



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

03.06.15 № 01-12/4901

на № _____

Департамент здравоохранения Курганской области направляет протокол видеоконференции от 21 мая 2015 года для использования в работе. Все материалы видеоконференции размещены на сайте Департамента здравоохранения Курганской области и ГБУ «Курганская областная клиническая больница».

Приложение: на 10 л. в 1 экз.

Заместитель директора Департамента
здравоохранения Курганской области - начальник
управления организации медицинской помощи

С.В. Мысливцева

ПРОТОКОЛ № 4
videоконференции Департамента здравоохранения Курганской области

от 21 мая 2015 года

для заместителей главного врача по поликлиническому и лечебному разделу работы, фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов и скорой медицинской помощи.

1. Внедрение методических рекомендаций по совершенствованию диагностики туберкулеза органов дыхания.

(Просвирнина Ю.А. – главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения Курганской области)

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ



Микробиологические и молекулярно-генетические методы:

1. Микроскопия (чувствительность не более 50%, отсутствие возможности дифференцировать 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 ПТП первого ряда (стрептомицин, изониазид, рифамицин, этамбутол) и второго ряда (амикацин, канамицин, офлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин, этионамид, протионамид, капреомицин, аминосалициловая 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 месяцев 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.

Приказ Департамента здравоохранения Курганской области от 09.07.2014 года №828 «Об организации оказания медицинской помощи больным туберкулезом на территории Курганской области» устанавливает объем обследования пациентов при направлении на консультацию в противотуберкулезное учреждение:

- результаты рентгено-томографических исследований (давностью не более 10 дней);
 - данные лабораторных исследований (давностью не более 10 дней):
 - для взрослых:
 - общий (клинический) анализ крови;
 - исследование уровня общего билирубина в крови;
 - исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови;
 - исследование уровня аланин-трансаминазы в крови;
 - серологические реакции на ВИЧ, HBsAg, HBcAg, RW;
 - анализ мочи общий;
 - микроскопическое исследование образцов мокроты на микобактерии туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis*);
 - для детей и подростков:
 - общий (клинический) анализ крови;
 - анализ кала на яйца глистов;
 - анализ мочи общий;
 - краткая выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (форма № 027/у) (для детей и подростков с указанием результатов предыдущих БЦЖ и реакций Манту).

Приказ Департамента здравоохранения Курганской области от 09.07.2014 года №828 «Об организации оказания медицинской помощи больным туберкулезом на территории Курганской области» также устанавливает объем обследования пациентов при направлении на стационарное лечение в противотуберкулезное учреждение:

- результаты рентгено-томографических исследований (давностью не более 10 дней);
 - данные лабораторных исследований (давностью не более 10 дней):
 - для взрослых:
 - общий (клинический) анализ крови;
 - исследование уровня общего билирубина в крови;
 - исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови;
 - исследование уровня аланин-трансаминазы в крови;
 - серологические реакции на ВИЧ, HBsAg, HBcAg, RW;

- анализ мочи общий;
- микроскопическое исследование образцов мокроты на микобактерии туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis*);
- для детей и подростков:
 - общий (клинический) анализ крови;
 - анализ кала на яйца глистов;
 - анализ мочи общий;
 - краткая выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (форма № 027/у) (для детей и подростков с указанием результатов предыдущих БЦЖ и реакций Манту).

2. Неотложные состояния в педиатрии.

(Хлызов А.М. – главный внештатный детский специалист анестезиолог-реаниматолог Департамента здравоохранения Курганской области)

Острая сосудистая недостаточность (ОСН) развивается вследствие резкого нарушения сосудистого тонуса из-за несоответствия объема циркулирующей крови (ОЦК) и емкости сосудистого русла.

Обморок (синкопальное состояние) - внезапная кратковременная потеря сознания на 1-3 минуты вследствие преходящих нарушений мозгового кровообращения, сопровождающаяся слабостью, тошнотой или рвотой, падением АД, брадикардией, сменяющейся тахикардией, бледностью, холодным потом, снижением мышечного тонуса, сужением зрачков. Глубокий обморок может (редко) сопровождаться кратковременными тоническими судорогами. В горизонтальном положении сознание быстро восстанавливается, могут сохраняться слабость, бледность, артериальная гипотензия.

