



ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
**АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ**



ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС
**«Лидерство и инновации –
путь к новым достижениям»**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Санкт-Петербург
17–19 октября 2017



ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ»

**МАТЕРИАЛЫ
ВСЕРОССИЙСКОГО КОНГРЕССА
«Лидерство и инновации –
путь к новым достижениям»**

17–19 октября 2017
Санкт-Петербург

Ответственность за содержание и достоверность сведений,
предоставляемых для опубликования, несут авторы.
Редакция не несёт ответственности за содержание предоставленного материала.

Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

Я искренне рада приветствовать вас в качестве участников Всероссийского конгресса РАМС «Лидерство и инновации – путь к новым достижениям», приуроченный к 25-летию Юбилею нашей организации.

Четверть века, прошедшие с момента основания Ассоциации, позволили всем нам приобрести новый и во многом уникальный опыт привлечения десятков тысяч специалистов к совместной работе во благо своей профессии, российского здравоохранения и пациентов. В самом начале своего совместного пути мы еще не знали, каким трудным он будет, но точно знали, к чему он должен нас привести. Сказать, что мы добились всего, решили все поставленные задачи, невозможно. Однако достигнутые результаты, масштаб проведенной работы, перемены, произошедшие в общественной работе, самосознании, отношении к профессии членов организации не могут не восхищать и не вызывать чувства гордости!

За эти годы мы стали лидерами. Мы научились обсуждать самые серьезные проблемы управления и организации помощи, вырабатывать и отстаивать свои решения, развивать и совершенствовать сестринскую практику, писать статьи и книги, разрабатывать методические рекомендации, проводить учебные мероприятия, работать очно и онлайн, жить в своей профессии 24 часа в сутки, расти в ней и вместе с ней.

Мы научились быть настоящей командой, научились поддерживать и отстаивать совместные интересы и приходить на помощь к своим коллегам там и тогда, когда ситуация этого требует. Мы смогли показать всему миру, что голос медицинских сестер, акушерок и фельдшеров России отстаивает профессиональная организация, политику которой определяют сами медицинские сестры!

Мы стали частью глобального движения медицинских сестер и за сравнительно короткий временной отрезок достигли поддержки и признания своих коллег. Сегодня РАМС является одним из ключевых участников крупнейших международных организаций, среди которых Международный совет медсестер, Европейский форум сестринских и акушерских ассоциаций, Альянс сестринских ассоциаций стран БРИКС, множество специализированных групп и организаций, с которыми взаимодействуют специализированные секции РАМС. Это позволяет участвовать в политике здравоохранения на глобальном и региональном уровне, дает нам возможность действовать, с тем чтобы позитивные перемены приходили в профессию медицинской сестры как можно скорее.

Мы убеждены, что профессия медицинской сестры, фельдшера, акушерки в ближайшее десятилетие станет не только самой востребованной, но

привлекательной и престижной для талантливой и одаренной молодежи. За 25-летнюю историю РАМС для этого было сделано многое. Искренне надеемся, что при поддержке тех лидеров и специалистов отрасли, которые разделяют с нами взгляды на будущее профессии, мы сможем достичь новых знаменательных успехов!

Желаем всем участникам Конгресса плодотворной работы, интересных встреч и дискуссий, новых контактов, долгосрочного сотрудничества и обмена опытом! Уверена, что предстоящий конгресс станет для вас источником вдохновения для новых профессиональных побед!



С уважением,
В.А. Саркисова,
*Президент Общероссийской общественной организации
«Ассоциация медицинских сестер России»
Председатель Европейского форума национальных сестринских
и акушерских ассоциаций*

ОГЛАВЛЕНИЕ

СИМПОЗИУМ «ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»	15
<i>Рябкова В. В.</i> Пациент-ориентированные технологии – оптимально, эффективно, безопасно	16
<i>Вирки Т. В.</i> Уход: современный, своевременный, специализированный	19
<i>Игнатович Ю. С.</i> Принципы стратегии пациентоориентированности	22
<i>Очнева Е. Л.</i> Актуальность работы центра здоровья в выявлении факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний у детей	24
<i>Крутець Л. Д.</i> Роль медицинской сестры в организации работы центра профилактики повторных переломов	29
<i>Платонова А. Т.</i> Безопасная больничная среда (для персонала, пациента, страхование рисков, эргономика)	33
<i>Шипачев К. В., Гришанова Т. Г., Коробейникова Е. А.</i> Повышение качества диспансерного наблюдения больных артериальной гипертензией при использовании персональных устройств с функцией дистанционной передачи данных	39
<i>Ильинова О. А.</i> Стандарты обслуживания пациентов для средних медицинских работников в рамках программы «вежливое здравоохранение»	42
СИМПОЗИУМ «ИННОВАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»	47
<i>Тополян А. А.</i> Роль медицинской сестры в стационарном отделении скорой медицинской помощи	48
<i>Магурина Н. А.</i> Делегирование полномочий медицинской сестре в условиях оказания амбулаторной травматологической помощи при обслуживании маломобильных пациентов	49
<i>Носкина Н. А.</i> Структурная реорганизация управления и работы младшего медицинского персонала Ростовской клинической больницы ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России	53

<i>Бахта С. А.</i> Контакт-центр: доступность медицинской помощи. Опыт работы бюджетного учреждения здравоохранения омской области «клинический диагностический центр»	58
<i>Суровцова Л. П.</i> Заместительная почечная терапия в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии	61
<i>Татарченко А. В.</i> Современные подходы к лечению ран с использованием плечочных повязок	67
<i>Терентьева О. И.</i> Интеграция современных информационных технологий на амбулаторно-поликлиническом этапе	69
<i>Роева Н. Н.</i> Инновационные технологии в сестринской практике многопрофильной клиники	71

СИМПОЗИУМ «СЕЛЬСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ЕГО РАЗВИТИЕ» 79

<i>Локтев П. П.</i> Современное развитие сельского здравоохранения. Проблемы и пути решения	80
<i>Тайченачев А. Б.</i> Актуальные вопросы, тенденции и перспективы развития сельского здравоохранения в Кузбассе	84
<i>Байдикова Л. А.</i> Особенности профессиональной деятельности фельдшера ФАП ...	88
<i>Лобанова Л. Г.</i> Профилактика рисков в различных аспектах деятельности среднего медицинского персонала скорой неотложной помощи	95
<i>Пилевич Л. Н.</i> Опыт взаимодействия структурных подразделений центральной районной больницы по типу: отделение скорой медицинской помощи-фап-стационар	99
<i>Ващук Л. А.</i> Аспекты организации медико-социальной помощи лицам пожилого возраста в сельской местности	101
<i>Устюжанинов О. Е.</i> Организация и задачи первичного здравоохранения на территории Ленинградской области	104
<i>Неврычева Е. В., Кунгурцева М. Ю., Сапега Н. В.</i> Инновационные технологии в профилактической помощи населению в рамках школ здоровья	107
<i>Ивлева С. В.</i> Пилотный проект «здоровое село» в муниципальном Подгоренском районе Воронежской области	110

СИМПОЗИУМ «ОБРАЗОВАНИЕ XXI ВЕКА» 115

<i>Бьянка Гоммерз.</i> Как медсестре подготовиться к трансформации системы здравоохранения? Опыт стран организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР)	116
<i>Бельтюкова О. В.</i> Психологические аспекты в подготовке будущих медицинских работников	122

<i>Киселева Г. А.</i> Роль учебно-методического кабинета в повышении профессиональной компетентности специалистов	126
<i>Панина Е. В.</i> Практико-ориентированный подход в образовании рентгенолаборантов	130
<i>Толкачева И. В., Николаева И. А., Шульгина Л. Н.</i> Сестринское дело как важная дисциплина в подготовке врача общей практики	134
СИМПОЗИУМ «ЗДОРОВЬЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ»	139
<i>Мололкина Л. Ю.</i> Актуальные вопросы и перспективы развития гериатрической помощи на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи населению	140
<i>Мальцева Е. М.</i> Роль медицинской сестры в реализации комплексной программы реабилитации пожилых пациентов	143
<i>Кузьминых Е. Я., Патрушева Н. Н., Чикминева О. М.</i> Опыт работы секции «Сестринское дело в гериатрии» РОО «Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл»	147
<i>Янминкуль И. В.</i> Формирование культуры зож для снижения негативных последствий гиподинамии у пожилых людей	150
<i>Скотти А. М.</i> Служба медико-социальной помощи как форма организации сестринской помощи пожилым людям в территориальной поликлинике	155
<i>Леонтьева Н. И.</i> Организация медико-социальной помощи лицам пожилого возраста в ГБУЗ «Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн»	160
<i>Журавлева О. И.</i> Организация работы с пожилыми пациентами в сельском здравоохранении	164
<i>Матвеева Н. А.</i> Медико-социальное обслуживание лиц пожилого возраста в условиях гбуз рк «больница скорой медицинской помощи». Модель межведомственного взаимодействия: больницы скорой медицинской помощи и учреждений социальной защиты Республики Карелия	166
СИМПОЗИУМ «СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ»	171
<i>Кудряшова Т. В.</i> Вич-инфекция. Туберкулёз. Сочетанная патология ВИЧ/туберкулёз	172
<i>Виноградов С. В.</i> Роль медицинской сестры в профилактике социально значимых заболеваний	172
<i>Якушева О. С.</i> Роль медицинской сестры в реабилитации пациенток после радикальных операций на молочной железе	174

