



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)

на №

31.07.15. № 01-12/6543

Департамент здравоохранения Курганской области направляет протокол видеоконференции от 23 июля 2015 года для использования в работе. Все материалы видеоконференции размещены на сайте Департамента здравоохранения Курганской области и Государственного бюджетного учреждения «Курганская областная клиническая больница».

Приложение: на 8 л. в 1 экз.

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

С.В. Мысливцева

**ПРОТОКОЛ № 6**  
**видеоконференции Департамента здравоохранения Курганской области**

**от 23 июля 2015 года**

для фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов и скорой медицинской помощи.

**1. Клиника, диагностика, неотложная помощь  
при остром нарушении мозгового кровообращения.**

(Ларионов А.В. – 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 кардиоваскулярных болезней среди всех причин смерти населения, при этом ишемические поражения занимают доминирующее место, занимая до 80% 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**

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

2. Поддающиеся коррекции факторы риска: артериальная гипертензия, атеросклероз сосудов головного мозга, ишемическая болезнь сердца, мерцательная аритмия, сахарный диабет, курение, инсульт или ТИА в анамнезе, инфаркт миокарда в анамнезе, повышенное содержание холестерина, злоупотребление алкоголем.

**Классификация ОНМК**

**Транзиторная ишемическая атака (ТИА)** характеризуется внезапным развитием и полным регрессом очаговой симптоматики в течении 24 часов.

**Острая гипертензивная энцефалопатия** характеризуется возникновением общемозговых симптомов в результате развития явлений отека мозга при срыве регуляции мозгового кровообращения на фоне высоких цифр АД.

**Инсульт** - заболевание характеризующееся развитием очаговых симптомов поражения ЦНС, продолжающихся более 24 часов.

Инсульт подразделяется на 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 течении нескольких часов эта зона окружена обедненной но жизнеспособной тканью мозга. Формирование очага поражения продолжается до 2-3 суток, но в течении 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. Основной 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)

2. Речевые нарушения (дизартрия, афазия). Больной не будет выполнять просьб и команд или не может строить свою речь. Тест чтобы выявить нарушение речи: попросите назвать больного свое имя или простую фразу.

3. Ассиметрия 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.

**Общемозговые симптомы:** изменение уровня сознания, головная боль, тошнота, рвота, 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 - полная утрата сознания, больной неразбудим.

Кома поверхностная, глубокая, атоническая.

**Менингеальные симптомы** характерны для геморрагического инсульта-регидность 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.

**Тактика ведения больного с ОНМК на вызове.**

Транспортировка больных с ОНМК.

Инсульт - неотложное состояние, поэтому все пациенты (так и 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 КТ 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, ассиметрия лица, нарушение чувствительности, судороги.

- Имеются ли факторы риска мерцательная аритмия, артериальная гипертензия, сахарный диабет, ИБС, 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 ЧМТ. Измерение АД, пульса, аускультация сердца и легких. ЭКГ. 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 АПФ (капотен).

**Артериальная гипотензия** - ухудшает церебральную гемодинамику. Инфузионная терапия 0.9% хлорид натрия. Для быстрого восполнения ОЦК 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 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. Профилактика и ранняя диагностика злокачественных новообразований.**

(Сепиашвили Г.Г. – главный врач Государственного бюджетного учреждения «Курганский областной онкологический диспансер»)

Борьба за рано выявленные злокачественные новообразования (далее – ЗНО) - это борьба за сохранение жизни, социальной активности граждан, а так же за экономию средств на лечение, которые ежегодно составляют значительные финансовые расходы.

Онкологические заболевания отнесены в группу социально значимых болезней. Ущерб, наносимый онкологическими заболеваниями сегодня, поистине колоссален. На первом году жизни с момента установления диагноза практически умирает каждый третий человек. Естественно, на демографический процесс в области влияет как рост заболеваемости, так и уровень смертности, что связано с постарением населения.

В структуре смертности ЗНО занимает второе место после заболеваний сердечно-сосудистой системы. Приходится констатировать, что большинство выявленных онкологических заболеваний имеют распространенную стадию заболевания и требуют дорогостоящего комплексного лечения, в результате которого их ожидает инвалидность и изоляция от общества.

Более половины из впервые зарегистрированных пациентов со злокачественными новообразованиями выявляются с распространенными и запущенными процессами, что свидетельствует о необходимости более активной реализации скрининговых программ.

