



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 № 25.12.15 № 01-12/11375

Департамент здравоохранения Курганской области направляет протокол видеоконференции от 17 декабря 2015 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 5 л. в 1 экз.

Директор Департамента здравоохранения
Курганской области

Л.И. Кокорина

ПРОТОКОЛ № 10
видеоконференции Департамента здравоохранения Курганской области

от 17 декабря 2015 года

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

1. Тактика фельдшера при выявлении больного с острым коронарным синдромом.

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

Смертность населения Курганской области от болезней системы кровообращения за 10 мес. 2015 г. (в пересчете на годовые показатели) составила 602 случая на 100 тысяч населения. Это существенно лучше контрольного целевого показателя дорожной карты – он составляет 682 на 100 тысяч и на 7% лучше среднероссийского показателя – за 10 мес. в России он составил 645,4 случая на 100 тысяч. Но по сравнению с прошлым годом отмечен рост смертности на 10%. Еще большую настороженность вызывает незначительный, на (2,5%) рост смертности от острого инфаркта миокарда (далее ОИМ).

Проблема острого инфаркта начинается гораздо раньше сильной боли и касается всех – и участкового фельдшера, и профилактических служб, и даже педиатров. Предлагаю рассмотреть наши успехи и недостатки, наложив их на процесс развития сердечно-сосудистых заболеваний. Такой непрерывный процесс развития болезни от факторов риска до неблагоприятного исхода носит название сердечно-сосудистого континуума. Время накопления факторов риска и развития болезни занимает годы и десятилетия, а вот после сосудистой катастрофы – инфаркта или инсульта – время просто несется вскачь. Соответственно, наибольшие возможности влиять на ситуацию и снизить смертность именно в первой, профилактической, фазе.

На фасадах всех медицинских организаций вывесили большие баннеры, постоянно работали волонтеры – студенты медицинского колледжа в торговом центре «Пушкинский». Проводились беспрецедентные по масштабу массовые акции с привлечением спортсменов, танцоров, школьников и студентов. Наш информационный материал расходился на «ура». Оценить эффективность информационной и санпросветработы, которую мы все проводим, мы попробовали с помощью регистра ОИМ, в нем есть информация о времени обращения за медицинской помощью, факторах риска болезни.

Оказалось, что за 15 лет незначительно увеличилось число больных, обратившихся в «золотой промежуток», в первые 6 часов от начала заболевания, и сегодня их всего половина – 51%. И не снизилась доля позднего обращения за медицинской помощью, интервал «боль - звонок», так мы его называем, почти у 30% больных превысил 24 часа. Не попадает наша информация целевую группу. Число лиц с факторами риска болезни системы кровообращения (далее БСК) среди инфарктников тоже не снижается. Гиперхолестеринемия не снижается, а число гипертоников даже растет. И что совсем удивительно, несмотря на мощную пропагандистскую компанию, не снижается число курильщиков среди наших инфарктников. То есть мы не дорабатываем.

Судя по мониторингу, который мы ведем и размещаем на портале Минздрава РФ, все у нас хорошо. 90 % больных ишемической болезнью сердца (далее ИБС) состоят под диспансерным наблюдением, регулярно принимают аспирин, клопидогрель

и статины. Все население закреплено за участками, ведется еженедельный контроль вызовов скорой и неблагоприятных исходов на каждом участке, анализируется их предотвратимость, принимаются меры. Однако, когда специалисты начинают анализировать амбулаторные карты умерших, когда на собеседованиях в департаменте разбирают возможность предотвращения смертельного исхода у того или иного больного, выясняется, что 25% умерших от БСК вообще не наблюдались у участкового фельдшера, не обращались 2-3-4 года, не проходили диспансеризацию. Еще у четверти больных отмечаются серьезные дефекты в организации диспансерного наблюдения участковым врачом или фельдшером. И далеко не всегда такие нарушения получают своевременную и должную оценку. Мы все должны четко понимать, что порядок на участке – одна из важнейших составляющих работы по снижению смертности, хоть кардиологической, хоть онкологической, хоть фтизиатрической. Это звено дает реальное снижение смертности.

