



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 № 01.10.15 № 01-12/8199

Департамент здравоохранения Курганской области направляет протокол видеоконференции от 24 сентября 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 7 л. в 1 экз.

Директор Департамента здравоохранения
Курганской области

Л.И. Кокорина

Косарева С.Р.
46-51-03

ПРОТОКОЛ № 7
видеоконференции Департамента здравоохранения Курганской области

от 24 сентября 2015 года

для заместителей главного врача по организационно-методической работе, фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов и скорой медицинской помощи.

**1. Совершенствование организации оказания
медицинской помощи сельскому населению.**

(Косарева С.Р. – заместитель главного врача по организационно-методической работе Государственного бюджетного учреждения «Курганская областная клиническая больница»)

В сельской местности Курганской области проживает 340 883 человека, что составляет 38,8% от общей численности населения. На территории 24 муниципальных образований Курганской области организованы и функционируют 740 ФАП и ФП. Оказание медицинской помощи сельскому населению осуществляется в соответствие с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Сеть медицинских учреждений, расположенных в сельской местности, представлена 626 ФАП, 114 ФП, организовано 141 д/х, 21 ВА (что соответствует «дорожной карте»). Число жителей, прикрепленное к ФАП и ФП составляет 198 377 человек (58%) от всего сельского населения, из них 36 122 ребенка.

В организации медицинского обеспечения жителей Курганской области, проживающих в сельской местности имеется ряд особенностей и нерешенных проблем.

Не укомплектованы фельдшерами 160 ФАП (21,5%), на 27 ФАП работают медицинские сестры и акушерки. Обслуживание 8 ФАП ведется терапевтическими участками ЦРБ (радиус удаленности от ЦРБ до 7 км.), фельдшерами близлежащего ФАП обслуживаются 145 неукомплектованных фельдшерами ФАПов, 7 ФАП обслуживаются амбулаториями. Обеспечены автотранспортом 10% ФАП (72). Выписка листков временной нетрудоспособности организована на каждом втором ФАП (56%), продажу лекарственных средств осуществляют на 85% ФАП, телефонизированы все ФАП. Ресурсная обеспеченность ФАП низкая, у 16% ФАП состояние зданий не соответствуют требованиям и нуждаются в капитальном ремонте.

Все перечисленное влияет на уровень доступности и качества оказания медицинской помощи, что отражается на показателях заболеваемости и смертности сельского населения. Показатель общей заболеваемости сельского населения на 33% выше, чем городского населения (составила 703,2 на 1000 населения в 2014 году по сравнению с городским 528,0). Следует обратить внимание, на то что показатель заболеваемости туберкулезом на селе в 2 раза ниже, чет в городе, в 4 раза реже выявляется заболеваемость злокачественными новообразованиями, в 1,5 раза болезни органов дыхания, что свидетельствует о низкой выявляемости заболеваний в связи с низкой доступностью медицинской помощи, недостаточным охватом профилактическими мероприятиями, включая диспансеризацию и кадровой обеспеченностью медицинских работников на селе. При этом смертность от данных нозологических форм выше, чем в городе.

Общая смертность сельского населения на 19% превышает показатель смертности городского населения. Это касается всех причин смерти, за исключением

смертности от ЦВБ. Смертность сельского населения от БСК по итогу 2014 году на 4% превысила показатели смертности городского населения, от новообразований на 8%, а от болезней органов дыхания на 30%.

Общая заболеваемость сельского населения за последние 3 года возросла на 5% с 666,1 до 703,2 в 2014 году. Рост заболеваемости наблюдается за счет роста заболеваемости злокачественными новообразованиями на 3% с 1034,7 в 2012 до 1072,1 в 2014 году; болезнями органов дыхания на 12 % с 25286,8 в 2012 году до 28492 в 2014 году на 1000 тыс. населения; пищеварения на 13%.

Таким образом, основной задачей сельского здравоохранения является профилактическая деятельность, раннее выявление заболеваний, своевременное направление на следующий этап в соответствии с маршрутацией, выполнение назначений, развитие доступной амбулаторной службы.