СИМПОЗИУМ «ПСИХИАТРИЯ»	179
<i>Егошина Г. Л., Суслова Е. А. Роль медицинской сестры в формировании психического здоровья и новые формы профилактической работы</i>	180
<i>Романова Е. А. Проблема психических нарушений при сосудистых заболеваниях головного мозга</i>	183
<i>Жан-Мануэль Морвиллес, Нина Квессаладзе. Терапевтический альянс в восприятии пациента психиатрического стационара: необходимость тесного контакта с медицинской сестрой и младшим персоналом</i>	188
<i>Чаркова О. Г. Способы немедикаментозного снижения уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов наркологического стационара</i>	189
<i>Долбилова Л. В. Опыт организации профилактической работы для формирования здорового образа жизни пациентов</i>	193
<i>Селифанова О. Н. Тренинг саморегуляции для медицинских сестёр психиатрических учреждений</i>	199
СИМПОЗИУМ «ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ»	203
<i>Самохина Л. П. Этические аспекты в оказании паллиативной помощи пациентам</i>	204
<i>Гоголева С. А. Проект: «Ты не один!» – Пациент-ориентированная модель волонтерства в онкологии</i>	208
<i>Попова Л. А., Букина Т. А. Роль волонтерского движения в работе детского хосписа</i>	215
СИМПОЗИУМ «БЕЗОПАСНАЯ БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА»	219
<i>Игнатович Ю. С. Принципы стратегии пациентоориентированности</i>	220
<i>Камаева О. В. Программа профилактики падений – междисциплинарный подход</i>	211
<i>Хроминьски П. Техники перемещения и кинестетика</i>	222
<i>Животнева И. В. Современные возможности безопасной катетеризации вен</i>	224
<i>Фролов А. Н., Плетминцева Г. Б. Обучение и применение средним медицинским персоналом основ базовой сердечно легочной реанимации, как повышение степени безопасности пациента (пилотный проект на базе больницы)</i>	227
<i>Гордиевская Л. А. Профилактика рисков, связанных с оперативным вмешательством, как хирургическая безопасность пациента</i>	229
<i>Земцовский М. Я., Ипатов Е. С. Критические ситуации, возникшие во время анестезии: действия медперсонала</i>	231
<i>Колпакова Е. В. Обеспечивая стерильность – мы защищаем здоровье</i>	235
<i>Пайбакова Т. А. Внедрение стандартных операционных процедур (СОП) как элемент качества сестринского дела</i>	239

<i>Пономарева Е.А., Нечаева Н.В., Наумов С.А.</i> Значимость блока реанимации и интенсивной терапии в работе регионального сосудистого центра	242
<i>Пурасова А. Ю., Шапошникова Н.А.</i> Безопасная больничная среда для медицинского персонала и пациентов	243
СИМПОЗИУМ «ПРОФИЛАКТИКА. ИММУНИЗАЦИЯ»	247
<i>Ковалев В. С.</i> Вакцины, не входящие в национальный календарь профилактических прививок Российской Федерации	248
<i>Шапкина О. В.</i> Противопоказания к вакцинации – истинные и ложные	258
<i>Скоробогатова Е. А., Букина Т. А.</i> Алгоритм работы фельдшера образовательной организации по профилактике вакциноуправляемых инфекций	265
<i>Солопенко М. С.</i> Техника безопасного введения вакцин	271
<i>Гришанина М. С.</i> Организация и проведение профилактических прививок на фапах Тейковского района	272
<i>Парамонова О. Г.</i> Роль акушерки в профилактике отказов от профилактических прививок в родильном доме	277
СИМПОЗИУМ «СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ»	281
<i>Тихонов С. В.</i> Медицинские сестры как действующая сила развития медицинской реабилитации	282
<i>Головкова Е. В.</i> Командный подход в реабилитации пациентов	284
<i>Чернова И.И.</i> Методика лечебной гимнастики для лиц пожилого и старческого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией	287
<i>Цибулина С. Б.</i> Комплексный подход к реабилитации детей с двигательными нарушениями в тюменской области	291
<i>Купчикова М.В.</i> Этапы реабилитации пациентов, страдающих психическими расстройствами	293
<i>Вакулина О.Л., Синкевич Е.М., Толкачева И.В.</i> Изучение некоторых аспектов организации медицинской реабилитации пожилых на примере ОБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» г. Курска	297
<i>Тыдыкова Т. С.</i> Роль медицинской сестры в оказании паллиативной медицинской помощи	302
СИМПОЗИУМ «ЭТИКА И КУЛЬТУРА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ЭТИКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ»	305
<i>Дацюк С. Ф.</i> Этическое регулирование сестринской деятельности	306
<i>Веденина Г. В.</i> Опыт работы этического комитета ВРОО «Ассоциация специалистов сестринского дела» с медицинскими учреждениями области	310

<i>Леушина А.В., Лучшева Л.М.</i> Эмоциональное выгорание медицинских работников. Проблемы, анализ, решение	313
<i>Огорельцева Н. П., Багаева М.А., Шипицына В.В.</i> Разработка «обучающей программы по профилактике синдрома эмоционального выгорания» для среднего и младшего медицинского персонала работающего в условиях психиатрического стационара, на примере когбуз «Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. Академика В. М. Бехтерева»	317
<i>Тимофеева Е. В.</i> Роль творчества в формировании культуры оказания сестринской помощи	322
<i>Бельтюкова О.В.</i> Эмоциональная компетентность медицинских работников как фактор профессиональной успешности	326
<i>Кравченко Л. И.</i> Профилактика моббинга в сестринском коллективе медицинской организации	330
<i>Мыльникова И. М.</i> Куда уходят медицинские работники	332
<i>Шитикова О. Е.</i> Роль родственников пациентов в реализации модели ухода в условиях палаты интенсивной терапии, анестезии и реанимации. От противостояния к сотрудничеству	336
<i>Гузенко О. А., Бекетова Е. Н., Баскакова О. А.</i> Этический образ современной медицинской сестры	340
СИМПОЗИУМ «ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА»	345
<i>Швецова Н. С.</i> Управление качеством в акушерской практике. Роль сестринской ассоциации	346
<i>Худайбердиева А. Р.</i> Непрерывное медицинское образование: применение симуляционных технологий в лечебных организациях	348
<i>Студнева Т.А.</i> Этические проблемы в акушерстве в первичном звене	349
<i>Хованская О. В.</i> Современные аспекты формирования модели мультидисциплинарной командной работы в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных	351
<i>Проскурякова И. С.</i> Применение обогащителей грудного молока у недоношенных в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания)	354
<i>Кузьмичева Е.М.</i> Проблемы боли в неонатологии	356
<i>Панкратова Н. Е.</i> Актуальные аспекты медицинских осмотров детского населения	360
<i>Панкратова Н. Е.</i> Холодовая цепь. Значение для эффективной иммунопрофилактики инфекционных болезней	367
<i>Нечайкина Л. В.</i> Организация оказания медицинской помощи в перинатальном центре	371

<i>Астафьева Н. В.</i> Методы пренатальной диагностики работа в школе для детей с синдромом дауна	375
<i>Саитова Т. В.</i> Кодекс профессиональной этики акушерки Российской Федерации	377
<i>Хамедуллина Н. Г.</i> Ранняя активизация после операции кесарева сечения	381
<i>Тарасевич Е. С., Хованская О. В.</i> Проблемы сохранения тепловой защиты при выхаживании недоношенных детей в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных	384
<i>Седельникова А. И.</i> Влияние перинатального поражения нервной системы на речевое развитие детей	387
<i>Рычкова А. С.</i> Психоэмоциональная атмосфера в родильном зале, как основополагающий принцип современного родовспоможения	390
<i>Домбровская Т. М.</i> Роль медицинской сестры в реализации командного подхода при проведении терапевтической гипотермии новорожденным детям	391
<i>Бондаренко А. Е.</i> Ведение новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела, сестринский уход. Опыт работы отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (недоношенных) детей	394
<i>Салахутдинова В. А.</i> Роль секции «Сестринское дело в педиатрии» в совершенствовании медицинской помощи детям	401
СИМПОЗИУМ «ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»	403
<i>Калинина И. Г.</i> Роль медицинской сестры в московском стандарте поликлиники ...	404
<i>Яковчук С. А.</i> Организация сестринской помощи пациентам со стомами: опыт, проблемы, перспективы	409
<i>Халлиева М. В.</i> Электронный документооборот, как способ улучшения качества и доступности медицинской помощи, на примере диагностических кабинетов ГБУЗ «Лодейнопольская МБ»	410
<i>Собко И. В.</i> Проект «бережливая поликлиника». Первые шаги его внедрения в Брянской городской поликлинике № 4	415
<i>Санникова И. Н.</i> Взаимодействие научно-методического консультативного центра и практического здравоохранения как условие постоянного совершенствования оказания качественной сестринской помощи	425
<i>Сидорова Т. Н.</i> Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации	427
<i>Романова А. А.</i> Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями	432
<i>Третьякова О. А.</i> Опыт работы с пожилыми людьми в сельском здравоохранении на примере отделения сестринского ухода. Качество и доступность медицинской помощи пожилым	434

<i>Дрокина Ю. М.</i> Реализация проекта «Воронеж – моя поликлиника»	437
<i>Третьякова Л. А.</i> Первичная медико-санитарная помощь. Повышение качества оказания медицинской помощи	440
<i>Щербинина О. Е.</i> Роль среднего медицинского персонала в повышении доступности и качества медицинской помощи	446
СИМПОЗИУМ «ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ СЕСТРИНСКАЯ ПРАКТИКА»	449
<i>Бучко О. А.</i> Доказательная сестринская практика – гарантия совершенствования медицинской помощи	450
<i>Джин Уайт.</i> Буллинг в сестринской профессиональной среде: результаты исследования в России	454
<i>Клаудия Б. Майер.</i> Медицинские сестры с расширенной ролью: результаты международного исследования по осуществленным реформам и уроки для будущих перемен	456
<i>Ибрагимова Н.А.</i> Система индикации прокола как средство профилактики гемоконтактных инфекций у медицинского персонала	457
<i>Вирки Т. В.</i> Пациент-ориентированный уход в условиях оказания ургентной помощи	461
СИМПОЗИУМ «ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА»	465
<i>Хмель Ю. С., Степанова М. А.</i> К аналитической надежности через внедрение инновационных технологий в лабораторной службе Республики Саха (Якутия) ...	466
<i>Немирова О. М.</i> Стандартные операционные процедуры в лабораторной диагностике	470
<i>Доронина Т. Н.</i> Актуальные факторы лабораторной диагностики, влияющие на результат исследования. Аналитические этапы	471
<i>Маковецкая Е. Ю.</i> Лабораторная диагностика в службе крови	475
<i>Фильчаков А.М., Любавина А.Е.</i> Инновационные технологии в гистологической практике. Роль специализированной секции ОРОО ОПСА «Гистология» в развитии инновационных подходов	477
<i>Малофеева М. С.</i> Инновационные технологии в производственной трансфузиологии. Вирусинактивация компонентов крови	481
<i>Цыганова Л. В.</i> Организация работы среднего медицинского персонала в клинко-диагностической лаборатории многопрофильного учреждения здравоохранения	483
ТЕЗИСЫ ПОСТЕРНОЙ СЕССИИ	487
<i>Ващенко Т. А.</i> Факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки средних медицинских работников и фармацевтов института повышения квалификации специалистов здравоохранения Хабаровского края. Обмен опытом	488