Таким образом, основные признаки обморочного состояния: внезапность развития; кратковременность (от нескольких секунд до 3-5 мин.); обратимость, быстрое и полное восстановление сознания – ребенок ориентируется в окружающем, помнит обстоятельства, предшествующие потере сознания.

Чаще обморокам подвержены дети с вегето-сосудистой дистонией в препубертатном и пубертатном возрасте.

Наиболее частые причины обмороков у детей:

1. Синкопе вследствие нарушения нервной регуляции сосудов: вазовагальные, ортостатические, синокаротидные, рефлекторные, ситуационные, при гипервентиляционном синдроме.

2. Кардиогенные синкопе при:

- брадиаритмиях (атриовентрикулярная блокада II-III ст. с приступами Морганьи-Эдамса-Стокса, синдром слабости синусового узла);

- тахиаритмиях (пароксизмальная тахикардия, в т.ч. при синдроме удлиненного интервала QT, мерцательная аритмия);

- механическом препятствии кровотоку на уровне сердца или крупных сосудов (стеноз аорты, гипертрофический субаортальный стеноз, недостаточность аортальных клапанов и др.).

3. Гипогликемические синкопе.

4. Цереброваскулярные и др.

Варианты обмороков:

1. **Вазовагальные**, возникающие вследствие внезапного повышения холинэргической активности в провоцирующих ситуациях (боль, испуг, переутомление, душное помещение, вид крови, эмоциональное перенапряжение).

2. **Ортостатические**, развивающиеся при переходе из горизонтального

положения в вертикальное, при быстром вставании с постели, длительном стоянии из-за недостаточности компенсаторных механизмов регуляции сосудистого тонуса.

3. **Синокаротидные** (рефлекторные), связанные с гиперактивностью каротидного рефлекса и провоцируемые резким поворотом головы, тугим воротничком или галстуком, во время выполнения диагностических манипуляций (бронхоскопия, ФГАС).

4. **Ситуационные** (при приступе кашля, затруднении дефекации, поднятии тяжестей), вызванные резким повышением внутригрудного давления с уменьшением сердечного выброса.

5. **Гипервентиляционные**, возникающие вследствие гиперкапнии и дыхательного алкалоза, ведущим к рефлекторному сужению сосудов мозга.

6. **Кардиогенные** синкопе (см. ниже).

Обморок может предшествовать пресинкопальное состояние (липотимия): чувство дискомфорта, тошнота, зевота, потливость, слабость в ногах, потемнение в глазах, мелькание «мушек» перед глазами, нарастающее головокружение, шум или звон в ушах, онемение конечностей. Если ребенок успевает сесть или лечь, то приступ не развивается полностью, а ограничивается состоянием оглушенности, зевотой, тошнотой.

В каждом конкретном случае необходимо исключить другие причины потери сознания: эпилептический приступ, гипогликемическое состояние.

Глубокие обморочные приступы, сопровождаемые судорогами, необходимо отличать от эпилепсии, для которой характерны потеря сознания, гиперсаливация, непроизвольные мочеиспускание и/или дефекация, амнезия обстоятельств пароксизма. Изменения ЧСС, АД, пульса не характерны.

Для таких сердечно-сосудистых заболеваний, как стеноз аорты, гипертрофическая кардиомиопатия, особенно характерно возникновение обмороков во время физической нагрузки.

В случае аритмогенных причин синкопе у больного могут отмечаться «перебои» сердечного ритма. Для исключения кардиального генеза обморока необходимо во всех случаях контролировать частоту пульса и по возможности экстренно записать ЭКГ.

О состоянии гипогликемии следует подумать в том случае, если приступу предшествовал большой перерыв в приеме пищи (например, в утренние часы) или приступ развился у ребенка после интенсивной физической или эмоциональной нагрузки. В постсинкопальном периоде обращает внимание длительно сохраняющаяся сонливость, мышечная слабость, головная боль. Диагноз подтверждается при обнаружении сниженного уровня сахара в крови (менее 3,3 ммоль/л) или терапией ex juvantibus.

Неотложная помощь на догоспитальном этапе

1. Ребенку необходимо придать горизонтальное положение с приподнятыми ногами (30°) без подголовника, грудь и шею освободить от стесняющей дыхание одежды.

2. Обеспечить приток свежего воздуха, обрызгать лицо холодной водой, похлопать по щекам влажным полотенцем.

3. Дать вдохнуть пары нашатырного спирта, растереть тело и конечности, обложить грелками.