Охват диспансеризацией взрослого населения на ФАП, где отсутствует фельдшер в 2014 году составил 71,6%. Число вызовов скорой медицинской помощи на ФАП, в которых отсутствует медицинский работник возросло на 20% (с 2503 в 2013 году до 3009 в 2014 году). Бригады врачей специалистов выезжали на ФАП регулярно, охватив осмотрами третью часть всех проживающих.

С целью проверки организации оказания медицинской помощи на фельдшерско-акушерских пунктах Приказом Департамента здравоохранения Курганской области от 08.08.2014 №945 «О создании рабочей группы по совершенствованию работы фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов на территории Курганской области» определен состав рабочей группы из числа заместителей главного врача по организационно-методической работе областных медицинских организаций. Проверки проведены в течение 2014 года на территории всех муниципальных образований области. Результаты проверки выявили, что большая часть требуемого оборудования на ФАП имеется соответствии со стандартом (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»). Не укомплектованы в соответствии со стандартами: электрокардиографом портативным, автоматическим дефибрилятором, анализатором уровня сахара крови, кислородным ингалятором любого типа, и др. оборудованием.

Табель оснащения укладки для оказания неотложной помощи в соответствии с приказом ДЗКО от 12 апреля 2012 года №415 «О совершенствовании оказания неотложной медицинской помощи жителям сельских поселений в учреждениях здравоохранения Курганской области» укомплектован на большинстве ФАП в полном объеме, за исключением растворов (полиглюкин, натрия хлорид,), окситоцина. На ФАП Альменевского района нет верапамила, атропина, адреналина, левомицетина. В Катайском и Щучанском районе отсутствуют: изокет-спрей, панангин, капотен, беродуал, ципрофлоксацин.

Перечень необходимой документации на ФАП ведется, но не соответствует установленным учетным формам, в большинстве случаев записи ведутся в школьных тетрадях. Требуется привести в соответствие с учетными формами всю документацию, которая ведется на ФАП. На большинстве ФАП отсутствуют журналы вызовов неотложной помощи фельдшера и не заполняются карты вызова неотложной помощи.

Требуемый объем нормативно-правовой документации на большинстве проверяемых ФАП имеется в полном объеме, отсутствуют материалы видеоконференций по актуальным вопросам оказания медицинской помощи и направляемых в медицинские организации ежемесячно. Отсутствуют посиндромные укладки для оказания помощи при остром коронарном синдроме, ОНМК, при кровотечении, в том числе акушерском, эклампсии и других неотложных состояниях. Алгоритмы оказания медицинской помощи при большинстве жизнеугрожающих состояниях имеются, но устарели.

Систематического наблюдения, соответственно и своевременного лечения диспансерных больных не ведется. Списки больных не обновляются. Низкая доля профилактических посещений и профилактических мероприятий в общем объеме амбулаторных посещений сельского населения.

На ФАП Юргамышского, Шумихинского, Целинного, Шадринского, отсутствуют индивидуальные карты беременных, данная медицинская документация хранится в ЦРБ, наблюдение за беременными так же осуществляется врачами ЦРБ.

Оптимизация деятельности ФАПов не подразумевает сокращение количества ФАП, а необходимость его приведение в соответствии с 543-н приказом. Формирование зоны обслуживания ФАП, с учетом имеющихся кадров, обеспечение транспортом. Составление оптимального графика работы фельдшера ФАП, с указанием времени приема населения, обслуживание на дому, оказания неотложной помощи, проведение санпросвет работы. Прикрепленное население (из других населенных пунктов) должны быть ознакомлены с графиком работы фельдшера (выездной), дни и часы, организована продажа лекарственных средств, в зависимости от численности прикрепленного населения выезды могут быть 1-2 раза в неделю в плановом порядке. В период отпусков население заранее должно быть оповещено о том, как будет организовано оказание медицинской помощи.

Ведение медицинской документации в полной мере обязательно и на совмещаемых ФАПах. Запись в амбулаторной карте специалиста со средним медицинским образованием, которому определено право оказывать первичную медико-санитарную помощь на самостоятельном амбулаторном приеме, должна быть сделана разборчиво, содержать дату приема, Ф.И.О. специалиста, оказывающего помощь конкретному пациенту, и содержать: медицинские данные, на основании которых установлен доврачебный диагноз (жалобы, анамнез, данные физикального обследования), доврачебный диагноз, назначенное лечение и рекомендации, проведенные лечебные процедуры и дату направления на контрольный осмотр врача, результаты консультации врача при очной или заочной консультации.