<i>Воронкова Т.А.</i> Комплексный подход к профилактике эмоциональных нарушений у лиц трудоспособного возраста	490
<i>Зрюнина Л. В., Фильчаков А. М.</i> Выбор расходного материала для проведения экспресс-биопсии	495
<i>Иванченко Т. А., Бурунова Ю. Ю.</i> Особенности сестринского ухода за пациентами после чрезкожного дренирования почки	498
<i>Якушева О.С., Иващенко И. В.</i> Школа здоровья «реабилитация пациенток после мастэктомии»	500
<i>Ильиных Е.В., Киселева Г.А., Перетяцько М.Э.</i> Выбор венозного доступа, ориентированного на пациента	503
<i>Ионова Т. В.</i> Социально-ориентированное направление деятельности медицинской сестры детского туберкулезного санатория	506
<i>Кабалина Т. В.</i> Роль медицинской сестры в медико-санитарном просвещении пациентов при туберкулезе органов дыхания на санаторном этапе лечения	508
<i>Нопина О.Е., Золотарева С.А.</i> Эффективность применения мультимодальной комбинированной анестезии с использованием BIS мониторинга	512
<i>Кропачева О. С., Астраханцева Н. Н.</i> Системный подход к профилактике миопий у детей младшего школьного возраста в деятельности медицинской сестры академической	515
<i>Ермакова Е. Ю., Кропачева О. С.</i> Влияние приверженности к йодной профилактике заболеваний щитовидной железы на успеваемость студентов КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж»	517
<i>Крючкова Н.Ю., Вершинина И. П.</i> Оценка навыка проведения сердечно-легочной реанимации в межаттестационный период у специалистов с медицинским образованием	520
<i>Лялина Н.Л.</i> Повышение эффективности обучающей технологии «обеспечение противотуберкулезной инфекционной безопасности младшим медицинским персоналом»	522
<i>Магурина Н. А.</i> Применение современных технологий распределения потоков пациентов на этапе приемного отделения больницы скорой помощи	526
<i>Мелешко А. С.</i> Реализация пациент-ориентированных технологий ухода за пациентом в ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи»	529
<i>Мехова Т. А., Шелема А. В.</i> Школа поощрения грудного вскармливания и ее влияние на формирование здоровья новорожденного ребенка	533
<i>Монахова М.И., Вергай Л.В.</i> Каскадный метод обучения и его влияние на качество оказания медицинской помощи	536
<i>Мысикова Г. П.</i> Эффективность применения комплексного подхода системы медицинского клининга	539

<i>Шамина Л. С.</i> Доступность и оптимизация медицинской помощи через регистратуру поликлиники	541
<i>Останчук О. Ю.</i> Развитие стационарзамещающих технологий и повышение эффективности лечения больных туберкулезом в дневном стационаре	543
<i>Разумова Н.В.</i> Повышение эффективности работы регистратуры	544
<i>Совков С.Л.</i> Связь дисплазии тазобедренных суставов с перинатальным поражением цнс. Тактика детского массажиста	546
<i>Тарасова Е. В.</i> Роль среднего и младшего медицинского персонала в соблюдении инфекционного контроля стационарных отделений противотуберкулёзного диспансера	550
<i>Цибулина С. Б., Тарасова Е. В.</i> Проведение исследования по стигме и настороженности к туберкулезу среди пациентов общей лечебной сети	552
<i>Кобкова Л.В., Генералова О.А.</i> Оптимизация деятельности медицинской сестры приёмного отделения при внедрении медицинских информационных систем	553
<i>Беккер Н. Я., Шадрин Е. В., Юминова О. В.</i> Опыт внедрения эффективной профилактической работы с пациентами и гигиенического просвещения населения на базе БУЗ УР «РКИБ МЗ УР города Ижевска»	557
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ	562

СИМПОЗИУМ
«ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННАЯ
МОДЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ – ОПТИМАЛЬНО, ЭФФЕКТИВНО, БЕЗОПАСНО

В. В. Рябова – главная медицинская сестра

*ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии
и эндопротезирования» Министерства здравоохранения
Российской Федерации*

ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Смоленск) – специализированное учреждение для оказания высокотехнологичной медицинской помощи травматолого-ортопедического профиля, оснащенное современным медицинским оборудованием по мировым стандартам, имеющее большой кадровый потенциал.

Стационар рассчитан на одновременное пребывание 150 взрослых и 15 детей с возможностью совместного пребывания матери и ребенка. Центр полностью компьютеризирован, все подразделения связаны единой локальной сетью, что позволяет сотрудникам значительно сократить время при заполнении медицинской документации, своевременно получить необходимую информацию. Система эксплуатируется в полном объеме: регистрация пациентов; заполнение электронной истории болезни; заполнение наркозных карт; выписка медикаментов и изделий медицинского назначения с аптечного склада; заполнение порционных требований и т.д.

Пациенты пребывают в одно местных и двухместных палатах. Забота, внимание, участие, адекватный сестринский уход способствуют формированию у пациента чувства защищенности и безопасности. Приглушенный свет, снижение постороннего шума, возможность, при необходимости, общения с родственниками, посредством телефонной связи, все это благотворно влияет на психическое состояние пациента.

Лозунг центра: «Мы дарим людям радость движения».

Пациент – это личность с определенными характерологическими и психологическими особенностями, требующий индивидуального подхода. Медицинская сестра приемного отделения использует в своей работе коммуникативные и организаторские способности, выбирая тактику поведения с каждым пациентом. Медсестра проводит тщательный сбор анамнеза в пределах своей компетентности, контроль клинического обследования, работая с каждым индивидуально. С целью профилактики падений в стационаре, медицинские сестры приемного отделения проводят вводный инструктаж пациентам: объясняют пациенту, что прежде чем встать с кровати, пригласите медицинскую сестру палатную (постовую), воспользовавшись кнопкой вызова; личные вещи и предметы первой необходимости (трость, ходунки,

кости, очки и др.) необходимо разместить на прикроватной тумбочке на расстоянии вытянутой руки; если Вас беспокоят неудобства кровати, сообщить медицинской сестре палатной (постовой); объясняет пациенту с какой целью будут подняты защитные поручни на кровати.

Медицинские сестры палатных отделений проводят повторный инструктаж и пациентов с рисками падений помещают в палату, которая находится рядом с постом медицинской сестры, обучают пациента пользованию кнопкой вызова, правилам перемещения в постели. Еще раз объясняют пациенту, что прежде чем встать с кровати, необходимо при помощи кнопки вызвать ее пригласить. Помогает пациенту разместить его личные вещи и предметы ухода на прикроватной тумбочке на расстоянии вытянутой руки.

Все результаты проведенных инструктажей ответственными лицами фиксируются в журнале учета с обязательной подписью инструктируемого и инструктирующего. Каждый случай падения регистрируется, проводится анализ, выясняются причины падения.

Большое значение имеет также беседа с пациентом, постоянный контакт, подробное разъяснение вопросов по его состоянию и проводимому лечению. Независимо от предложенной больному памятки о течении послеоперационного периода, медицинской сестре нужно продублировать ее подробными рекомендациями лично. Зачастую пациенты не читают рекомендации, и вынужденное положение в раннем послеоперационном периоде вызывает дополнительную тревогу и стресс. Всегда нужно помнить, что больные остро воспринимают любые выражения и отдельные слова относительно их болезни и состояния.

Медицинская сестра палатная в травматолого-ортопедическом отделении круглосуточно находится рядом с пациентами. Она не только внимательно следит за их состоянием, но и активно интересуется их самочувствием, их нуждами и всегда готова своевременно обеспечить необходимую помощь. С пациентом сразу создаются доверительные отношения, вселяется уверенность пациента, что он находится в надежных руках и медперсонал делает все возможное для его комфорта и выздоровления.

Благодаря осведомленности о предстоящем лечении, связанном с ним дискомфорте и способах избегания болевых ощущений пациенты в дальнейшем реже жалуются на боли, меньше нуждаются в обезболивающих препаратах и быстрее выписываются из больницы. Пациенты получают максимум информации о болевом синдроме и лечении: это удовлетворяет их любопытство, помогает дать объективную оценку характеру и тяжести боли, и в ясной форме сообщить о них медицинской сестре, а она доложит врачу. Кроме того, всем больным до операции даются соответствующие инструкции, в которых

подчеркивается важность кашля, глубокого дыхания, поворотов в постели и ходьбы, а также описаны методы снижения связанных с этими действиями болевых ощущений. Одной из проблем раннего послеоперационного периода может быть боль. Адекватная терапия послеоперационной боли в настоящее время рассматривается в качестве неотъемлемой части хирургического лечения. Купирование послеоперационной боли не только облегчает страдания пациента, но и снижает частоту послеоперационных осложнений. Оценка боли является важным элементом эффективного послеоперационного обезболивания. Для определения интенсивности боли в отделениях центра используется визуально – аналоговая шкала (ВАШ). Интенсивность боли, эффективность обезболивания, а также наличие побочных эффектов регистрируется в «Карте интенсивного наблюдения и лечения». Это необходимо для соблюдения преемственности лечения боли, а так же контроля его качества. Операционные медицинские сестры работают в 5 операционных залах. Наши специалисты прошли обучение на центральных базах ведущих институтов травматологии и понимают значение собственной роли в лечебно-диагностическом процессе, направленном на благо пациента. С целью профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), в операционном блоке используется только одноразовое белье и хирургические комплекты для каждого вида оперативного лечения. Персонал обеспечен комплектами сменной одежды, сменная обувь индивидуальная, подлежит ежедневной дезинфекции, а 1 раз в неделю стирка в машинах. Руководствуясь СанПином 2.1.3.2630-10 и методическими указаниями 3.5.736-99 «Технология обработки белья в медицинских организациях», в целях соблюдения технологических операций, связанных с оборотом текстильных изделий, бельевой режим соблюдается на основании созданной инструкции в которой прописаны действия персонала по сбору, транспортировке, стирки и хранению чистого белья в структурных подразделениях центра. Определены ответственные лица. Смена постельного и нательного белья осуществляется накануне операции, в дальнейшем 1 раз в 7 дней или по мере загрязнения. Специальная одежда сотрудников, согласно п. 15.16. и 15.17. меняется ежедневно. Лечебное питание осуществляется централизованно, по системе таблет-питания. Это современная, индивидуально-порционная система питания пациентов, при которой на раздаточной линии пищеблока комплектуется индивидуальный термоподнос с набором порционных блюд. Приготовление лечебного питания происходит в пароконвектомате, позволяющем сохранить все питательные и лечебные свойства пищевых продуктов. В центре разработаны единые подходы в выполнении сестринских манипуляций. Утверждены алгоритмы выполнения сестринских манипуляций, ведется работа по созданию

стандартных операционных процедур (СОП) в рамках внутреннего контроля качества, разработаны алгоритмы действия медицинских сестер при неотложных состояниях. Внедрены и используются мобильные процедурные, термометрия проводится с помощью индикаторных градусников, ранняя реабилитация проводится инструкторами ЛФК с помощью программно-аппаратных комплексов, применяется штрих кодирование биологического материала, что исключает возможность ошибок. Все медицинские сестры работают в единой информационной системе, что позволяет оперативно использовать всю необходимую информацию о пациенте. Активно работают медицинские сестры с врачами травматологами-ортопедами на этапе катамнеза. После выписки из стационара, создается реестр пациентов, которым необходим контроль за дальнейшим состоянием и назначается дата послеоперационного контроля с приглашением в консультативную поликлинику.

