



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

31.10.16. № 01-12/9115

на № _____

Департамент здравоохранения Курганской области направляет протокол видеоконференции от 20 октября 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 8 л. в 1 экз.

Директор Департамента
здравоохранения Курганской области

Л.И. Кокорина

ПРОТОКОЛ № 10
видеоконференции Департамента здравоохранения Курганской области

от 20 октября 2016 года

для заместителей главного врача по лечебной и организационно-методической работе, фельдшеров ФАП, и других медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов, специалистов кабинетов и отделений медицинской профилактики, инструкторов по санитарно-гигиеническому воспитанию.

1. Анализ качества оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме на догоспитальном этапе.

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

В качестве индикатора для анализа и контроля смертности удобнее всего использовать структуру смертности, т.е. удельный вес смертей от болезней кровообращения (далее – БСК) среди всех смертей. Рекомендуемый индикатор – 36 – 37%, то есть БСК не должны превышать 36 - 37% от всех смертей. Это вопрос организационно-методической работы, контроля за обоснованностью и правильностью выставления диагнозов умершим и заполнения справок о смерти. Смертность от БСК в этом году снижается – менее 600 на 100 тыс. населения, в среднем по стране – 635.

Более объективным индикатором качества непосредственно лечебно-диагностической работы является снижение смертности от острого инфаркта миокарда (далее – ИМ). За семь месяцев 2016 года смертность от острого ИМ снизилась на 17,1% (38 сохранных жизней). В странах Западной Европы и США смертность от БСК и острого коронарного синдрома (далее – ОКС) намного ниже, чем у нас. В США и Европе от БСК на уровне 300 – 400 против 600 в РФ, летальность от ОКС всего 3 - 4%. Давайте сравним:

	РФ	Западная Европа, США
летальность	до 15%	3 - 4%, Miami 1,8%
госпитализация	2 – 3 дня	7 – 10 дней
реабилитация	7 дней	17 дней (стац. + амб.)

Цель: от ОКС никто не должен умирать.

Цифры говорят сами за себя. Только в нашей области от ОКС ежегодно умирает более 350 жителей. В чем причины такой разницы? Что мы должны исправить?

В основе борьбы с ОКС четыре индикатора: маршрутизация, тромболизис, чрезкожные коронарные вмешательства и реабилитация. На сегодня 92% пациентов с инфарктом госпитализируются в специализированные отделения – первичные сосудистые отделения (далее – ПСО) и региональный сосудистый центр (далее – РСЦ). Цель оказания помощи при ОКС – как можно быстрее доставить больного в специализированное отделение, где ему эндоваскулярные хирурги откроют забитую бляшкой и тромбом артерию, раздуют баллоном и поставят стент. Хирургическая помощь в этом году возросла: увеличилось число коронарографий на 58% по сравнению с аналогичным периодом прошлого года (далее – АППГ), стентов на 37%. В ГБУ «КОКБ» в сосудистом центре и в ГБУ «Курганский областной кардиологический диспансер» в круглосуточном режиме работают хирурги и устанавливают стенты. На сегодняшний день ГБУ «КБСМП» пытается организовать имплантацию стентов в

круглосуточном режиме. Мы стали ставить 1000 стентов в год, и смертность от инфаркта снизилась на 17%. Самое главное, чтобы стент был установлен в первые часы заболевания.

Чтобы смертность при ОКС снижалась и дальше, больной должен в самые первые часы инфаркта попасть в специализированное отделение и получить свой стент. Если стент поставлен в первые 24 часа от начала инфаркта, риск смерти существенно снижается; до 48 часов – еще есть польза; позже 48 часов – стент на сохранение жизни при данном конкретном инфаркте уже никак не влияет. Нередко пациенты переводятся из ЦРБ в специализированное отделение через 2-3 дня, когда стентированием повлиять на прогноз уже невозможно. Стенты, сделанные при инфаркте на трети - пятые сутки абсолютно ничего не дают для выживания.

Для анализа времени, затраченного на оказание помощи больному ОКС, используется индикатор «симптом - баллон» - время от появления коронарного приступа до открытия артерии на операционном столе. Это время складывается из двух интервалов – «боль-звонок» и «звонок - баллон».

Больные очень поздно обращаются за медицинской помощью, не знают проявлений инфаркта и что нужно делать. Число больных, обратившихся в «золотой промежуток», в первые 6 часов от начала заболевания – всего 51%. И почти у 30% больных интервал «боль - звонок» превысил 24 часа. В некоторых районах эта цифра еще выше. Более чем через сутки от появления симптомов за медицинской помощью обратились в Катайском районе – 43% пациентов, в Куртамышском – 37%, в Макушинском – 37,5%, в Шатровском – 38,5%, в Звериноголовском – 41,5%.