И наконец, когда мы недорабатываем, а иногда и несмотря на все наши усилия, случаются катастрофы. Здесь во всю мощь разворачивается специализированная помощь. Приказом МЗ номер 918 от ноября 12 года утвержден порядок оказания медицинской помощи при болезнях системы кровообращения. В нем все пошагово прописано про острый коронарный синдром (далее ОКС). Согласно пункту 32 этого порядка врач или фельдшер «скорой» оказывают помощь больному, при необходимости проводят больному догоспитальный тромболизис и доставляют больного в ближайшую медицинскую организацию с рентгеноперационной для выполнения стентирования. Стентирование в любом случае должно быть выполнено любому больному ОИМ в первые 24 часа. Правда, сейчас этот срок расширяют до 48 часов, но не позже. Перевод больного в сосудистый центр для стентирования на 5 или 7 сутки, например из Шадринска, не полезен и является нарушением порядка оказания помощи больным ОКС. По федеральным стандартам баллонная вазодилатация и стентирование должны выполняться 75 % всех инфарктников.

По факту 2015г. по таким строгим критериям мы сработали приблизительно в 30% случаев, а впервые 24 часа – только в 23%. Это большой плюс по сравнению с 2014 годом, больше 50% прирост и в целом совпадает со среднероссийской цифрой. Но все равно, еще довольно значительная часть наших с вами пациентов могла быть спасена.

Необходимо оснастить машины «скорой помощи» дефибрилляторами и аппаратами электрокардиограммы (далее ЭКГ) с питанием от бортовой сети. В цивилизованном мире уже в приличных универмагах дефибрилляторы есть, а у нас почти половина скорых на вызов в ездят без дефибрилляторов и ЭКГ.

Четкое соблюдение схем маршрутизации – своевременное обращение за помощью, быстрая госпитализация в сосудистое отделение, отсутствие неоправданных задержек на этапе ЦРБ, своевременная операция в первые сутки – это тот путь, который реально позволяет снизить смертность от острого инфаркта миокарда. В тех регионах, где эта схема реально в полном объеме работает, летальность составляет 9%, а у нас 17%. В этом году за 10 месяцев от инфаркта умерли 296 человек, это целое село, не самое маленькое село.

И соблюдать эти схемы нас заставят. Я не зря говорил о федеральных порядках. За их нарушение в ближайшее время будут штрафовать. В Кодекс об административных правонарушениях вносятся поправки – статьи об ответственности за нарушение порядков и качества медицинской помощи. Не провел тромболизис фельдшер, не перевел вовремя больного врач – штраф, нет дефибриллятора на скорой – штраф, скорее всего, на юридическое лицо.

Соблюдать этот порядок надо не только из-за угрозы штрафа. Это реальный путь снизить летальность от инфаркта.

2. Об исполнении Постановления Правительства РФ №950 от 20.09.2012 «Об утверждении правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека».

(Шумаев Александр Юрьевич – главный внештатный специалист по медицине катастроф Департамента здравоохранения Курганской области).

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. №950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека», диагноз смерти мозга человека устанавливается консилиумом врачей в медицинской организации, в которой находится пациент. В составе консилиума врачей должны присутствовать анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее 5 лет. В состав консилиума врачей не могут быть включены специалисты, принимающие участие в изъятии и трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей.

Биологическая смерть устанавливается на основании наличия ранних и (или) поздних трупных изменений.

Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером) и оформляется в виде протокола установления смерти человека по форме, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. N 950.

Правила прекращения реанимационных мероприятий

Реанимационные мероприятия направлены на восстановление жизненно важных функций, в том числе искусственное поддержание функций дыхания и кровообращения человека, и выполняются медицинским работником (врачом или фельдшером), а в случае их отсутствия - лицами, прошедшими обучение по проведению сердечно-легочной реанимации.

Реанимационные мероприятия прекращаются при признании их абсолютно бесперспективными, а именно:

- при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга;
- при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 минут;
- при отсутствии у новорожденного сердцебиения по истечении 10 минут с начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

Реанимационные мероприятия не проводятся: при наличии признаков биологической смерти; при состоянии клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью.

Информация о времени прекращения реанимационных мероприятий и (или) констатации смерти вносится в медицинские документы умершего человека.

3. О порядке межведомственного взаимодействия наркологических кабинетов центральных районных больниц с органами системы профилактики правонарушений несовершеннолетних (УМВД, органы опеки и попечительства, образовательные организации, органы социального обслуживания населения).