В заключении хотелось бы напомнить о том, что врач лечит, а сестра выхаживает. Через сестринские руки идет процесс лечения. И наши врачи заинтересованы в успешном и правильном уходе за пациентами, и сестра является полноправным участником медицинской бригады. Поэтому выбранная система командного подхода, создание профессионально-логичной цепочки «врач-сестра-пациент», регулирование всех ее звеньев с учетом обратной связи с пациентом, позволяет повысить уровень и качество оказания медицинской помощи в нашей медицинской организации.

УХОД: СОВРЕМЕННЫЙ, СВОЕВРЕМЕННЫЙ, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ

Т. В. Вирки – главная медицинская сестра

*ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»,
Президент КРООМР «Союз профессионалов»*

Пациент-ориентированность, как формула осуществления ухода за пациентами, понятие многогранное. Сегодня мы начинаем обращать свое внимание на потребителя медицинского ухода, как на главное звено в цепочке предоставления услуг. Именно этот фактор и играет ключевую роль в формировании нового представления о сестринском уходе как у медицинских работников, так и у пациентов и их родственников или иных законных представителей. Отсутствие российской модели сестринского ухода, зависимость действий медицинской сестры от врача, некорректное применение существующего мирового опыта в области сестринского ухода, его дезадаптация к национальной системе здравоохранения существенно усугубляет ситуацию.

Актуальность темы исследования заключается в установлении параметров сестринского пациент-ориентированного ухода с точки зрения его основных составляющих.

Гипотеза: уход может считаться пациент-ориентированным в случае соблюдения основных принципов:

- соответствие современным требованиям;
- своевременность оказания ухода как услуги;
- уход за пациентом должен быть специализированным.

Возможность применения новейших технологий медицинской помощи, развитие научно-технического прогресса, медицинской науки позволяет сегодня оказывать помощь в самых тяжелых ситуациях. И в этом случае отсутствие современного сестринского ухода может свести на нет усилия самых профессиональных врачей или помешать достичь наилучших результатов в каждом конкретном случае.

Термин «современный» значит «Стоящий на уровне своего века, отвечающий требованиям своего времени». Трудно представить себе что-нибудь более патриархальное, чем уход за пациентом. И все-таки не традиции, хотя и они тоже, а новые требования должны определять систему ценностей современного ухода. Параметры качества оказания медицинских услуг закреплены в действующей законодательной базе, определяются они, в том числе, и ожиданиями потребителей. С другой стороны, на чем, кроме ожиданий, должна базироваться система современного ухода? Все просто: профессиональные стандарты, определяющие требования к исполнителям услуги, алгоритмы выполнения манипуляций, прозрачная и понятная всем система оценки качества.

На сегодняшний день требования для исполнителей сформулированы крайне нечетко. Что мы имеем в качестве документов, определяющих современность ухода? Технологии простых медицинских услуг, стандарт ведения больных «Пролежни» образца 2003 года, методические рекомендации по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа и другие. Новый документ ГОСТ Р 56819-2015 «Национальный стандарт Российской Федерации. Надлежащая медицинская практика. Информационная модель. Профилактика пролежней» (утвержден и введен в действие приказом Росстандарта от 30.11.2015 № 2089-ст), который будет введен в действие с 1 ноября 2017 года. Настоящий стандарт предназначен для применения медицинскими организациями и учреждениями федеральных, региональных и муниципальных органов управления здравоохранением, другими медицинскими организациями различных организационно-правовых форм, врачами и медицинскими сестрами, социальными работниками, ухаживающими за

большим родственниками. Документ по-настоящему меняющий структуру оказания медицинских услуг по уходу.

Даже самые современные нормативные документы не исправят ситуацию с осуществлением ухода за пациентами без специалистов, его обеспечивающих. Модель мультидисциплинарной бригады – тот инструмент, который, несомненно, является самым современным и эффективным, но в то же время труднодостижимым в условиях жесточайшего кадрового дефицита, как по количеству, так и по качеству специалистов по уходу.

Еще хуже, на мой взгляд, обстоят дела с техническим оснащением, наличием оборудования для осуществления современного ухода, полноценным снабжением процедуры ухода расходными материалами, средствами малой механизации, наконец, временем для осуществления ухода.

Проведенное в ГБУЗ Больница скорой медицинской помощи анкетирование показало, что среди 165 респондентов соответствие ухода принципу современности подтвердили менее 43 %. Респонденты считают, что создание службы ухода в стационаре существенно облегчает осуществление последнего, однако, подчеркивают, что среди пациентов значительно возросли требования к уходу. В то же время, 61 % опрошенных медицинских сестер отмечают положительные изменения в оснащении отдела по уходу современным оборудованием, позволяющим улучшить качество ухода за пациентом. Не считают себя членом мультидисциплинарной бригады 37 %. Еще меньше, всего 29 %, считают необходимым ведение документации по уходу. Основным доводом против является существенный дефицит кадров и обилие уже имеющейся документации. 86 % были ознакомлены с новыми нормативными документами, такое же количество выполняет методические рекомендации по катетеризации периферических вен и стандарты простых медицинских услуг, потому что они обязательны для применения внутренним приказом по учреждению.

Своевременность определяется как способность произойти или совершить что-либо в нужный момент времени. Несвоевременность ухода приводит к тяжелейшим осложнениям, возникновению конфликтов между персоналом и пациентом или его родственниками, существенно снижает качество жизни пациента и результат оказанной медицинской услуги. По-настоящему пациент-ориентированный уход должен быть предупредительным. Это требует от персонала, занимающегося уходом, проводить оценку рисков для пациента, предупреждать развитие неблагоприятных последствий, осуществлять преемственность ухода.

В ГБУЗ БСМП программа ухода за пациентом начинает применяться на этапе приемного отделения. В этот период пациентам с выраженным дефицитом самоухода проводится первичная экспертиза качества ухода,

определяющая существующие проблемы пациента, включающая в себя в том числе оценку риска падений, аллергологический анамнез, снижение интеллектуально-мнестического статуса. Проводятся школы для родственников пациентов, нуждающихся в уходе. Все эти мероприятия позволяют сделать уход своевременным.

Специализированность ухода определяется требованиями времени. Развитие высоких технологий в здравоохранении позволяет сохранить жизнь пациенту в самых тяжелых ситуациях: длительная искусственная вентиляция легких, трансплантация органов, новые технологии в лечении болезней и состояний, которые раньше заканчивались фатально. Уход за такими пациентами требует длительного времени и применения технологий, ориентированных на конкретные условия. Выхаживание детей с экстремально низкой массой тела, пациентов после тяжелых реконструктивных операций, оказание паллиативной помощи не может базироваться сегодня только на принципах базового ухода. Комплекс специализированного ухода должен включать в себя высокие технологии для специалистов всех уровней, быть предельно алгоритмизирован, безопасен для всех участников процесса ухода.

Таким образом, для того, чтобы уход был по-настоящему пациент-ориентированным, необходимо обеспечить его соответствие современным требованиям, добиться своевременности оказания ухода как услуги, специализировать уход за пациентом на уровне высоких технологий.

ПРИНЦИПЫ СТРАТЕГИИ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТИ

Ю. С. Игнатович – процедурная медицинская сестра

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина города Москвы

В условиях современной медицины основой успешного лечения и профессионально оказанной медицинской помощи является удовлетворенность пациента предоставляемыми услугами. Программа «Пациентоориентированность» – это технология выстраивания эффективных коммуникаций с пациентом. Пациенты ожидают более внимательного отношения к себе со стороны медицинских работников всех уровней.

Пациентоориентированность – это система вовлечения медицинских работников в разработку стандартов одновременно с непрерывным повышением коммуникационных навыков. Структурное обновление и организационное развитие определяет новую эффективную модель здравоохранения. Основными целями и задачами пациентоориентированности медицинских

организаций г. Москвы, являются такие факторы как: дружелюбная среда, отсутствие конфликтов с пациентами и эффективное их разрешение, понимание запросов пациента и умение с ними работать, уважительное отношение к пациенту, внимание к его эмоциональному состоянию, конструктивная коммуникация с пациентом.

В ГКБ им. С.П. Боткина города Москвы был проведен опрос, среди медицинских сестер приемного отделения, который показал, что персонал испытывает: стресс, тревожность, напряженность на работе, отсутствие мотивации и интереса к жизни, подавление собственных негативных эмоций, в неблагоприятных ситуациях коллеги обвиняли руководство и пациентов, градус проявления негативных эмоций был очень высок. Благодаря новому виду занятий с медперсоналом в формате тренинга. Появилась уникальная возможность эмоциональной поддержки медперсонала.

Наши встречи помогают им в работе, они чувствуют поддержку и как следствие свою значимость в системе здравоохранения.

Тренинги проходят в позитивной и неформальной обстановке, в формате живого общения и короткими практическими упражнениями. Для более доступного восприятия, подача информации сопровождается демонстрацией обучающих видеороликов, и раздачей информационных материалов. Музыкальные разминки позволяют коллегам снять напряжение. Хочу отметить следующее: доверительная атмосфера тренинга дает возможность персоналу раскрыться, коллеги высказываются. Обсуждение определенных целей и задач, помогает планировать совместную деятельность, с коллегами руководителями отделений. МС вовлекаются, вдохновляются, мотивируются. С каждым новым тренингом, я чувствую желание и готовность медицинских сестер меняться. Коллеги отметили, тот факт, что, позитивный настрой, приветствие пациента, проявление лояльности- волшебным образом действует на пациента.