4. Если оборок продолжается, ввести 25% р-р кордиамина 0,1-0,15 мл на год жизни в/м, 10% р-р кофеин бензоат натрия 0,25-1,0 мл п/к.

5. Исключить гипогликемию, эпилепсию, истерию или черепно-мозговую травму.

6. При гипогликемическом состоянии ввести 20-40% р-р глюкозы 2 мл/кг в/в струйно.

7. При выраженной брадикардии и приступе Морганьи-Эдамса-Стокса провести первичные реанимац. меропр.: непрямой массаж сердца, введение 0,1% р-ра атропина

0,01 мл/кг в/в струйно.

8. При простом обмороке оставить больного на месте, рекомендовать обратиться в поликлинику (уточнить причины) – обследование у кардиолога.

9. При подозрении на органическую патологию – госпитализация в профильное отделение.

Коллапс – ОСН, которая характеризуется резким снижением сосудистого тонуса, уменьшением ОЦК, признаками гипоксии мозга, угнетением жизненно важных функций.

Наиболее частые причины коллапса у детей:

1. Тяжелое течение острой инфекционной патологии (кишечная инфекция, грипп, ОРВИ, пневмония, пиелонефрит, ангину и др.).

2. Острая надпочечниковая недостаточность.

3. Передозировка гипотензивных средств.

4. Острая кровопотеря.

5. Тяжелая травма.

Клиническая диагностика

Клиника коллапса развивается, как правило, в период разгара основного заболевания и характеризуется прогрессивным ухудшением общего состояния больного. В зависимости от клинических проявлений условно выделяют три фазы (варианта) коллапса: симпатотонический, ваготонический и паралитический.

Симпатотонический коллапс обусловлен спазмом артериол и централизацией кровообращения (скопление крови в полостях сердца и крупных сосудах), компенсаторным выбросом катехоламинов. *Причины:* кровопотеря, тяжелая пневмония, кишечная инфекция с дегидратацией, нейротоксикоз. *При осмотре:* ребенок возбужден, мышечный тонус повышен, бледность и «мраморность» кожных покровов, конечности холодные, тахикардия, АД нормальное или повышенное. Однако эти симптомы кратковременны, и коллапс чаще диагностируется в следующих фазах.

Ваготонический коллапс характеризуется значительным расширением артериол и артериовенозных анастомозов, что сопровождается депонированием крови в капиллярном русле. *Причины:* гипогликемия, надпочечниковая недостаточность, анафилактический шок. *Клинически:* ребенок заторможен, адинамичен, мышечный тонус снижен, кожа «мраморная» с сероцианотичным оттенком, акроианоз, падение АД, пульс слабого наполнения, редкий, тахипноэ, шумное и учащенное дыхание типа Куссмауля. Может быть олигурия.

Паралитический коллапс обусловлен пассивным расширением капилляров вследствие истощения механизмов регуляции кровообращения, в результате кровь перемещается в венозное русло через шунты. *Причины:* диабетическая кома, токсикоз с эксикозом. *При осмотре:* сознание отсутствует, рефлексы угнетены, на коже синебагровые пятна, отмечаются патологические типы дыхания (Куссмауля, Чайна-Стокса), АД резко снижено, пульс частый, нитевидный, возможна анурия. При неадекватной помощи неизбежен летальный исход.

Лечебные мероприятия должны быть начаты незамедлительно!

Неотложная помощь на догоспитальном этапе (для медицинских сестер)

1. Устранить причину или ослабить ее действие.

2. Уложить ребенка горизонтально на спину со слегка запрокинутой головой, снять стесняющую одежду, согреть – растереть разведенным спиртом, обложить теплыми грелками и обеспечить приток свежего воздуха.

3. Обеспечить свободную проходимость верхних дыхательных путей: провести ревизию ротовой полости.

4. Вызвать бригаду скорой помощи.

Неотложная помощь на этапе скорой медицинской помощи (для фельдшеров)

1. При симпатотоническом коллапсе необходимо:

- а) снять спазм периферических сосудов в/м введением спазмолитиков:
- 2% раствор папаверина 0,1 мл/год жизни или;
 - 0,5% раствор дигидротабакола 0,1 мл/год жизни или;
 - раствор но-шпы 0,1 мл/год жизни;
- б) при нейротоксикозе, острой надпочечниковой недостаточности уже в этой фазе необходимо назначение глюкокортикоидов в/в струйно или в/м:
- гидрокортизон (предпочтительнее!) в разовой дозе 4 мг/кг или;
 - преднизолон в дозе 1-2 мг/кг.