	Тест и периодичность его проведения	Возраст
Рак шейки матки	Гинекологический осмотр 1 раз в 1-2 года	с 18 лет
	Тест Папаниколау 1 раз в 2 года	с 18 до 65 лет



	УЗИ органов малого таза (шейки матки, тала матки, яичника) 1 раз в 2 года	с 25 лет
Рак молочной железы	Самообследование (пальпация молочных желез и аксиллярных лимфатических узлов) 1 раз в месяц	с 18 лет
	Клиническое обследование	с 25 лет
	Маммография 1 раз в 2 года	с 40 до 70 лет
	УЗИ 1 раз в 2 года	с 25 до 39 лет
Колоректальный рак	Пальцевое ректальное исследование	с 40 лет
	Иммуноферментный анализ кала на скрытую кровь 1 раз в 2 года	с 40 лет
	Ректороманоскопия и/или сигмоскопия 1 раз в 3 года	с 40 лет
	Колоноскопия 1 раз в 3 года	с 40 лет
Рак простаты	Пальцевое ректальное исследование 1 раз в год	с 45 до 70 лет
	Определение в крови уровня ПСА 1 раз в 3 года	с 45 до 70 лет
	Трансректальное УЗИ простаты 1 раз в 3 года	с 45 до 70 лет

До 65,0% возникновение рака можно предотвратить, а соответственно снизить смертность от ЗНО. Более двух третей случаев возникновения рака могут быть связаны с несбалансированным питанием, вредными привычками, низкой физической активностью и другими особенностями стиля жизни, исправить которые под силу самому человеку. Люди, как правило, склонны недооценивать риск потерять здоровье. Хотя здоровый образ жизни не может гарантировать полное отсутствие вероятности развития онкологического заболевания у человека, но у людей, выбравших здоровый образ жизни, снижен риск развития заболевания.

Питание может приносить и пользу, и вред. В развитых странах отмечается резкое снижение рака желудка, что объясняется совершенствованием технологий замораживания пищевых продуктов и реже использование нитратов, соли в качестве консервантов, а так же употребление свежих овощей.

Основными воздействующими факторами на развитие клеток являются: избыточное употребление сахара, продуктов из белой муки (стимулирует рост клеток), избыточное употребление жирных кислот АМЕГА – 6 (маргарин, растительные масла, животный жир, яйцо и другие), контакт с химикатами, воздействие электромагнитных полей, мобильных телефонов.

Самой распространенной и самой опасной привычкой является курение. О вреде курения люди знают практически все, но, тем не менее, они продолжают курить. Уже давно установлена связь между возникновением целого ряда опухолей и курением табака. Уровень заболеваемости раком легкого более чем в 20 раз выше среди курящих мужчин и в 12 раз выше среди курящих женщин, по сравнению никогда не курившими. Установлено, что курение до 90 случаев ответственно за возникновение рака легкого, с этим же фактором связывают более высокую заболеваемость раком полости рта, глотки, гортани, пищевода, шейки матки, мочевого пузыря. Курящему человеку не стоит обольщаться мыслью, что своей вредной привычкой он вредит лишь своему здоровью. В воздухе вокруг курящего содержится 40 веществ, которые причастны к возникновению рака и у другого человека. Особенно страдают дети курящих родителей, у таких детей повышенный риск возникновения злокачественных лимфом.

По своей канцерогенной силе относятся и спиртные напитки, которые приближаются по своим свойствам к табаку. Вместе с табаком их можно назвать самым мощным орудием самоубийства.

Еще одна самая распространенная привычка – загорать. Ультрафиолетовое излучение может явиться причиной возникновения рака кожи и меланом.

Физическая активность так же вносит свою лепту в снижение риска развития рака. Существуют убедительные данные, что регулярные физические нагрузки связаны с понижением риска развития колоректального рака, молочной железы, тела матки, предстательной железы.

Образ жизни, включающей здоровое питание, физические упражнения и контроль веса, полезен людям не только для профилактики рака, но также и других серьезных заболеваний. Знание факторов риска развития ЗНО, несомненно, чрезвычайно важно в плане для поиска средств точного удара первичной профилактики.