Посещение тренингов дает положительные результаты и является развитием навыков эффективной коммуникации во взаимодействии с руководителями, сотрудниками и пациентами. Повышение мотивации, вовлеченности среднего медицинского персонала и снижение его эмоционального выгорания на рабочем месте. Результатом проведенных тренингов явилось получение огромного объема полезной и нужной информации для сотрудников. И применение полученных знаний на практике. Все эти факты свидетельствуют о том, что такое направление как «Пациентоориентированность» становится одним из приоритетных в современном здравоохранении. И характеризует совместную способность коллектива отдельной медицинской организации действовать с учетом интересов пациента даже в тех ситуациях, которые не

предусмотрены инструкцией. В рамках обучающего курса «Сестринские навыки» в МСЦ больницы им.С. П. Боткина я провожу тренинги для коллег из других стационаров города Москвы.

Для достижения более успешных результатов необходимо: развивать программу и ставить новые задачи, усиливать и подкреплять новые модели поведения, поддерживать МС в применении полученных знаний и умений на практике. Индивидуальное взаимодействие с прошедшими обучение персоналом, с разбором реальных ситуаций и возможностей корректировки коммуникаций.

АКТУАЛЬНОСТЬ РАБОТЫ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Е.Л. Очнева – старшая медицинская сестра

ГБУЗ АО «ДГП № 1» – г. Астрахань

Сегодня в условиях стремительно развивающегося мира с его новыми технологиями, здоровье человека находится на грани истощения. Резервы организма на низком уровне, в том числе по причине подверженности населения факторам риска развития неинфекционных заболеваний. К важнейшим из них, в частности, относятся: табакокурение, нездоровое питание, злоупотребление алкоголя, гиподинамия.

Поскольку всем известно, что «болезни лучше предотвращать, чем лечить», то Центры здоровья, как одно из звеньев профилактической медицины, на сегодняшний день очень актуальны. Открытие в России центров здоровья – сравнительно молодой проект. Первые центры появились в 2010 году. Создание центров здоровья – это абсолютная инновация не только в нашей стране, но и в мире. Инициатива направлена на реализацию программ по внедрению здорового образа жизни, ведь профилактика заболеваний менее затратна, чем их лечение. И если в поликлиники и больницы обращаются люди, у которых уже есть проблемы со здоровьем, то в центры здоровья – преимущественно те, кто не хочет иметь таких проблем в будущем. Но даже если заболевание уже есть, центры здоровья дают человеку возможность взглянуть на свою болезнь с другой стороны, скорректировать свой образ жизни, избавиться от вредных привычек.

Всемирная организация здравоохранения отметила инновацию России в создании центров здоровья. Сегодня существуют центры здоровья не только

для взрослых, но и для детей. Система обследований позволяет получить срез базовых характеристик здоровья ребёнка и предложить программу снижения риска возникновения заболеваний. Многие уже оценили работу центров здоровья на собственном опыте. Так, по сравнению с 2010 годом увеличилось количество повторных обращений. Ведь однократной консультации порой бывает недостаточно.

Чтобы сохранить и укрепить здоровье требуются профилактические меры. Значительный вклад в сохранение и укрепление здоровья детского населения Астраханской области вносят медицинские работники нашего Центра здоровья.

Центр здоровья для детского населения Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области «Детская городская поликлиника № 1» начал функционировать с февраля 2010 г. В центре здоровья проводят обследование детей в возрасте от 6 до 18 лет, путем комплексного аппаратно – лабораторного исследования. Наш Центр здоровья строит работу в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 г. № 597н «Об организации деятельности Центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».

Цели Центра здоровья

- Информирование детей и подростков о вредных и опасных для их здоровья факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний;
- Групповая и индивидуальная пропаганда здорового образа жизни;
- Профилактика возникновения и развития факторов риска различных заболеваний (табако и алкогользависимости, гиподинамия и др.);
- Формирование ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких.

Задачи Центра здоровья

- Проведение массовых скрининговых обследований детского населения с целью выявления факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний.
- Выявление, в том числе и на ранних стадиях, этих заболеваний.
- Формирование групп риска, направление пациентов при необходимости на проведение дополнительной диспансеризации или для более углубленного обследования к узким специалистам.
- Проведение профилактических мероприятий по влиянию на управляемые факторы риска, включая употребление алкоголя и табака.
- Проведение информационных общественных мероприятий по пропаганде здорового образа жизни.

Функции Центра здоровья

- Информирование населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах;
- Пропаганда здорового образа жизни и формирование у детей и подростков ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких;
- Обучение детей и подростков гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, т.е. потребления алкоголя и табака;
- Динамическое наблюдение за группами риска развития неинфекционных заболеваний;
- Прогноз состояния здоровья, консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта.

Центр здоровья оказывают медицинские услуги следующим контингентам здоровых (считающих себя здоровыми)

- Самостоятельно обратившимся, детям 15-17 лет;
- Детям, у которых решение о посещении Центров здоровья принято родителями (или другим законным представителем) самостоятельно;
- Детям, направленным ЛПУ по месту прикрепления;
- Детям, направленным медицинскими работниками образовательных учреждений;
- Детям, направленным из стационаров после острого заболевания;
- Обратившимся для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача-педиатра центра здоровья.

СТРУКТУРА ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

1. Кабинет тестирования
2. Кабинет инструментально – лабораторного обследования
3. Кабинет коррекции факторов риска
4. Кабинет стоматологии профилактической
5. 2 кабинета для занятий ЛФК
6. Кабинет медицинской профилактики
7. Кабинет здорового ребёнка
8. Зал для проведения Школ здоровья (холл Центра здоровья)

Центр здоровья сотрудничает как с медицинскими, так и не медицинскими внешними структурами

Медицинские организации: Министерство здравоохранения Астраханской области, Областной центр медицинской профилактики, Астраханский

государственный медицинский университет, Астраханский базовый медицинский колледж

Не медицинские организации: Администрация района, Дошкольные образовательные учреждения, Школы, СУЗы, Роспотребнадзор, Агентство по делам молодежи Астраханской области, Средства массовой информации.

Оснащение Центра здоровья:

- Аппаратно-программный комплекс для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма с комплектом оборудования для измерения параметров физического развития (Здоровье Экспресс)
- Система скрининга сердца компьютеризированная (экспресс – оценка состояния сердца по ЭКГ сигналам от конечностей – Кардиовизор)
- Аппарат для комплексной детальной оценки функций дыхательной системы (спирометр компьютеризированный)
- Анализатор окиси углерода в выдыхаемом воздухе с определением % содержания карбоксигемоглобина (смокелайзер)
- Осмотр полости рта гигиенистом стоматологическим
- Аппарат для определения общего холестерина и глюкозы в крови (НТАК)
- Проведение индивидуальных занятий с детьми, посещающих зал ЛФК.
- Биоимпедансметрия для анализа внутренних сред организма (% соотношение мышечной, жировой тканей и воды).

Медицинские сестры центра здоровья – это те специалисты среднего звена, которые на деле занимается формированием здорового образа жизни населения, совместно с другими ведомствами помогают людям быть здоровыми.

Важным значением Центров здоровья является тот факт, что они усиливают первичную индивидуальную профилактику среди населения. В Центрах здоровья есть кабинет медицинской профилактики. Медицинские сестры, которые в нем работают, занимаются популяризацией профилактики, формированием здорового образа жизни.

В возникновении заболеваний большая роль принадлежит факторам риска образа жизни и среды обитания. Проблема выявления факторов риска возникновения заболеваний должна стать приоритетом в деятельности центров здоровья. Важно отметить, что большой вклад в выявление факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний вносит средний медицинский персонал.

По количеству обращений в 2016 г. на немного, но увеличилось посещение Центра здоровья. А по обращениям по возрастам практически во всех возрастных категориях отмечается положительная динамика роста посещений.

По выявленным факторам риска в 2016 году:

Первое место занимает стоматологическая заболеваемость, заболевания слизистой оболочки полости рта и пародонта, аномалии положения зубов и деформация прикуса; приобретенные зубные отложения.

Второе место занимают экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей.

Третье место занимает патология внутренних сред (процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани).

Исходя из результатов обследования, для каждого ребёнка даются рекомендации по ведению здорового образа жизни, составляется индивидуальная программа по коррекции факторов риска, после чего при необходимости ребёнок направляется на более углубленное обследование в лечебное учреждение по месту жительства для уточнения диагноза у узких специалистов (эндокринолога, кардиолога, невролога и др.)

Уже не первый год на базе поликлиники постоянно действуют школы здоровья, где задействованы специалисты нашего центра, а также врачи педиатры и узкие специалисты учреждения. Хочется отметить, что эти школы пользуются успехом у населения области.

Наш центр здоровья взаимодействует со всеми школами здоровья, действующими в учреждении, а именно: Школа будущих мам; Школа молодой матери; Школа молодого отца; Школа профилактики сахарного диабета; Школа профилактики бронхиальной астмы; **Школа профилактики заболеваний костно-мышечной системы**; Школа профилактики ожирения; **Школа «Бросаю курить самостоятельно»**.

Выделены школы здоровья, занятия в которых ведут педиатры центра здоровья

Цель таких школ – повышение мотивации у детей и подростков, выполнения ими рекомендаций, полученных у специалистов Центра здоровья, формирование партнёрских отношений с врачом в лечении, реабилитации и профилактике заболеваний. Так, например, результатом работы школы здоровья «Бросаю курить самостоятельно» из обученных в 2016 году – 318 человек, отказались от табакокурения – 42 человека, 17% детей из семей полностью не курящих родителей, а 57 человек уменьшили количество потребления. Отмечается положительная динамика посещений всех школ за весь период работы.

На практических занятиях в школе здоровья медицинская сестра отрабатывает с пациентами технику измерения артериального давления, индекса массы тела, инструктирует детей и их родителей по ведению дневника самоконтроля, используя плакаты, слайды, видеофильмы, в которых представлены в доступной форме основные положения и материалы по профилактике.

Медицинской сестрой также проводится анкетирование, организована раздача буклетов по профилактике заболеваний и здоровому образу жизни.

Хочется поделиться с вами хорошей практикой взаимодействия нашего центра с образовательными учреждениями Астраханского региона. Вот уже не первый год специалисты центра здоровья с начала учебного года проводят обследование детей и подростков, что называется «на местах», то есть в школах и СУЗах города и области. Эта наша инициатива нашла положительный отклик у родителей. В связи с предстоящей реформой в образовательной системе, эта часть нашей деятельности очень актуальна.

Помимо работы этой работы, сотрудники Центра здоровья выезжают в различные районы города и области, участвуя в мероприятиях по Здоровому образу жизни и профилактике развития факторов риска хронических неинфекционных заболеваний.