В Москве за 10 месяцев 2015 г. интервал «боль-звонок» составил 753 минуты, то есть 12,5 часов. Популяционная стратегия профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (далее – ССЗ) должна реализовываться на национальном уровне. Медицинским работникам нужно проводить беседы с пациентами о том, какие меры предпринять в острой ситуации. Рекламные материалы необходимо сделать более яркими и жесткими.

Второй этап «звонок-баллон» – медицинский. Целевой интервал в России – 90 минут. У нас в области более 200 минут. На выезд к предполагаемому больному с ОКС обязательно нужно брать с собой дефибриллятор, препарат для тромболизиса, электрокардиографический передатчик (далее – ЭКГ-передатчик) и сразу везти больного в ПСО по маршрутизации, в случае достоверно установленного диагноза и подтвержденного ЭКГ. Если завезли больного для уточнения диагноза в ЦРБ, то нужно торопиться и направить в специализированное отделение.

При невозможности коронарного вмешательства у больных ОКС с подъемом сегмента ST применяется тромболизис, в случаях длительной транспортировки тромболизис проводится на догоспитальном этапе бригадой «скорой помощи». В первом полугодии 2016 года выполнены 243 процедуры тромболизиса, рост составил 7% по сравнению с АППГ, на догоспитальном этапе – более 50. Данные индикативные показатели лучше среднероссийского уровня. Догоспитальный тромболизис проводят в основном скорая помощь г. Кургана, но его можно не проводить, потому что больной быстро попадает на операционный стол. При длительной транспортировке из дальней деревни районные фельдшера скорой помощи не проводят тромболизис и это плохо. Фельдшер скорой помощи должен уметь пользоваться дефибриллятором, тромболитиком, и ЭКГ-передатчиком, не бояться их применить. Потренироваться проведению реанимационных мероприятий можно в ГБУ «Курганский областной центр медицины катастроф».

Главные приоритеты при оказании помощи больным ОКС:

- скорейшая госпитализация в ПСО и РСЦ для чрезкожных коронарных вмешательств;

- догоспитальный тромболизис;
- оснащение бригады СМП ЭКГ-передатчиком, дефибриллятором, тромболитиком;
- хороший транспорт;
- 2 медработника в бригаде.

Ошибки в остром периоде ОКС:

- неадекватное обезболивание (необоснованный отказ от наркотических анальгетиков, надо вводить дробно, помнить продолжительность действия);
- применение препаратов, ухудшающих прогноз – дигидропиридиновые антагонисты кальция (нифедипин), дигоксин.

Если лечение прошло успешно, далее наступает более спокойная фаза, когда нужно тщательно заниматься реабилитацией и вторичной профилактикой, чтобы не допустить повторения острой коронарной ситуации, при которой риск смерти пациента будет уже гораздо больше.

Когда специалисты начинают анализировать амбулаторные карты умерших пациентов, выясняется, что 25% умерших от БСК вообще не наблюдались у участкового специалиста и не обращались в поликлинику 2 - 4 года и 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.

Достоверно известно, что выживаемость пациентов после инфарктов и ОКС, улучшают статины и В-адреноблокаторы. За последние два месяца было проанализировано 500 медицинских карт пациентов, перенесших в разное время острый ИМ. Статины назначаются пациентам моложе 70 лет в 85% случаев – это хороший показатель. Наблюдается частая смена препаратов – один врач назначает аторвастатин, другой розувастатин. В результате больной не понимает, что ему делать и приверженность к лечению снижается. Если пациент принимает регулярно симвастатин и он достигает хорошего уровня липидов, его можно принимать дальше. Самый популярный сегодня статин – аторвастатин, современный препарат по доступной цене. Дозу препарата нужно подбирать индивидуально. Обычно дозу назначают автоматически по 10-20 мг., а она является низкой для большинства пациентов.

В-блокеры назначаются более 75% от подлежащих. Самый популярный сегодня – бисопролол. Хороший препарат, доза 5 мг., но ее не достаточно. Бисопролол, бетаксолол, метопролола сукцинат, как правило, назначают 1 раз в день.

Мы все должны четко понимать, что порядок на участке – одна из важнейших составляющих работы по снижению смертности. Без этого дорогостоящая хирургия бессильна. Профилактическое звено дает дальнейшее реальное снижение смертности.

2. Роль фельдшерско-акушерских пунктов в раннем выявлении онкологических заболеваний.

(Сепиашвили Гиви Гиоргиевич – главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения Курганской области).