Разрабатывая программу профилактики, нужно помнить о качественном проведении профилактических осмотров, в том числе на выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний населения. Поскольку эффективность всеобщей диспансеризации зависит от качества врачебного осмотра, то решение задач профилактики и ранней диагностики должны достигаться силами медицинских работников общей лечебной сети. Уметь выявлять рак должны врачи различных специальностей! Недостаточно высокая онкологическая грамотность врачей общей практики делают профилактический осмотр в ряде случаев низкоэффективным средством скрининга. В современных условиях высокой заболеваемости и смертности населения от ЗНО врач общей сети должен быть не просто «онкологически настороженным», но и «онкологически грамотным».

Одной из причин запущенности и позднего выявления онкологической патологии являются врачебные ошибки. Более рациональным считается тактика, при которых всех больных при подозрении онкологического заболевания должен осматривать онколог, тем не менее врачом первичного контакта по-прежнему остается врач первичного звена. С другой стороны в значительной степени запущенность связана с низкой медицинской культурой населения, которые самостоятельно откладывают визит к врачу.

Однако нередко для раннего выявления опухолей визуальных локализаций не требуется специального инструментария и специальных знаний врачей неонкологических специальностей. Эти локализации доступны для осмотра и достаточно только умозаключений и выводов для подозрения существования новообразований.

#### **Рак кожи и меланома**

Чаще поражаются открытые участки кожных покровов.

Факторы риска: необычные родинки, белая кожа, веснушки и светлые волосы, избыточное воздействие ультрафиолетового излучения и загар, возраст. Меланома является одной из наиболее частых опухолей у людей моложе 30 лет.

Профилактика меланомы и рака кожи: защита лица и шеи от интенсивного и длительного солнечного облучения, особенно у пожилых людей со светлой, плохо поддающейся загару кожей; регулярное применение питательных кремов с целью предупреждения сухости кожи; радикальное излечение длительно незаживающих язв и свищей; защита рубцов от механических травм; строгое соблюдение мер личной гигиены при работе со смазочными материалами и веществами, содержащими канцерогены; своевременное излечение предраковых заболеваний кожи; регулярный осмотр кожи, но особое внимание родинкам. Пациентам с факторами риска ежегодное обследование у специалиста.

#### **Рак молочной железы**

Факторы риска: возраст старше 40 лет; отсутствие родов, грудного вскармливания, первые роды после 30 лет; аборт; рак молочной железы у кровных родственников; доброкачественные заболевания молочной железы; травмы молочной железы; раннее наступление менструации (до 12 лет); позднее наступление менопаузы (после 55 лет); ожирение; ионизирующее излучение; ухудшение экологии; низкая

физическая активность; гинекологические заболевания, заболевания щитовидной железы и печени; хронические стрессы.

Профилактика рака молочной железы включает в себя несколько компонентов: а) профилактика избыточного веса, а именно умеренное питание; б) питание с преимущественным употреблением растительных продуктов, рыбы и других морепродуктов и умеренном употреблении продуктов животного происхождения; в) умеренное употребление алкогольных напитков; г) ограничение применения (под контролем врача) гормонозаместительной терапии, приоритетным направлением является ранняя диагностика и скрининг.

#### **Рак шейки матки (РШМ)**

Факторы риска: ранняя сексуальная жизнь, инфицирование и прежде всего вирусом папилломы человека (ВПЧ), частые аборт, курение.

Первичная профилактика РШМ – это система мер по выявлению факторов риска и их устранению. Это, естественно, пропаганда здорового образа жизни, повышение образования населения, борьба с курением и алкоголем, использование барьерных методов контрацепции, профилактика выявления факторов риска распространения инфекций, передающихся половым путем, внедрение профилактических вакцин.

Вторичная профилактика РШМ - это цитологический скрининг по обследованию всех женщин с целью выявления и своевременного лечения изменений шейки матки. Результаты скринингового обследования женщин дают возможность формировать группы риска и наблюдать за ними. Несомненно, выделение групп риска позволяет расширить эффективность ранней диагностики РШМ. Широкое внедрение профилактических и скрининговых программ позволило значительно снизить заболеваемость и смертность от РШМ за счет своевременного выявления и адекватного лечения предопухолевых состояний шейки матки.

#### **Колоректальный рак**

Факторы риска: семейный аденоматозный полипоз толстой и прямой кишки, хронические воспалительные заболевания толстой кишки, несбалансированное питание с высоким содержанием жира, избыточный вес, физическая пассивность, диабет, курение и алкоголь.

Профилактика: ограничить потребление продуктов с высоким содержанием жира и углеводов. В рацион преимущественно включать больше овощей и фруктов и продуктов из зерна грубого помола. Избегать избыточного веса. Не злоупотреблять алкоголем и курением, повышенная физическая активность.