Современная наука разработала множество методов, позволяющих сохранить здоровье на долгие годы. От каждого человека требуется лишь активная жизненная позиция – знать, что именно способствует развитию хронических заболеваний, и исключить эти факторы из жизни!

Наш Центр здоровья желает Вам всем крепкого здоровья и счастья!

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ЦЕНТРА ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ

Л. Д. Крутень – старшая медицинская сестра организационно-методического отдела

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клинический медико-хирургический центр Министерства здравоохранения
Омской области»*

По решению Всемирной организации здравоохранения с 1997 года 20 октября объявлено Всемирным днём борьбы с остеопорозом. В России этот день отмечается с 2005 года.

Остеопороз – это системное заболевание скелета. Снижается масса костной ткани и нарушается структура кости. Этой болезнью страдают люди по всему миру. Остеопороз называют немой эпидемией, так как протекает без каких-либо симптомов.

Для российского здравоохранения остеопороз является серьёзной проблемой. По статистике, в группу повышенного риска переломов входит 24 % населения России – это 34 млн человек. При этом, около 14 млн. (10 % популяции)

уже страдают этим опасным заболеванием. У 20 млн человек снижена костная масса, т.е. имеется остеопения. Каждую минуту среди людей старше 50 лет происходит 7 переломов позвонков, а каждые 5 минут в России происходят перелом шейки бедра – это сто тысяч человек ежегодно.

Проблемой остеопороза широко занимаются за рубежом. Во многих развитых странах (США, Великобритания, Швейцария, Франция, Швеция) разработаны и успешно работают системы вторичной профилактики повторных остеопоротических переломов костей (FLS).

Функционирование таких систем основано на тесном сотрудничестве травматологической и терапевтической служб с привлечением врачей первичного звена под руководством координатора.

Международная остеопоротическая ассоциация (IOF) приняла и осуществляет программу «Capture the Fracture» («Не упусти перелом»), руководит которой постоянная рабочая группа.

В странах Евросоюза запущен проект «20/20», имеющий целью снизить количество переломов проксимального отдела бедренной кости на 20 % к 2020 г.

В России, с целью снижения частоты возникновения повторных переломов у пациентов, получивших низкоэнергетический (osteoporotic) перелом, Международным фондом остеопороза инициирована программа «Ловушка для перелома». В 2012 году Российской ассоциацией по остеопорозу в Ярославле начат проект «Прометей».

Принимая во внимание статистические данные Всемирной организации здравоохранения, и учитывая то, что пациенты, имеющие остеопороз, зачастую не знают о своём заболевании, не получают лечение, а также не корректируют основные поведенческие факторы риска возникновения переломов, было принято решение об организации Центра профилактики повторных переломов (далее – ЦППП) в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Клинический медико-хирургический центр Министерства здравоохранения Омской области» (далее – КМХЦ МЗОО).

На первых этапах организации ЦППП был разработан план реализации проекта, который включал следующие пункты:

1. Создание рабочей группы (в которой входили: главный врач В.Г. Бережной, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии, д.м.н., профессор Л.Б. Резник, заведующая консультативно-диагностической поликлиникой И.А. Аухадиева, главная медицинская сестра Н.А. Ибрагимова, врач-терапевт Т.Н. Кендысь, старшая медицинская сестра организационно-методического отдела Л.Д. Крутень).

2. Обучение врача-терапевта, врача-невролога основным методам идентификации остеопоротических переломов.

3. Подготовка алгоритма действий для врачей и медицинских сестёр по работе с пациентами, получившими остеопоротический перелом.

4. Использование FRAX-опросника, который разработан в Великобритании. Применяется индивидуально для каждого пациента.

5. Организация работы школы профилактики повторных переломов.

6. Создание регистра пациентов с вероятностью повторных переломов.

7. Издание методических материалов.

Целями клинического обследования пациента с остеопорозом на базе ЦППП КМХЦ МЗОО являются:

1. Определение причин остеопороза и факторов, влияющих на заболевание.

2. Оценка риска переломов. Проведение анкетирования FRAX.

3. Осмотр врачом-терапевтом или врачом-неврологом и назначение дополнительных лабораторных анализов на базе КМХЦ МЗОО на кальций, фосфор, щелочную фосфатазу, креатинин.

4. Подбор лечения.

5. Определение вероятности переломов в ближайшие 10 лет на основании проведённого FRAX анкетирования.

6. Ведение регистра пациентов.

На первом этапе проекта было так же:

1. Разработано положение о ЦППП, должностные инструкции сотрудников ЦППП.

2. Обучение травматологов-ортопедов стационара, врача-терапевта и врача-невролога, медицинских сестёр-координаторов.

3. В профильных отделениях еженедельно формируются списки пациентов с риском повторных переломов по утвержденной форме.

На втором этапе реализации проекта врач-терапевт и врач-невролог осматривают пациентов и назначают дополнительные лабораторные анализы на базе КМХЦ МЗОО, а медицинская сестра-координатор собирает данные о пациентах для проведения анкетирования FRAX по форме.

На третьем этапе проводятся занятия в Школе профилактики повторных переломов врачом-терапевтом или врачом-неврологом, медицинскими сестрами-координаторами и методистом лечебной физкультуры по вопросам клинических проявлений остеопороза, необходимости выполнения назначенного лечения (соблюдения схем приема медикаментов, возможности использования альтернативных средств); изменения образа жизни и питания; применения комплекса упражнений на укрепление мышц опорно-двигательного аппарата и профилактики падений.

Врач-терапевт или врач-невролог выдает рекомендации каждому пациенту о необходимом дообследовании и лечении, а медицинские сестры

координаторы выдают заключения FRAX-анкетирования, с определённой вероятностью переломов в ближайшие 10 лет.

Были разработаны методические рекомендации для пациентов, где размещена вся необходимая информация по профилактике остеопороза, а также имеются контакты врачей и медицинских сестёр. Методические рекомендации выдаются пациентам.

Одной из основных задач медицинских сестер-координаторов является ежеквартальное уточнение информации у пациентов о выполнении рекомендованного лечения, о проведенном дообследовании, изменении образа жизни, субъективной оценке состояния здоровья пациента. Осуществляется приглашение пациентов на повторную консультацию.

Результаты проведенной работы с 1 января 2017 года следующие. Всего пациентов, внесенных в регистр ЦППП – 254 человек. Из них большее количество составляют женщины 222 человека, мужчин 32 человека. Наиболее активный месяц по постановке на учет – апрель (65 человек). Спад пациентов наблюдается в июне, всего 37 человек. Наибольшее количество пациентов и мужчин, и женщин представлено в возрастной группе от 56 до 65 лет.

Количество пациентов, прошедших основной инструментальный метод диагностики остеопороза, измерение минеральной плотности костной ткани методом DXA (денситометрии) и имеющих заключение, всего 27 человек, что составляет 11 % от общего количества пациентов, взятых на учет. FRAX-анкетирование проведено практически всем охват составляет 99 %. Анкетирование не проведено двум пациенткам, так как алгоритм FRAX применяется у женщин в постменопаузе и у мужчин 50 лет и старше.

В тройку ведущих факторов, определяющих риск возникновения переломов, на основании FRAX-анкетирования у женщин входит предшествующий перелом, вторичный остеопороз и перелом бедра у родителей.

В тройку ведущих факторов, определяющих риск возникновения переломов, на основании FRAX-анкетирования у мужчин входит предшествующий перелом, перелом бедра у родителей и курение.

В таблицах калькулятора FRAX разные факторы риска имеют различный вес на риск возникновения переломов. Например, курение и злоупотребление алкоголем являются относительно менее весомыми факторами риска, в то время как предшествующий перелом или наличие в семейном анамнезе перелома бедра – сильные факторы риска.

Из общего количества пациентов, взятых на учет в ЦППП получают систематическое лечение только 11 человек, остальные лечение не получают.

Пациенты, владеющие информацией о существующих программах, центрах, школах профилактики повторных переломов, о заболевании «остеопороз»

роз», составляют 42 % (106 человек) от общего количества находящихся на учете.

В настоящее время мы принимаем участие в мировой программе профилактики повторных переломов путем внедрения нашей службы. Основная задача – это поделиться своими достижениями, познакомиться с лучшими мировыми практиками, получить золотой, серебряный или бронзовый уровень, стать частью международного движения по профилактике переломов. Процесс оценки заключается в подаче онлайн-заявки, пока служба проходит оценку, на карте уже появляется звезда зеленого цвета, после получения оценки службы на карте появляется звезда соответствующего уровня. Пока на территории Российской Федерации одна звезда – в Ярославле.

Из общего количества пациентов, взятых на учет в Центр профилактики повторных переломов, систематическое лечение остеопороза получают только 4 % пациентов (11 человек). Информированы о заболевании, об имеющихся ЦППП, школах меньше половины пациентов 42 % (106 человек), а полностью обследованных пациентов – 11 % (27 человек).

Считаем, что активное привлечение пациентов в ЦППП с целью не только диагностики и лечения остеопороза, а также активной профилактики ознаменует новый виток в развитии подходов к лечению повторных переломов на практике.

БЕЗОПАСНАЯ БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА (ДЛЯ ПЕРСОНАЛА, ПАЦИЕНТА, СТРАХОВАНИЕ РИСКОВ, ЭРГОНОМИКА)

**А. Т. Платонова – старшая медицинская сестра
отделения анестезиологии и реанимации № 2**

*ГБУЗ Ленинградский областной онкологический диспансер,
Ленинградская область Всеволожский район пгт. Кузьмолковский*

Одним из основных направлений государственной политики в Российской Федерации является охрана здоровья населения. Это один из важнейших факторов национальной безопасности, в котором особое значение имеет обеспечение качества медицинской помощи и создание безопасной больничной среды.

В настоящее время безопасная больничная среда является одной из актуальных и в то же время сложных проблем в профессиональной деятельности медицинских работников. Это среда, которая в наиболее полной мере обеспечивает пациенту и медицинскому работнику условия комфорта и безопасности, позволяющие эффективно удовлетворять все свои жизненно важные потребности.

Помогает в этом Эргономика – научная дисциплина, комплексно изучающая человека в конкретных условиях его деятельности, влияние разного рода факторов на его работу. Она способствует адаптации рабочего места и личных особенностей человека, помогает эффективно и безопасно выполнять служебные обязанности с минимальной затратой энергии и максимальной безопасностью для персонала. Одной из основных задач Эргономики является не только обеспечение безопасности условий труда медицинского персонала, но и общее повышение безопасности всей больничной среды – как для работников ЛПУ, так и для пациентов.