2. При ваготоническом и паралитическом коллапсе проводят инфузионную терапию реополиглюкином, поляризующей смесью, вводят ГКС:

а) обеспечить доступ к периферической вене и начать инфузионную терапию р-ом реополиглюкина или кристаллоидами (0,9% р-р натрия хлорида или р-р Рингера) из расчета 20 мл/кг в течение 20-30 мин.;

б) одновременно ввести глюкокортикоиды в разовой дозе:

- гидрокортизон 10-20 мг/кг в/в или;
- преднизолон 5-10 мг/кг в/в или в/м, в мышцы дна полости рта, или;
- дексаметазон 0,3-0,6 мг/кг (в 1 мл 0,4% р-ра - 4 мг) в/в или в/м;

в) при сниженном АД вводят мезатон и прессорные амины (дофамин при сниженному АД, добутрекс — при нормальном) для восстановления гемодинамических параметров.

3. При некупирующейся артериальной гипотензии:

- повторно ввести в/в капельно 0,9% р-р натрия хлорида или р-р Рингера в объеме 10 мл/кг в сочетании с р-ом реополиглюкина 10 мл/кг под контролем ЧСС, АД и диуреза;

- назначить 1%р-р мезатона 0,1 мл/год жизни в/в струйно медленно или
- 0,2% р-р норадреналина 0,1 мл/год жизни в/в капельно (в 50 мл 5% р-ра глюкозы) со скоростью 10-20 кап./мин. (в очень тяжелых случаях - 20-30 кап./мин.) под контролем АД.

Введение норадреналина п/к и в/м не рекомендуется из-за опасности возникновения некроза на месте инъекции (только в исключительных случаях, когда невозможно ввести в вену).

При отсутствии эффекта от проводимых мероприятий – в/в титрованное введение допамина в дозе 8-10 мкг/кг в мин. под контролем АД и ЧСС.

1. По показаниям – проведение первичной СЛР.

2. После оказания неотложных мероприятий – госпитализация в профильное отделение или в отделение реанимации.

3. Профилактика ВИЧ-инфекции среди населения (действия фельдшера).

(Асеева М.Г. – психолог отдела профилактики Государственного казенного учреждения «Курганский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»)

Глобальное распространение вируса иммунного дефицита (ВИЧ), вызывающего развитие смертельного синдрома приобретенного иммунного дефицита (СПИД), серьезно затронуло Россию. Ежедневно в России диагностируется более 100 новых случаев заражения ВИЧ.

Обучение населения методам снижения риска заражения ВИЧ может осуществляться на трех уровнях:

- массовом, осуществляющем общее обеспечение информацией, вне зависимости от особенностей получателя информации;

- групповом, предоставляющем информацию, направленную на однородную группу населения или специфичную для определенной группы населения;

- индивидуальном, когда информация касается особенностей жизни отдельного лица.

Проведение профилактической работы на каждом из перечисленных уровней имеет свои плюсы и минусы, поэтому конечный эффект достигается только при одновременной работе на всех трех уровнях информирования и обучения.

Обучение, осуществляющееся через средства массовой информации (СМИ), охватывает большие массы населения, но, как правило, не доходит до традиционных групп риска, например, потребителей наркотиков и лиц, занимающихся коммерческим сексом. Кроме того, такие стигматизированные группы как мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ), то есть мужчины-гомосексуалисты, могут воспринимать послания об опасности заражения при гомосексуальных контактах, распространяемые через СМИ, как средство подавления нетрадиционных меньшинств государством и т.п. В связи с этим отдельным важным элементом профилактической работы является специфическая работа с группами повышенного риска заражения: мужчинами, имеющими секс с мужчинами, коммерческими секс-работниками, потребителями наркотиков, молодежью, мигрантами, заключенными и другими группами, отличающимися теми или иными особенностями образа жизни, связанными с повышенным риском заражения.

Индивидуальное обучение, обычно осуществляющееся в виде консультирования, наиболее эффективно, так как позволяет сконцентрировать внимание на индивидуальных рисках заражения обучаемого лица. Однако этот индивидуальный метод подразумевает малый охват населения и дает ощутимый профилактический эффект только при наличии большого числа обученных консультантов.