Оказание неотложной помощи на ФАПе осуществляется в соответствии с приказом №415 от 12.04.2012 «О совершенствовании оказания неотложной помощи жителям сельских поселений в учреждениях здравоохранения Курганской области» фельдшером с 8-20 часов, не более чем через 2 часа после поступления обращения больного. Необходимо заполнение учетной медицинской документации: журнал учета неотложных вызовов и карты вызова бригады неотложной помощи, которая затем подается в реестр на оплату. Данная карта должна быть вклеена в амбулаторную карту больного.

Качество работы фельдшеров и акушерок по диспансеризации определяется своевременностью явки диспансеризуемых и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий, назначаемых врачом. Направление больных с хроническими заболеваниями, в том числе состоящих под диспансерным наблюдением, к участковому врачу с целью коррекции лечения и плана диспансерного наблюдения

Для обеспечения доступности специализированной врачебной помощи сельскому населению организована работа выездной комплексной специализированной бригады «Поезд здоровья» в составе врача уролога, эндокринолога, невролога, психиатра, нарколога, гериатра, кардиолога, офтальмолога, фтизиатра, дерматовенеролога, онколога. В соответствии с графиком выездов в 2014 году были организованы выезды в 10 (в 2013 году 7) наиболее отдаленные районы области (Петуховская ЦРБ, Щучанская ЦРБ, Катайская ЦРБ, Шумихинская ЦРБ, Мишкинская ЦРБ и др.). Осмотрено более 2500 человек, осмотры маломобильных пациентов проводились на дому. Проведено более 50 амбулаторных операций. Выявлено впервые 118 больных с впервые установленным диагнозом, в том числе злокачественными новообразованиями. Назначено амбулаторное и стационарное

лечение по месту жительства 70% обратившихся. Направлены на лечение и дообследование в областные медицинские организации 19,3% обратившихся.

За 6 месяцев 2015 года организовано 5 выездов: в Введенскую участковую больницу, Макушинскую ЦРБ и Альменевскую ЦРБ, Частоозерскую ЦРБ, Целинную ЦРБ. Принято 645 пациентов, назначено амбулаторное лечение по месту жительства 372 пациентам (58%), направлены на стационарное лечение по месту жительства 15 обратившихся, направлены на дополнительное обследование в областные медицинские организации 107(17%) пациента и госпитализированы в областные медицинские организации 13 человек. В ходе выезда были выявлены пациенты с впервые установленным диагнозом: артериальная гипертония -60, сахарный диабет-13, ИБС-13, онкологические и другие заболевания.

Обращаю внимание руководителей для консультации специалистами пациенты должны быть подготовлены, предварительно обследованы в зависимости от профиля заболевания, работать лаборатория, кабинет функциональной диагностики.

Руководителям медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь сельскому населению:

1 обеспечить надлежащее оказание медицинской помощи жителям сельских территорий в соответствии с этапами и порядками организации медицинской помощи

2. совместно со службой социальной защиты и главами местного самоуправления усилить контроль медицинского обеспечения семей высокого социального риска

3 усилить контроль за деятельностью фельдшеров на ФАП, в части улучшения диспансерной, профилактической работы, обслуживания вызовов НМП, выполнения графика диспансеризации, охвату флюорографическим обследованием,

4 Совместно с заместителями главных врачей по организационно-методической работе провести административные обходы всех имеющихся на территории муниципального образования ФАП и ФП, в представлении информации по результатам в организационно-методический отдел ГБУ «КОКБ»;

В срок до 1 декабря 2015 года

5. обеспечить наличие на ФАПе необходимой нормативно-правовой документации, укладок и актуализированных алгоритмов по оказанию помощи при жизнеугрожающих состояниях.

В срок до 1 декабря 2015 года

2. Клиника, диагностика, лечение ОРВИ и гриппа.