В функционале обязанностей медицинского работника ФАП:

- выявление лиц с повышенным риском развития злокачественных новообразований (далее – ЗНО), с признаками предраковых заболеваний, визуальных локализаций злокачественных новообразований и направление больных с подозрением на злокачественную опухоль и с предраковыми заболеваниями в первичный онкологический кабинет медицинской организации;

- оказание паллиативной помощи больным, в том числе больным онкологическими заболеваниями, нуждающимся в наркотических и

сильнодействующих лекарственных средствах в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов.

Необходимые знания и требования

Основной задачей в оказании онкологической помощи является выявление предраковых заболеваний и ЗНО визуальных локализаций.

Необходимо знать:

1. диагностику предраковых заболеваний и ЗНО визуальных локализаций;
2. больных с подозрением на ЗНО или предраковое заболевание и направлять в первичный онкологический кабинет ЦРБ.

Необходимо владеть:

1. двуручным гинекологическим обследованием;
2. забором мазков на цитологическое исследование;
3. пальцевым исследованием прямой кишки;
4. пальпацией молочных желез, щитовидной железы, лимфатических узлов.

Объём обследования включает в себя осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости; пальпацию живота, молочных желез, щитовидной железы, лимфатических узлов; двуручное гинекологическое обследование; пальцевое исследование прямой кишки; цитологический мазок шейки матки и цервикального канала. Контроль качества обследования: доля выявления злокачественных новообразований визуальных локализаций в начальных стадиях заболевания (*in situ*, I, II стадия).

Лечебные мероприятия:

Симптоматическое лечение онкологических больных IV клинической группы (по назначению врача-онколога или специалиста первичного онкологического кабинета).

Основные злокачественные опухоли визуальной локализации.

Для рака кожи характерно наличие пятен, плотных узелков и узлов желтого или серо-белого цвета, сливающихся с кожей. Постепенно они мокнут, образуются эрозии, язвы с плотным дном и подрытыми краями, безболезненные, иногда кровоточащие. При длительном течении опухоль инфильтрирует подлежащие ткани, метастазируют в региональные лимфоузлы. Разнообразные уплотнения и бугорки на коже, длительно не заживающие язвы требуют диагностики, так как в ряде случаев они могут служить проявлением этого серьезного заболевания.

Рак полости рта называют «болезнью запущенной гигиены». В ней чаще всего возникает рак языка, особенно по боковому краю — там, где язык соприкасается с зубами. Известно немало случаев рака языка, возникшего из-за царапанья краем испорченного зуба (постоянная травма способствовала образованию язвы, которая в дальнейшем подвергалась злокачественному перерождению). Своевременное удаление или излечение зуба, травмирующего язык или слизистую оболочку щеки, предотвращает развитие рака полости рта.

Уже много лет известно о канцерогенном действии табакокурения. Табачные смолы и дым в первую очередь воздействуют на слизистую оболочку губ, языка, десен, щек, а затем — на глотку, горло.

Рак языка — злокачественная опухоль, преимущественно из элементов плоского эпителия. На поверхности языка появляется безболезненное, постепенно увеличивающееся, не поддающееся медикаментозному лечению изъязвление. Боли возникают относительно поздно, обычно их связывают с ангиной, заболеванием зубов и десен. Опухоль склонна к быстрому инфильтративному росту. В ранних стадиях возникает уплотнение слизистой оболочки, подлежащих тканей, поверхностные язвы, папиллярные образования, белесоватые пятна.

В поздних стадиях при раке языка возникают боли разной интенсивности, локализованные или иррадирующие в ухо, височную, затылочную область. Усиливается саливация в результате раздражения слизистой оболочки продуктами распада, возникает зловонный запах изо рта (распад, инфицирование опухоли). Отдалённые метастазы наблюдают в 1—5% наблюдений (поражаются лёгкие, реже печень, головной мозг).

Рак молочной железы (далее – РМЖ) развивается преимущественно у нерожавших и не кормивших грудью женщин, чаще в возрасте от 45 до 55 лет, т.е. в так называемый период неустойчивого гормонального равновесия, хотя может возникать также у женщин других возрастных групп. Основное значение в диагностике РМЖ имеют осмотр и пальпация молочных желез. Такое обследование позволяет выявлять опухоль в 83% случаев. Проводить самообследование молочных желез должна каждая женщина 1 раз в месяц.

РМЖ — злокачественное новообразование, развивающееся из клеток эпителия протоков и/или долек паренхимы железы.