Главными мероприятиями по обеспечению безопасной больничной среды являются: соблюдение режима инфекционной безопасности, соблюдение личной гигиены пациента и персонала, соблюдение лечебно-охранительного режима (соблюдение режима эмоциональной безопасности, соблюдение правил внутреннего распорядка, соблюдение режима двигательной активности).

Режимом инфекционной безопасности можно назвать комплекс мер, направленный на профилактику внутрибольничной инфекции (соблюдение санитарно-эпидемиологических норм, асептики, антисептики, проведение дезинфекции, дезинсекции, дератизации, стерилизации).

К мерам соблюдения личной гигиены для обеспечения безопасной больничной среды нужно отнести: для пациента – уход за кожей и слизистыми, смена нательного и постельного белья, профилактика пролежней, обеспечение судном и мочеприемником; для персонала – использование специальной и защитной одежды, чистота тела.

Говоря о лечебно-охранительном режиме в первую очередь необходимо отметить комплекс профилактических и лечебных мероприятий, направленных на обеспечение максимального физического и психологического комфорта пациентов и медицинского персонала. Это и соблюдение режима эмоциональной безопасности, соблюдение правил внутреннего распорядка, и конечно соблюдение режима двигательной активности.

Эмоциональная безопасность может быть достигнута путем обеспечения в условиях стационара психологического комфорта.

Очень часто мы можем наблюдать возникновения стресса у медицинского работника. Это связано с высоким уровнем ответственности за жизнь и здоровье пациента; уход за тяжелобольными и умирающими пациентами; ситуации, связанные с проблемами в общении; риск профессиональных заболеваний; особый режим работы.

Способы адаптации к стрессу могут быть самыми разными: рациональная организация труда; любовь к профессии; умение сосредоточиться на

позитивном; эффективное общение; здоровый образ жизни; профилактика профессиональных заболеваний; соблюдение этики и т.д.

Соблюдение правил внутреннего распорядка обеспечивает: качественный уход; условия для эффективного удовлетворения потребностей пациента; возможность организации слаженной работы; рациональное использование рабочего времени; профилактику несчастных случаев.

К режиму двигательной активности можно отнести активную мышечную деятельность: для пациента – в соответствии с врачебным назначением; для медицинского персонала – в соответствии с правилами биомеханики.

Больничная среда имеет те или иные элементы, отрицательно влияющие на здоровье, как медицинского персонала, так и пациентов. Если на больного человека факторы риска действуют только определенное время, то медицинский персонал подвержен их влиянию длительно, годами. Организация работы любого стационара должна быть направлена на создание безопасной среды – как для своих пациентов, так и для медицинских работников.

Факторы риска, негативно влияющие на пациента в ЛПУ, можно разделить на две группы:

1. Психосоциальные
2. Угрожающие безопасности жизнедеятельности человека.

Среди мероприятий по обеспечению режима эмоциональной безопасности в ЛПУ можно выделить:

- Поддержание тишины, спокойной, доброжелательной обстановки в отделении;
- Общение с пациентом негромким голосом только с положительной интонацией;
- Создание удобного интерьера;
- Организация досуга пациентов;
- Устранение отрицательных эмоций;
- Обеспечение соответствующей обстановки и психологической поддержки при проведении каждой манипуляции;
- Рациональное заполнение палат;
- Обеспечение тишины во время дневного отдыха и ночного сна пациентов.

Факторы, угрожающие безопасности жизнедеятельности человека:

- Снижение защитных функций организма;
- Нарушение схемы тела;
- Нерешительность, противоречивость при принятии решения;
- Высокий риск осложнений лекарственной терапии;
- Высокий риск ВБИ;
- Высокий риск травм, повреждений;

- Высокий риск ожогов, переохлаждений;
- Высокий риск поражений электрическим током во время процедур;
- Понижение физической активности;
- Общая слабость;
- Недостаточная самогигиена.

Для предупреждения этих фактов необходимо придерживаться определенных правил:

1. Кровать пациента, санузел должны быть снабжены звонками для экстренного вызова.
2. На полу не должно быть высоких порогов, проводов и др. предметов.
3. Адекватное освещение лестниц и коридоров.
4. Сухой пол.
5. Адекватная обувь пациентов.
6. Коридоры и лестницы должны быть снабжены перилами.
7. Следить за техническим состоянием транспорта для перемещения и транспортировки пациентов.
8. Ослабленные и престарелые пациенты при пользовании ванной или туалета не должны закрыть дверь на задвижку.
9. Кровать тяжелобольного должна иметь боковые бортики.
10. Пациентам с недержанием мочи икала нельзя пользоваться электрогрелками.
11. Нельзя курить и включать электроприборы рядом с кислородными устройствами.
12. Своевременно осуществлять гигиенические мероприятия.

Надо отметить, что работа медицинского персонала в современных условиях связана с огромными физическими и психоэмоциональными нагрузками. Длительные нагрузки на позвоночник, которым подвергаются медицинские работники при перемещении пациентов, ведут к дистрофическим изменениям межпозвоночных дисков, позвонков, мышечно-связочного аппарата, что может вызвать раннее развитие заболеваний опорно-двигательного аппарата. При возникновении заболеваний сестринский персонал сам вынужден обращаться за медицинской помощью. Несвоевременное обращение к врачу, непонимание тяжести состояния, самолечение ведут к увеличению сроков пребывания на больничном листе, возникновению случаев ранней инвалидности, что приносит значительный экономический ущерб лечебно-профилактическому учреждению. Кроме того, страдает качество оказания медицинской помощи, особенно в отделениях, в которых перемещение пациентов является наиболее частой манипуляцией (неврологическое, хирургическое, травматологическое, интенсивной терапии, онкологическое, реанимационное).

Факторы риска для медсестры:

В деятельности медсестры можно выделить четыре группы профессиональных факторов, которые неблагоприятно действуют на состояние ее здоровья:

1. Физические;
2. Химические;
3. Биологические;
4. Психологические.

Физические факторы риска:

- Физическое взаимодействие с пациентом;
- Воздействие высоких и низких температур;
- Действие различных видов излучений;
- Нарушение правил эксплуатации электрооборудования.

Химические факторы риска:

В ЛПУ сестринский персонал подвергается воздействию разных групп токсических веществ, содержащихся в дезинфицирующих, моющих средствах, лекарственных препаратах. Наиболее частым проявлением токсических веществ является профессиональный дерматит. Токсические и лекарственные препараты могут воздействовать на органы дыхания, пищеварения, кроветворения, репродуктивную функцию. Соблюдение профилактических мер уменьшит вред от воздействия вредных веществ.

Биологические факторы риска:

Это опасность заражения медперсонала ВБИ. Предотвращение профессионального инфицирования достигается неукоснительным соблюдением противоэпидемического режима и дезинфекционных мероприятий в ЛПУ. Медицинские отходы относятся к особо опасным. Работа с ними регламентируется СанПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов ЛПУ».

Психологические факторы риска:

В работе медсестры важное значение имеет режим психологической безопасности. Психологические факторы риска в работе могут приводить к различным видам нарушения психоэмоционального состояния. Психоэмоциональное напряжение связано с постоянным нарушением суточного биоритма, связанного с работой в разные смены. Кроме этого присутствуют человеческие страдания, смерть, ответственность за жизнь и благополучие других людей. Напряжение приводит к физическому и эмоциональному перенапряжению.

Все это может привести к синдрому профессионального выгорания, возникающего на фоне хронического стресса, это длительный динамический процесс, который происходит в несколько стадий.

Выделяют три стадии развития синдрома профессионального выгорания:

На первой стадии – человек истощен эмоционально и физически и может жаловаться на головные боли и общее недомогание. На второй стадии может развиваться отрицательное и обезличенное отношение к людям, или раздражение которое вызывают пациенты. Чувство усталости и разбитости наблюдается даже после хорошего сна или выходных. Третья стадия – полное выгорание, проявляется полным отвращением ко всему на свете. Медсестра не способна выражать свои эмоции и не способна сосредоточиться.

Профилактика развития синдрома профессионального выгорания достигается использованием методов мышечной релаксации и приемов аутогенной тренировки. Обучение этим приемам проводят специалисты психологи в кабинете психологической разгрузки.

До настоящего времени труд медицинских работников мало механизирован, и этот факт обуславливает работу медицинского персонала с применением больших физических нагрузок. Медицинская эргономика, как комплексная наука, позволяет решить проблемы перегрузки и травматизма. Соответствующая подготовка и оснащенность позволяют представителям “нагрузочный” медицинских профессий находиться в правильных профессиональных позах, использовать эргономические позы отдыха и разгрузки позвоночника, работать в мультимедицинских бригадах при перемещении пациентов, применять подъемное оборудование в повседневной профессиональной деятельности, что позволяет сохранить физическое здоровье и обеспечить профессиональное долголетие.

Современное медицинское эргономическое оборудование позволяет для пациентов повысить комфортность и безопасность их пребывания в ЛПУ, а для медицинского персонала снизить риск травматизма, оптимизировать условия труда и обеспечить его безопасность, поднять производительность.

В заключение я хочу обратить внимание, что многие лечебные учреждения в настоящее время являются организациями с недостаточно сформированной культурой в плане организации безопасной больничной среды. Условием для формирования модели высокой культуры должно стать стремление соответствовать определенным критериям. Необходимо, чтобы организации внедряли план по снижению рисков, правил и процедур идентификации пациентов, алгоритмов безопасной и эффективной передачи информации внутри организации. А также, внедрению в работу организации строгой системы отчетности о безопасности и создание внутриорганизационной базы данных о нежелательных событиях культуры безопасности.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ С ФУНКЦИЕЙ ДИСТАНЦИОННОЙ ПЕРЕДАЧИ ДАННЫХ

К. В. Шипачев – доктор медицинских наук, профессор, главный врач

**Т. Г. Гришанова – заместитель главного врача
по организационно методической работе**

**Е. А. Коробейникова – заведующая отделением медицинской
профилактики и диспансеризации, центра здоровья
и передвижной врачебной амбулатории**

*ГБУЗ Ленинградской области
«Всеволожская клиническая межрайонная больница»*

Ключевые слова: диспансерное наблюдение, артериальная гипертония, дистанционный мониторинг артериального давления

Актуальность. Артериальная гипертония относится к числу самых распространенных неинфекционных заболеваний среди населения Российской Федерации. Распространенность этого заболевания находится в диапазоне 30-45 % общей популяции, с резким возрастанием по мере старения. Офисное артериальное давление находится в непрерывной связи с частотой ряда сердечно-сосудистых событий (инсульта, инфаркта миокарда, внезапной смерти), а также с терминальной стадией болезни почек. У лиц старше 50 лет систолическое артериальное давление оказывается лучшим предиктором клинических событий. В непрерывной связи с клиническими событиями находятся также значения артериального давления, измеренные вне офиса. В современных социально-экономических и организационно-технических условиях необходимо изменение приоритетов амбулаторной и госпитальной помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В процессе такой реорганизации необходимо укрепление амбулаторного звена оказания медицинской помощи, организация качественного диспансерного наблюдения, внедрение современных клиничко-диагностических методик и технологий и мониторинг клинических состояний больных, состоящих на диспансерном учете. С целью обеспечения непрерывного эффективного контроля за уровнем артериального давления не только на приеме у врача, но в домашних условиях, Комитетом по здравоохранению Ленинградской области, совместно с ФГБУ ГНИЦПМ Минздрава России и компанией, занимающейся разработкой и производством персональных устройств с функцией дистанционной передачи данных, было организовано исследование эффективности метода дистанционного

диспансерного наблюдения пациентов с гипертонической болезнью с использованием персональных устройств.