Распространение ВИЧ среди представителей общего, преимущественно гетеросексуального населения, не использующего наркотических препаратов, является наиболее неблагоприятным сценарием распространения эпидемии ВИЧ-инфекции, который приводит к наиболее драматическим последствиям.

В настоящее время в России уже сформировался значительный резервуар инфицированных ВИЧ, потребителей наркотиков, имеющих многочисленные гетеросексуальные контакты, в связи с чем риск массового гетеросексуального распространения ВИЧ в России достаточно высок. Хотя данные опросов выявляют достаточно высокий уровень знаний населения РФ о путях передачи ВИЧ и способах предохранения от заражения, тем не менее поведение значительной части населения остается достаточно рискованным. Сохраняющийся высокий уровень заболевания инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), указывает на то, что половое поведение населения опасно и в плане заражения ВИЧ. По этой причине основное население должно быть не только проинформировано о риске заражения ВИЧ, но и мотивировано на изменение рискованного полового поведения.

Основными мотивами активного участия населения в предупреждении ВИЧ-инфекции могут быть сохранение здоровья, уменьшение возможных страданий, уменьшение расходов на лечение, уменьшение риска заражения или страдания близких, уменьшение угрозы стигматизации и других социальных проблем, связанных с заражением ВИЧ.

Основные задачи информирования и обучения населения по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

Изменение полового поведения должно быть направлено на:

- уменьшение числа половых партнеров и (или)

- использование менее опасной сексуальной практики, в том числе расширение практики использования защищенных (презервативом) половых контактов;

- профилактику и лечение воспалительных заболеваний половых органов.

Уменьшение числа половых партнеров снижает риск встречи с инфицированным партнером. Полное отсутствие половых партнеров исключает риск инфицирования ВИЧ половым путем. Однако полное воздержание от половых контактов может быть постоянным методом защиты от заражения лишь небольшой части населения. Рекомендовать полное воздержание как универсальный метод защиты вряд ли возможно, но снизить риск заражения помогает временное отсутствие половых партнеров, например, добрачное воздержание, воздержание во время пребывания в путешествиях. Уменьшение числа половых партнеров должно носить характер исключения из круга половых партнеров лиц, о которых можно предполагать, что они имели большую вероятность заразиться ВИЧ: лиц, о которых известно, что у них было много половых партнеров, или лиц, потреблявших наркотики.

В то же время заражение может произойти и при наличии у человека в течение жизни только одного полового партнера, который был инфицирован ВИЧ от третьего лица. Предварительное (до начала половых отношений) обследование потенциальных половых партнеров на ВИЧ-инфекцию может рекомендоваться в порядке добровольного соглашения и согласия.

Использование презервативов механическим образом предохраняет от непосредственного контакта с половыми органами и потенциально опасными выделениями, благодаря чему обеспечивается механическая защита от инфицирования ВИЧ. Использование презервативов обеспечивает высокий уровень защиты от инфицирования ВИЧ, а также существенно снижает риск заражения другими инфекциями, передающимися половым путем.

Профилактика и лечение воспалительных заболеваний половых органов

Профилактика заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, и других воспалительных заболеваний половой сферы, приводит к снижению числа воспалительных процессов половых органов, увеличивающих риск передачи ВИЧ. Профилактика заражения ИППП проводится методами просвещения, имеющими ту же направленность, что и профилактика ВИЧ-инфекции: снижение числа партнеров и использование презервативов.

Уменьшение влияния неправильных представлений о ВИЧ-инфекции и путях ее распространения также выступает в роли важного и обязательного элемента профилактики ВИЧ-инфекции. Например, часто встречающееся отрицание существования ВИЧ как этиологического агента СПИДа может приводить к более рискованному поведению. Преувеличенные страхи относительно возможности заразиться ВИЧ при бытовом контакте с ВИЧ-позитивными людьми имеют своим следствием повышение уровня дискриминации и рост социальной напряженности.

Снижение уровня стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ/СПИД, также является важным элементом обучения, так как обеспечивает более высокий уровень их социализации и повышает эффективность противоэпидемических и лечебных мероприятий.