Локальный рост в виде узла встречают наиболее часто. Пальпаторно выявляют плотное, округлое, бугристое безболезненное образование с нечёткими контурами, нередко ограниченно подвижное из-за инфильтрации окружающих тканей. В случае расположения под соском и малых размерах опухоли первыми симптомами могут быть отклонение соска в сторону, его фиксация или втяжение. Иногда над опухолевым узлом происходит фиксация кожи (симптом площадки) или её втяжение (симптом умбиликации). Указанные явления происходят за счёт вовлечения в процесс связок Купера. Лимфатический отёк кожи («лимонная корка») — поздний симптом заболевания.

Рак щитовидной железы — злокачественная опухоль, развивающаяся из элементов железистого эпителия щитовидной железы.

Клинические признаки болезни можно разделить на 3 группы:

- симптомы, связанные с развитием опухоли в щитовидной железе;
- симптомы, возникающие в связи с прорастанием опухоли в окружающие железу ткани;
- симптомы, обусловленные регионарным и отдалённым метастазированием.

К первой группе симптомов относят быстрый рост узла, появление плотной консистенции и бугристости, неравномерного уплотнения. При распространении опухоли за пределы щитовидной железы в окружающие её ткани появляется изменение голоса (в результате сдавления и паралича возвратного нерва), затруднение дыхания и глотания (вследствие давления опухоли), расширение вен на передней поверхности груди (сдавление или прорастание вен средостения).

Третья группа симптомов связана с регионарными и отдалёнными метастазами. При лимфогенных метастазах в области шеи наиболее часто поражаются глубокая ярмная цепь, паратрахеальные зоны, реже лимфатические узлы бокового треугольника шеи, передневерхнем отделе средостения.

Базально-клеточный рак.

Опухоль из базального слоя эпителия кожи. Базальноклеточный рак кожи занимает промежуточное положение между доброкачественными и злокачественными новообразованиями. Характерная особенность базалиомы — местно-деструктирующий рост при отсутствии лимфогенных и гематогенных метастазов. Чаще всего базально-клеточный рак имеет вид одной из трех форм: узловой, поверхностной или язвенной.

- базалиома, превратившаяся из узловой разновидности в язвенную. В центре опухоли глубокое изъязвление, края резко приподняты, валикообразные.
- поверхностная разновидность базалиомы на туловище со множественными маленькими чешуйками и корочками. Валики на краях опухоли с трудом заметны.

- пигментная разновидность базалиомы. Узелок с неравномерной черной окраской и неровными краями, заболевание легко перепутать с меланомой. В данном случае диагноз нам подскажет характерная полупрозрачность и сосуды на поверхности опухоли.

- базалиома кожи узлового вида. Гладкая, жемчужная опухоль с телеангиэктазиями, мелкими струпами на одном из краев. Плотная на ощупь, четко определима, ничем не беспокоит.

- наиболее распространенная разновидность базалиомы, на которую приходится около 60% всех первичных случаев. Имеет вид приподнятой, полупрозрачной папулы или узелка с расширением сосудов на поверхности (телеангиэктазии). Такой узелок может изъязвляться, иметь пигментные вкрапления.

Рак нижней губы.

Особенно часто данное заболевание поражает мужчин, возрастная категория больных — 65-75 лет, преимущественно много курящих.

По своим формам рак губы может разделяться следующим образом:

- язвенный;
- бородавчатый;
- папиллярный.

Следует знать, что первым признаком развития рака на поверхности губы может стать появление незаметного на первый взгляд уплотнения на губе, трещинки небольшого размера. Обязательно следует обращать внимание на любое изменение во внешнем состоянии губ — именно в этом случае вероятно полное излечение на ранней стадии заболевания.

Рак слизистой полости рта.

Современная медицина онкологические заболевания ротовой полости по внешнему виду делит на три вида:

Узловатая.

Во рту появляется уплотнение чёткой формы. Поверхность слизистой в этом месте либо не меняется, либо имеет белесоватые пятна. Новое образование обычно быстро увеличивает свои размеры.

Язвенная.

Проявляется в виде язвы на слизистой оболочке. Она беспокоит пациента и долго не заживает. Патология в виде язвочки быстро прогрессирует. Такая форма рака ротовой полости поражает слизистые чаще других разновидностей.

Папиллярная.

Выглядит как опухоль плотной структуры, которая свисает в полость рта. Покров слизистой внешне не изменяется.

Рак шейки матки (далее – РШМ).

Основным и наиболее перспективным направлением борьбы с РШМ является профилактика, которая заключается в своевременном обнаружении и адекватном лечении фоновых, предраковых процессов. В настоящее время доказана этиологическая роль вируса папилломы человека в развитии РШМ. Стадия 0 - это рак *in situ*; при стадии I опухоль ограничена шейкой матки; при стадии II опухоль распространяется за пределы шейки матки, но не достигает стенок таза и нижней трети влагалища; при стадии III опухоль достигает стенок таза, распространяется на нижнюю треть влагалища или вызывает гидронефроз; при стадии IV опухоль распространяется на слизистую мочевого пузыря или прямой кишки либо выходит за пределы малого таза.