(Кубасова О.А. – заведующий отделением Государственного бюджетного учреждения «Курганская областная специализированная инфекционная больница»)

Грипп и ОРВИ являются самыми массовыми заболеваниями человека. В России их доля в общей структуре инфекционной заболеваемости превышает 90%. Ежегодно в России гриппом и ОРВИ болеют более 37 млн человек, а экономические потери составляют 50-100 млрд рублей. Смертность от ОРЗ на 4 месте по данным ВОЗ.

Обширная группа ОРВИ включает ряд самостоятельных, сходных по клиническим проявлениям болезней. Все они вызываются вирусами (их около 300), передаются воздушно-капельным путем, характеризуются поражением органов дыхания. К числу наиболее значимых относятся: грипп, адено-вирусные заболевания, парагрипп, респираторно-синцитиальная вирусная инфекция, риновирусная и короновирусная инфекции.

Для всех ОРВИ клинически характерно сочетание общеинфекционного синдрома (лихорадка, головная боль, слабость, миалгии и др.) с признаками поражения дыхательных путей.

В клинической картине ОРВИ доминирует катаральный синдром:

- при аденовирусных заболеваниях это фарингоконъюнктивит (боль в горле, резь в глазах, слезо- или гноетечение),

- при парагриппе – ларингит (осиплость голоса, лающий кашель, у детей возможен круп)

- при респираторно-синцитиальной инфекции бронхит или бронхиолит (частый навязчивый кашель, бронхобструктивный синдром)

Грипп занимает особое место среди других ОРВИ. Это обусловлено:

- его повсеместным распространением,
- высокой заболеваемостью населения,
- ежегодно возникающими вспышками, эпидемиями,
- негативными социально-экономическими последствиями,
- неблагоприятным влиянием на индивидуума и общество в целом,
- а также способностью к пандемическому распространению.

В отличие от других ОРВИ, для гриппа типично:

- внезапное начало болезни

- выраженность интоксикации с первых же часов болезни (озноб, головная боль, головокружение, боль при движении глазных яблок, слабость, артрит, миалгия, анорексия, высокая лихорадка)

- «запаздывание» катарального синдрома в виде трахеита (чувство саднения за грудиной, сухой кашель)

- может быть геморрагический синдром (носовые кровотечения, петехии на коже и слизистых оболочках)

Одной из существенных особенностей вируса гриппа является его способность к репликации не только в эпителиальных клетках верхних дыхательных путей, но и в клетках бронхиол и альвеол, что объясняет возможность развития тяжелой первичной вирусной пневмонии.

Среди пневмоний при гриппе выделяют:

- Пневмонию первых 2 дней заболевания – вирусную
- Пневмонию конца первой – начала второй недели от начала заболевания – вирусно-бактериальную
- Пневмонию после 14 дня от начала заболевания - бактериальную

Пневмония развивающаяся в ранние сроки гриппозной инфекции (1-3 сутки) характеризуется тяжелым течением, развитием сердечно-сосудистой, дыхательной недостаточности и высокой летальностью.

На фоне яркой картины гриппа появляются такие симптомы, как локальная боль в груди, одышка, цианоз, примесь крови в мокроте, развивается гипоксемия ($\text{SpO}_2 < 90\%$).

Выслушивается ослабление дыхания, крепитация, иногда сухие свистящие хрипы в нижних отделах. У детей – отказ от еды, сонливость, капризность, рвота, нарушения сознания.

Группы риска тяжелого течения гриппа

- Возраст менее 2 и старше 65 лет
- Беременность
- Избыточная масса тела
- ХОБЛ, бронхиальная астма
- Сердечно-сосудистые заболевания
- Сахарный диабет
- Аутоиммунные заболевания
- Неврологическая патология
- Онкологические заболевания
- Заболевания крови
- Хроническая алкогольная интоксикация

Показания для госпитализации:

- Пациенты из группы риска
- Пациенты, не относящиеся к группе риска, с тяжелым или осложненным течением гриппа
 - Сохранение фебрильной лихорадки более 5 дней, отсутствие эффекта от жаропонижающих
 - Появление одышки, SpO₂ < 95%
 - Изменения цвета кожных покровов(цианоз, «мраморность»)
 - Нарушения сознания, менингеальный синдром, судороги
 - Геморрагический синдром
 - Артериальная гипотония
 - Кровянистая мокрота
 - Боли в грудной клетке при дыхании и кашле
 - Рвота

Диагностика гриппа

- Клинико – эпидемиологически
- Лабораторное подтверждение: смыв из носоглотки методами ПЦР, РИФ, ИФА
- ПУЛЬСОКСИМЕТР

Противовирусные препараты назначать в первые 48 часов!