#### **Рак желудка**

Факторы риска: бактериальная инфекция. В последние годы большое внимание уделяется особой инфекции желудка – хеликобактериозу, вызываемому бактериями *Helicobacter pylori*. Повышенный риск рака желудка отмечен у людей, потребляющих мало животных белков, свежей зелени и микроэлементов, но большое количество копченых продуктов, соленой рыбы и мяса, маринованных овощей и пищи богатой крахмалом и бедной клетчаткой. Курение удваивает риск рака желудка. Раннее перенесенные операции на желудке, некоторые виды полипов желудка.

Профилактика: изменить структуру питания – повышенное употребление овощей, фруктов, рыбы, растительных жиров, снижение употребления колбас, копченых и соленых продуктов, мяса. Отказ от курения и уменьшение до умеренного потребления спиртных напитков. Соблюдение соответствующих гигиенических правил, направленных на профилактику инфицирования *Helicobacter pylori*. В случае обнаружения инфекции – проведение антибактериальной терапии.

#### **Рак предстательной железы (РПЖ)**

Факторы риска: возраст (средний возраст заболевших 70-73 года), ожирение, физическая пассивность.



Профилактика: избегать избыточного веса, повышенная физическая активность и проведение скрининга:

Пальцевое ректальное исследование 1 раз в год с 45 до 70 лет.

Определение в крови уровня ПСА 1 раз в 3 года с 45 до 70 лет.

Трансректальное УЗИ простаты 1 раз в 3 года с 45 до 70 лет.

### **Рак легкого**

Факторы риска: курение и состояние экологии.

Профилактика: отказ от курения является главным и наиболее эффективным методом профилактики. Запрет курения в общественных местах, т.е. профилактика пассивного курения, служит дополнительной и очень важной мерой профилактики рака легкого.

Флюорографический скрининг является единственным методом на сегодняшний день в плане ранней диагностики рака легкого.

Таким образом, первичная профилактика является приоритетным направлением противораковой борьбы. Эффективность первичной профилактики в снижении смертности от злокачественных новообразований, причины которых известны, не вызывает сомнения. В первую очередь это касается злокачественных опухолей, непосредственной причиной которых является курение – рака органов полости рта, пищевода, поджелудочной железы, гортани, легкого, мочевого пузыря и др.

Модификация питания в сторону употребления свежих овощей и фруктов, снижения уровня калорийности пищи, повышение физической активности и соответственно снижение массы тела приведут к снижению заболеваемости и смертности от рака желудка, толстой кишки, молочной железы, тела матки, предстательной железы, а так же снижение риска других опухолей.

Профилактика инфекционных канцерогенных воздействий, выявление и лечение инфекций, и вакцинация против известных инфекционных агентов являются наиболее эффективным методом контроля таких злокачественных опухолей, как рак шейки матки, рак печени, некоторые формы лейкозов и лимфом, рак желудка и др.

Снижение воздействия на человека канцерогенных факторов на производстве, в атмосферном воздухе, так же приведет к снижению риска злокачественных опухолей. И наконец, не вызывает сомнения необходимость контроля за воздействием на человека ультрафиолетовых лучей, которые вызывают рак и меланому кожи.

Вторичная профилактика, скрининг или преклиническая диагностика показана для злокачественных опухолей, при которых доказана эффективность скрининга: цитологический скрининг РШМ, маммографический скрининг РМЖ, на колоректальный рак - пальцевое ректальное исследование, ректороманоскопия или сигмоскопия, колоноскопия, иммуноферментный анализ кала на скрытую кровь, определение простатоспецифического антигена (ПСА) на наличие патологии простаты, флюорографический скрининг.

Наряду с организованным скринингом населения важное значение для ранней и преклинической диагностики имеет информированность населения о необходимости регулярных профилактических осмотров, а так же участие во всеобщей диспансеризации населения.

**Каждый человек должен знать некоторые признаки, при наличии которых необходимо срочно обратиться к врачу:**

1. Беспричинная слабость, похудание.
2. Появление опухоли, уплотнения или не заживающего изъязвления в любой части тела.
3. Изменение цвета, увеличение размера, кровоточивость и зуд бородавок и родинок.
4. Затруднение при глотании пищи.
5. Стойкие запоры.



6. Потеря голоса, кашель.
7. Необычные или кровянистые выделения из любых естественных отверстий тела.

**Решение:**

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