Профилактика:

- первичная (формирование здорового образа жизни и борьба с факторами риска);

- вторичная (активный скрининг, дополнительная диспансеризация, онконастороженность);

- третичная (диспансерное наблюдение за больными).

Выводы:

• несмотря на регулярное проведение скрининговых мероприятий медицинский работник «первого контакта» в сельской местности остается сотрудник ФАП (фельдшер, акушерка, участковый терапевт);

• ранняя диагностика рака подразумевает выявление заболевания у лиц, которые сами обратились за медицинской помощью с жалобами при появлении первых симптомов или признаков заболевания. Своевременная диагностика рака — это распознавание процесса на такой стадии, когда подавляющее большинство больных можно излечить от этого недуга. Большинство случаев злокачественной опухоли диагностируется врачами амбулаторно-поликлинических учреждений и активно выявляются при профилактических осмотрах населения.

Организация онкологической службы – это последовательная система, в которой пациент передвигается по степени сложности заболевания. По определенной схеме обследования и лечения необходимо действовать каждому онкологическому больному и не нарушать последовательность обращения в лечебные учреждения. Нарушение этих простых правил приводит к перегруженности онкологических учреждений, что выражается в потере драгоценного времени на лечение.

3. Организация диспансеризации определенных групп взрослого населения в медицинских организациях Курганской области.

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

Диспансеризация – это углубленное обследование состояния здоровья граждан. Чем раньше болезнь продиагностирована, тем более вероятно, что её можно вылечить успешно и без последствий. Технология диспансеризации отдельных групп взрослого населения составляет в России 4 года. Цель – увеличить темп снижения смертности в Российской Федерации на 20-30%.

В России будет создана универсальная региональная система профилактики неинфекционных заболеваний. Она заключается в том, чтобы информировать и мотивировать население вести здоровый образ жизни. Важная часть стратегии - обеспечение условий для здорового образа жизни.

Орган управления здравоохранением субъекта РФ (центры медицинской профилактики) состоит из нескольких элементов:

- информирование и мотивирование населения к ведению здорового образа жизни (СМИ, образование, культура, общественные организации, волонтеры);
- обеспечение условий для здорового образа жизни;
- диспансеризация, профилактические осмотры, центры здоровья;
- диспансерное наблюдение;
- стационары, санатории.

По структуре смертности населения РФ болезни системы кровообращения составляют 48,8%; онкологические заболевания – 14,9%; травмы – 11,7%; другие причины – 24,6%.

Цели диспансеризации:

1. Раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний.
2. Определение группы состояния здоровья.
3. Проведение краткого профилактического консультирования.
4. Определение группы диспансерного наблюдения.

Принципы диспансеризации заключаются в участковости, двухэтапности, выявление факторов риска и дифференцированности.

Этапы диспансеризации:

1. Выполнение доврачебных медицинских исследований (опрос, антропометрия, расчет ИМТ, измерение АД, определение уровня общего холестерина и уровня глюкозы в крови экспресс-методом, измерение внутриглазного давления бесконтактным методом).

2. Анкетирование (анкетирование граждан в возрасте до 75 лет (34 вопроса), анкетирование граждан в возрасте 75 лет и старше (23 вопроса)).

Правила вынесения заключения по результатам опроса обязательны для каждого медицинского работника, участвующего в проведении диспансеризации.

3. Определение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний. К ним относятся: повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, гипергликемия; курение табака, нерациональное питание, избыточная масса тела, ожирение, низкая физическая активность, риск пагубного потребления алкоголя, наркотических и психотропных веществ без назначения врача; отягощенная наследственность по ССЗ, ЗНО, хроническим болезням нижних дыхательных путей, сахарному диабету; суммарный сердечно-сосудистый риск.

Фактор риска	Средние данные по Российской Федерации
Повышенный уровень АД	32,6%
Гипергликемия	4,7%
Избыточная масса тела	37,7%
Ожирение	21,8%
Курение	13,8%
Низкая физическая активность	27,7%
Риск потребления наркотических средств	0,9%
Нерациональное питание	80,6%

Этапы диспансеризации:

- обследование и осмотры врачами-специалистами поликлиники;
- заключительный осмотр терапевта;

Диспансеризация – реальная возможность продлить жизнь нашим согражданам, для медицинских организаций – вернуть доверие населения.