Противовирусные препараты при гриппе:

◎ ОЗЕЛЬТАМИВИР (ТАМИФЛЮ)

взрослые и дети старше 12 лет: 75 мг. 2 раза в день 5 дней

дети старше года в виде суспензии по весу:

<15кг. - 30 мг,

15 – 23 кг. - 45 мг,

23 – 40 кг. - 60 мг,

>40 кг. - 75 мг 2 раза в день 5 дней

беременные 75 мг 2 раза в день при получении письменного информированного согласия пациентки

◎ ЗАНАМИВИР (РЕЛЕНЗА)

взрослым и детям старше 5 лет: 2 ингаляции (10 мг.) 2 раза в день 5 дней

◎ ИНГАВИРИН

взрослым и детям старше 13 лет: 90 мг 1 раз в сутки 5 дней

◎ АРБИДОЛ

взрослым и детям старше 12 лет: 200 мг 4 раза в день 5 дней

дети 6 – 12 лет: 100 мг 4 раза в день

дети 3 – 5 лет 50 мг 4 раза в день

◎ КАГОЦЕЛ в комбинации с АРБИДОЛОМ

3 – 6 лет: 2 дня 12 мг. 2 раза

2 дня 12 мг. 1 раз в день

дети старше 6 лет: 2 дня 12 мг. 3 раза в день

2 дня 12 мг. 2 раза в день

взрослые: 2 дня 24 мг 3 раза в день

2 дня 12 мг. 3 раза в день

◎ ВИФЕРОН

0 – 6 лет по 150 000 МЕ

С 6 лет и взрослые по 500 000 МЕ 2 раза в день ректально 5 дней

Есть в виде геля и мази

Беременным с 14 недели

◎ ГРИППФЕРОН

Капли в нос с 0 лет. Разрешен беременным.

Противовирусные препараты для лечения ОРВИ

- ◎ АРБИДОЛ
- ◎ ИНГАВИРИН
- ◎ КАГОЦЕЛ
- ◎ АМИКСИН

дети старше 7 лет 60 мг 1 раз в день на 1, 2 и 4 день

взрослые в первые 2 дня по 125 мг 1 раз, затем через день до 10 дня

- ◎ ЛАВОМАКС

с 18 лет 125 мг 1 раз в день на 1, 2, 4, 6, 8 и 10 день

- ◎ АНАФЕРОН

дети с 1 мес. – детские таблетки

взрослые – взрослые таблетки

В первые 2 часа по 1 табл. каждые 30 мин, затем в течение первых суток еще 3 табл. через равные промежутки.

Со 2 дня по 1 табл. 3 раза до выздоровления.

- ◎ ЭРГОФЕРОН

с 6 мес.

- ◎ ЦИКЛОФЕРОН

с 4 лет по схеме

- ◎ ЦИТОВИР – 3

с 1 года – сироп, с 6 лет и взрослые – капсулы

- ◎ ВИФЕРОН

0 – 6 лет по 150 000 МЕ

С 6 лет и взрослые по 500 000 МЕ 2 раза в день ректально 5 дней

Есть в виде геля и мази

Беременным с 14 недели

- ◎ ГРИППФЕРОН

Капли в нос с 0 лет. Разрешен беременным.

- ◎ ИНТЕРФЕРОН ЛЕЙКОЦИТАРНЫЙ ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ СУХОЙ (с 0 лет)

- ◎ ДЕРИНАТ (с 0 лет)

- ◎ Постельный режим, обильное питье
- ◎ При сухом кашле – аскорил, либексин, синекод, при влажном – АЦЦ, лазолван
- ◎ Антигистаминные препараты
- ◎ Антиконгестанты
- ◎ Глазные капли (офтальмоферон)
- ◎ Жаропонижающие - НПВС (парацетамол, ибuproфен, найз, нимесил)
АСПИРИН при гриппе нельзя!

Решение:

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