолжительности жизни или к ухудшению ее качества.

Факторами риска развития сахарного диабета являются:

- семейная история сахарного диабета. Если у родителей или братьев, или сестер есть сахарный диабет, риск развития его увеличивается;
- возраст старше 45 лет. Вероятность развития сахарного диабета 2 типа увеличивается с возрастом;
- низкая физическая активность;
- избыточная масса тела и ожирение. Чем больше лишнего веса, тем выше риск сахарного диабета 2 типа;
- артериальная гипертония. Повышение артериального давления до 140/90 мм рт. ст. и выше также повышает риск развития сахарного диабета 2 типа.

У женщин – диабет, возникший во время беременности, или рождение ребенка весом более 4 кг. могут повышать риск развития сахарного диабета 2 типа.

Симптомы повышенного уровня сахара крови: жажда, учащение мочеиспускания (в том числе в ночное время) и увеличение количества выделяемой мочи, слабость, утомляемость, плохое заживление повреждений кожи (ранок, царапин), снижение массы тела, зуд кожи или слизистых оболочек.

Диабетическая кома развивается по какой-либо причине. Причины могут быть разные, например, присоединение к диабету какого-либо другого тяжелого заболевания (воспаления легких, острого аппендицита, инфаркта и т.д.). Уровень сахара крови при этом может повышаться очень сильно, а на этом фоне в организме в больших количествах появляется особое вещество – ацетон. Результатом такого процесса при отсутствии лечения может явиться тяжелое состояние с потерей сознания – диабетическая кома. Кома опасна для жизни, но она никогда не развивается внезапно и незаметно, и поэтому ее вполне можно предупредить. Вот

почему больной диабетом должен быть внимателен к своему состоянию, уметь правильно его контролировать и вовремя принимать необходимые меры.

Кроме непосредственной оценки уровня сахара в крови существует очень полезный показатель, отражающий усредненный уровень сахара крови за 2-3 ближайших месяца – гликированный гемоглобин (HbA1c). Если его значение не превышает верхнюю границу нормы в данной лаборатории (в разных лабораториях нормы могут немного различаться, обычно верхняя ее граница равна 6-6,5%) более чем на 1%, можно считать, что в течение указанного периода сахар крови был близок к удовлетворительному уровню. Конечно, еще лучше, если и этот показатель у больного диабетом полностью укладывается в норму для здоровых людей.

Уровень гликированного гемоглобина имеет смысл определять в дополнение к самоконтролю сахара крови (мочи) не чаще 1 раза в 3-4 месяца.

Поражение глаз при диабете.

В глазах на фоне постоянно повышенного сахара крови страдает сетчатка. Сетчатка как бы выстилает глазное яблоко изнутри. Основу сетчатки представляет сплетение мелких сосудов; в ней также имеются нервные окончания, обеспечивающие функцию зрения. Осложнение сахарного диабета, обусловленное изменениями сосудов сетчатки, называется диабетической ретинопатией (слово происходит от латинского наименования сетчатки – retina, что означает «сеть»).

Поражение почек при диабете.

На фоне длительной декомпенсации диабета в почках страдают мелкие сосуды, являющиеся основной частью почечного клубочка (из множества таких клубочков и состоит ткань почки). Сосуды почечного клубочка обеспечивают функцию почек, которые выполняют в организме человека роль фильтра. Ненужные вещества почки выводят с мочой, отфильтровывая их из крови, нужные – задерживают, направляя обратно в кровь. Когда из-за повышенного уровня сахара крови изменяются сосуды почечных клубочков, нарушается нормальное функционирование почечного фильтра. Тогда белок, который является нужным веществом, и в норме в мочу не попадает, начинает туда проникать. Осложнение диабета на почки – диабетическую нефропатию, поначалу никак нельзя почувствовать. Поэтому каждому больному диабетом не реже 1 раза в год необходимо сдавать анализ мочи для определения в ней белка. Это может быть обычный, так называемый общий анализ мочи, который делается в любой поликлинике.

Артериальная гипертония.

Следует знать, что повышение артериального давления (далее – АД) далеко не всегда есть следствие поражения почек, но оно само по себе наносит почкам серьезный вред. Артериальная гипертония устанавливается, если систолическое (верхнее) АД больше или равно 140 мм рт. ст. и/или диастолическое (нижнее) АД больше или равно 90 мм рт. ст. Повышенный уровень АД, вне зависимости от причин возникновения, необходимо снижать. При сахарном диабете рекомендуется стремиться к уровню АД ниже 130/80, так как это способствует более значимому снижению риска сердечно-сосудистых осложнений. Медикаментов для лечения гипертонии сейчас очень много и каждому больному можно подобрать эффективную терапию. Принимать эти препараты необходимо постоянно, т.е. не только при высоком, но и при снизившемся до нормы АД, чтобы оно не повысилось!

Поражения ног при диабете.

Преобладание поражения артерий приводит к нарушению кровоснабжения ног. Это более характерно для пожилых больных. Признаком такого поражения на выраженных стадиях являются боли в ногах при ходьбе. Может беспокоить также зябкость стоп. В далеко зашедших случаях развивается омертвление тканей кончиков пальцев или пяточной области. Предрасполагает к развитию осложнений такого характера, кроме повышенного уровня холестерина крови, высокое артериальное давление и курение. Атеросклероз может параллельно поражать и артерии сердца, головного мозга. Возможно сочетание сосудистых нарушений с нейропатией. В этих случаях вероятность развития гангрены, а значит, ампутации конечности, особенно велика.