Массовый уровень информирования применяется с использованием средств массовой информации: телевидения, радиовещания, периодической печати, интернет-сайтов, плакатов и т.п. Этот метод позволяет быстро распространить общую информацию о рисках инфицирования и способах предотвращения заражения ВИЧ. Однако такой способ информирования не достигает ряда групп, которые могут не интересоваться такого рода информацией или воспринимать ее неправильным образом. Кроме того, используя средства массовой информации, не всегда удобно распространять специфическую информацию, связанную, например, с техникой использования презерватива и т.п.

Информационные компании с использованием СМИ рекомендуется проводить не реже 2 раз в год с достижением максимального охвата информацией потребителей телевизионных и радиопередач. Так, не имеет смысла организовывать передачи о

профилактике ВИЧ в утренние или дневные часы. Расчет охвата населения информацией достигается использованием имеющейся информации о привлечении той или иной категории зрителей и слушателей в тот или иной период вещания. В частности информационные блоки о предупреждении ВИЧ-инфекции рекомендуется комплектовать с передачами, наиболее привлекательными для молодежи: спортивные передачи, концерты молодежной музыки и т.п.

Другие средства информации целесообразно размещать таким образом, чтобы они были доступны максимальному числу жителей. Плакаты и другие наружные информационные материалы следует размещать в местах, наиболее часто посещаемых молодежью: вблизи спортивных сооружений, клубов, дискотек и т.п. Сами места проведения времени молодежью могут быть использованы для размещения наглядной агитации, распространения листовок, брошюр, проведения лекций, акций и подобных мероприятий, направленных на снижение уровня передачи ВИЧ.

Массовые мероприятия могут быть использованы для распространения информации о способах предупреждения заражения ВИЧ, однако при этом следует учитывать, что содержание таких мероприятий часто отвлекает их участников от профилактики ВИЧ/СПИД.

Информация о способах предупреждения заражения ВИЧ должна широко распространяться в общественном транспорте: автобусах, поездах, на остановках, а также на вокзалах и в аэропортах.

Для информации индивидуальных водителей информационные материалы могут быть размещены или распространяться на автозаправочных станциях.

Кроме того, для распространения информации о путях предупреждения заражения в виде средств наглядной агитации и т.п. должны быть использованы все медицинские учреждения, а также аптеки.

Торговые организации могут привлекаться к мероприятиям по предупреждению распространения ВИЧ, размещая наглядную агитацию. Их участие может проявляться включением в ассортимент товаров презервативов, снабженных информационными материалами. Информационные материалы могут вкладываться в упаковку широко используемых товаров.

Формирование в школе навыков предупреждения заражения ВИЧ решает задачу предупреждения распространения ВИЧ.

Молодые люди имеют право знать, что заражение ВИЧ приводит через несколько лет к развитию смертельного заболевания - синдрома приобретенного иммунного дефицита (СПИДа), что заболевание это пока неизлечимо, а современная медицина позволяет только на неопределенное время предупредить развитие СПИДа, при условии постоянного приема большого количества дорогостоящих лекарственных препаратов.

Информация, предоставляемая учащимся, должна определенным образом доводить до их сведения, что снизить риск инфицирования ВИЧ можно как путем уменьшения числа половых партнеров (воздержание, строгие моногамные отношения), так и путем использования барьерного способа предупреждения заражения, то есть путем использования презервативов. При этом до сведения учащихся должно быть доведено, что ни тот, ни другой путь не является абсолютно надежным в плане предупреждения заражения ВИЧ, но они в сотни раз снижают риск заражения.

Учащиеся должны получать достаточную информацию для того, чтобы в будущем они могли сделать правильный выбор поведения, обеспечивающий максимальную защиту от ВИЧ, в тех условиях, в которых он может оказаться в будущей жизни.

Обучение учащихся специализированных учебных заведений, включая высшие учебные заведения, также целесообразно осуществлять в организованном порядке.

Обучение рабочих и служащих навыкам предупреждения заражения ВИЧ должно вменяться в обязанность работодателям и осуществляется под контролем службы надзора в области защиты прав потребителей и благополучия человека.

Неработающая и неучащаяся молодежь представляет собой группу особо уязвимую к заражению ВИЧ. Для работы с этой группой используются различные мероприятия, проводимые в местах ее концентрации, определяемых для каждой территории. К этой деятельности привлекаются также «клиники, дружественные молодежи» и другие аналогичные организации.

Решение:

Направить материалы видеоконференции руководителям медицинских организаций, разместить информацию на сайте Государственного бюджетного учреждения «Курганская областная клиническая больница» для использования в работе.