(Подорванов Павел Андреевич – главный внештатный специалист психиатр-нарколог Департамента здравоохранения Курганской области).

Совершенствование организации оказания наркологической помощи населению, в том числе несовершеннолетним, на территории Российской Федерации является одной из приоритетных задач, обозначенных в Указе Президента Российской Федерации №598 от 7 мая 2012 года «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

Выявление, регистрация, профилактическое наблюдение, диспансерный учет несовершеннолетних с наркологическими расстройствами осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР №704 от 12.09.1988 года «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями» участковым врачом психиатром-наркологом (при его отсутствии – фельдшером) по месту жительства несовершеннолетнего.

Оказание наркологической помощи несовершеннолетним на территории Курганской области, в том числе несовершеннолетним, организовано в соответствии со стандартами специализированной медицинской помощи при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением ПАВ (Приказы Минздрава РФ от 04.09.2012г №124н-135н) и приказом Департамента здравоохранения Курганской области от 10 июня 2013 года №723 «Об организации оказания наркологической помощи населению на территории Курганской области» (далее – приказ).

Плановая амбулаторная наркологическая помощь несовершеннолетним в районах области, где отсутствуют врачи психиатры-наркологи, оказывается по схеме маршрутизации.

Плановая стационарная наркологическая помощь несовершеннолетним оказывается в ГБУ «Курганский областной наркологический диспансер» и Шадринском филиале ГБУ «Курганский областной наркологический диспансер».

Медицинская реабилитация в стационарных условиях осуществляется в Новопетропавловском филиале ГБУ «Курганский областной наркологический диспансер».

В Курганской области отсутствуют стационарные отделения для несовершеннолетних с наркологическими заболеваниями. Несовершеннолетние старше 15 лет (при наличии показаний) получают стационарную наркологическую помощь в отделениях для взрослых (ГБУ «КОНД», Шадринском и Новопетропавловском филиалах ГБУ «КОНД»).

Стационарная наркологическая помощь несовершеннолетним младше 15 лет оказывается в отделении для несовершеннолетних ОГУЗ «Челябинская областная клиническая наркологическая больница» (все несовершеннолетние направляются в ОГУЗ «ЧОКНБ» через подростковый наркологический кабинет ГБУ «КОНД»).

Несмотря на отсутствие в 16 центральных районных больницах врачей психиатров-наркологов, каждый несовершеннолетний с наркологическим расстройством, проживающий на данной территории, должен быть охвачен врачебной наркологической помощью. С этой целью несовершеннолетних, состоящих под наблюдением в наркологических кабинетах, необходимо направлять в плановом порядке на консультацию к врачу психиатру-наркологу согласно указанной схеме. При этом конкретные рекомендации по дальнейшей тактике лечения и наблюдения должны

быть закреплены соответствующей записью врача психиатра-нарколога в амбулаторной карте несовершеннолетнего по месту его жительства.

Кроме того, необходимо организовать индивидуальную профилактическую работу с несовершеннолетними, состоящими под наблюдением. В случаях их отказов от посещений наркологического кабинета проводить работу с их законными представителями путем активных бытовых посещений по месту жительства, а по необходимости, привлекать представителей других органов системы профилактики правонарушений несовершеннолетних (ПДН УМВД, образовательные организации, органы опеки и попечительства, учреждения социального обслуживания населения и т.д.) через официальные письменные сообщения в установленной форме.

В соответствии с приказом Департамента здравоохранения Курганской области от 6 декабря 2011 года № 1745 «Об организации работы по профилактике социально значимых заболеваний среди несовершеннолетних в государственных учреждениях здравоохранения Курганской области», на территории каждого района Курганской области медицинскими работниками центральных районных больниц должно быть организовано выявление и патронаж семей, где кто-либо из родителей страдает наркологическим заболеванием (алкоголизм, наркомания, токсикомания) и имеет на воспитании несовершеннолетних детей. В случаях, когда несовершеннолетние, проживающие в указанных семьях, находятся в социально опасном положении, необходимо обеспечить передачу этих сведений в территориальные органы опеки и попечительства и территориальные комиссии по делам несовершеннолетних.

Также с целью выявления и наблюдения несовершеннолетних с наркологическими расстройствами требуется организовать межведомственное взаимодействие специалистов наркологических кабинетов с подразделениями по делам несовершеннолетних УМВД на подведомственной территории.