Цель. Оценка эффективности диспансерного наблюдения пациентов с гипертонической болезнью с использованием персональных устройств в предупреждении развития сердечно-сосудистых событий, связанных с декомпенсацией артериальной гипертонии.

Основной задачей исследования является оценка диспансерного наблюдения с использованием дистанционных технологий как метода, позволяющего проанализировать эффективность лечения артериальной гипертонии и обеспечить достижение и длительное поддержание целевого уровня артериального давления у пациентов, страдающих гипертонической болезнью.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ ЛО «Севоложская клиническая межрайонная больница». В исследование были включены 826 пациентов, у которых в ходе проведения диспансеризации взрослого населения, профилактических осмотров и других скрининговых мероприятий, была выявлена артериальная гипертензия.

Для решения поставленных задач была разработана специальная программа анализа. Методом выборочного наблюдения из первичной медицинской документации выкопировывались сведения о медико-социальных и клинко-диагностических особенностях развития заболевания у пациентов с верифицированным диагнозом артериальной гипертонии, включенных в исследование, за период с апреля 2015 года по май 2017 года. Проведен клинко-статистический анализ 826 амбулаторных карт.

В процессе исследования использовались методы медико-социального, клинко-статистического и клинического анализа.

Полученные результаты. В процессе медико-социального исследования установлено, что среди 826 пациентов, наблюдавшихся по методу дистанционного мониторинга, основную часть (60,5 %) составляли женщины, мужчины – 39,5 %. Возраст участников находился в диапазоне от 18 до 81 года. Пациенты в возрасте от 18 до 39 лет составили группу в составе 128 человек (15,5 %), в возрасте от 40 до 60 лет – 397 человека (48,1 %), в возрасте старше 60 лет – 301 человек (36,4 %).

Таким образом, 63,6 % пациентов – это люди трудоспособного возраста, из которых имели постоянное место работы – 96,6 % пациентов, не работали во время участия в проекте – 18 человек (3,4 %).

Результаты клинко-статистического анализа показывают, что впервые диагноз артериальной гипертонии был установлен у 214 лиц (25,9 %), знали о наличии у себя данного заболевания 612 человек (74,1 %). Диагноз гипертонической болезни 1 стадии зарегистрирован у 69 пациентов (8,3 %),

гипертонической болезни 2 стадии – у 650 пациентов (78,8%), гипертонической болезни 3 стадии – у 107 пациентов (12,9%).

По данным анамнеза и опроса в момент обследования пациента врачом в начале исследования постоянно принимали гипотензивные средства 439 пациента (53,1%), впервые назначена лекарственная терапия 387 пациентам (46,9%).

Клинико-статистический анализ свидетельствует о важной роли метода дистанционного наблюдения в оценке эффективности лекарственной терапии гипертонической болезни. По результатам анализа установлено, что в группе пациентов, которые на момент начала исследования постоянно получали гипотензивные препараты (439 чел.), лекарственная терапия была неудовлетворительной (т.е. не обеспечивала достижения и поддержания целевых уровней АД) у 299 лиц (68,1%), вследствие чего лечение подвергалось коррекции. У 140 человек (31,9%) артериальное давление в ходе исследования находилось на уровне целевых значений благодаря приему гипотензивных средств, которые были назначены до участия в исследовании.

Установлены взаимосвязи использования метода дистанционного диспансерного наблюдения и достижения и длительного поддержания целевых значений артериального давления у исследуемых. Артериальное давление достигло целевых значений у 722 человек (87,4%).

При оценке эффективности метода дистанционного диспансерного наблюдения не зафиксировано ни одного случая временной нетрудоспособности и госпитализации, связанных с декомпенсацией артериальной гипертензии.

Вывод. Результаты клинико-статистического анализа демонстрируют высокую эффективность метода дистанционного мониторинга артериального давления в отношении увеличения приверженности пациентов к постоянной гипотензивной терапии.

Доказана высокая клиническая и медико-социальная эффективность внедрения метода диспансерного наблюдения пациентов с артериальной гипертензией с использованием дистанционных технологий, так как количество пациентов, достигших целевых значений артериального давления в ходе исследования, а также поддерживавших его на этом уровне в течение 3 месяцев, составило более 87%.

Отсутствие случаев временной утраты трудоспособности, острых сердечно-сосудистых событий, а также летальных исходов позволяет судить о достижении главной цели диспансерного наблюдения пациентов с гипертонической болезнью, а также о возможности снижения затрат системы здравоохранения, связанных со стационарным лечением, временной утратой трудоспособности, оказанием скорой и неотложной помощи.

СТАНДАРТЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ «ВЕЖЛИВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

О. А. Ильинова – главная медицинская сестра

*Государственное автономное учреждение Республики Саха (Якутия)
«Якутская городская больница № 3»,
член экспертной комиссии по аттестации специалистов
со средним медицинским образованием МЗ РС (Я), член правления
Региональной общественной организации «Ассоциация СМР РС (Я)»*

Под качеством медицинской помощи (КМП) обычно понимается совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню медицинской науки, а доступность медицинской помощи – это реальная возможность получения населением необходимой медицинской помощи вне зависимости от социального статуса, уровня благосостояния и места проживания. Иными словами, качественная медицинская помощь – это своевременная медицинская помощь, оказанная квалифицированными медицинскими работниками и соответствующая требованиям нормативных правовых актов, стандартов оказания медицинской помощи (протоколов ведения больных), условиям договора или обычно предъявляемым требованиям.

К основным критериям КМП принято относить следующие ее характеристики:

- Доступность медицинской помощи
- Адекватность
- Преемственность и непрерывность медицинской помощи
- Эффективность и действенность
- Ориентированность на пациента
- Безопасность процесса лечения
- Своевременность медицинской помощи
- Отсутствие (минимизация) врачебных ошибок
- Научно-технический уровень

Год назад, 22 августа 2016 года, Главой Республики Егором Борисовым, был подписан указ «О мерах по улучшению медицинского обслуживания и совершенствованию качества медицинской помощи в Республике Саха (Якутия), в целях формирования вежливой, комфортной среды в медицинских организациях». Во исполнение Указа Главы РС (Я) был подготовлен и издан приказ Министерства здравоохранения РС (Я) от 5 октября 2016 г. «О внедрении

проекта «Вежливое здравоохранение» в подведомственных медицинских организациях».

Приказом были утверждены правила корпоративного поведения работника медицинской организации, основные принципы этики и деонтологии, стандарты профессионального обслуживания пациентов. Основа стандартов заключается в том, что работник медицинской организации в своем лице представляет учреждение и отношение учреждения к пациенту.

В правилах подробно прописаны обязанности работника при обслуживании пациента, описаны стандарты ведения разговора по телефону, правила приёма информации по телефону, как надо вести диалог с пациентом. В III разделе приказа описан стандарт очного приёма пациента и алгоритм очного приёма. Даны основы поведения медицинского работника при обслуживании пациента. Также в приказе описан стандарт внешнего вида сотрудника медицинской организации, общие принципы создания привлекательного внешнего вида. Сотрудники больницы имеют чёткое понимание, что должен делать сотрудник медицинской организации при общении с пациентами, как вести себя, что говорить, как говорить и как поступать при внештатных ситуациях.

Как работает программа на практике, ознакомился первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Николаевич Каграманян, посетивший «Якутскую городскую больницу № 3» в рамках своего рабочего визита 8 августа 2017 г. Дневная пропускная способность больницы составляет фактически 945 человек, при плановом 600 посещений в смену.

Рабочая группа стала свидетелем прямой пациентоориентированной работы больницы – в холле посетителей встречают администраторы, которые помогают советами и помогут получить электронный талон. Проблема электронной записи к врачу отсутствует полностью, комфортный зал для ожидания, телевизоры, мониторы с графиком приема врачей. На каждом этаже больницы расположены стойки «Службы поддержки и сопровождения пациентов». В детской консультации больницы организована игровая зона для детей, где дети могут поиграть, порисовать, посмотреть любимые мультфильмы, что снижает эмоциональную и психологическую напряженность предстоящих манипуляций. В коридоре женской консультации на цифровых мониторах демонстрируется социальный ролик о пользе грудного вскармливания для новорожденных и мам, инструкции и советы.

Работа клиничко-лабораторной диагностики организована в две смены, забор анализов на все виды исследований (иммунологические, серологические, биохимические, клинические) производятся до 13.00 часов дня.

Для удобства посетителей в «Якутской городской больнице № 3» реализуется программа «Клиника одного дня». Цель программы – ранняя дифференциальная

диагностика заболеваний внутренних органов, головного мозга, суставов и костей. Современный подход к организации медицинского обследования позволяет пройти осмотр с минимальными затратами времени и в максимально комфортной обстановке.

В соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи по нозологиям определены перечни состояний, требующих оказания неотложной медпомощи взрослому и детскому населению и случаев ее оказания. Так, лицам, обратившимся в поликлинику с признаками неотложного состояния, помощь оказывается по направлению медицинского регистратора безотлагательно. На дому неотложная помощь осуществляется в течение 2 часов с момента поступления вызова. При этом неотложная помощь может оказываться в качестве первичной доврачебной медико-санитарной помощи фельдшерами, а также в качестве первичной врачебной медико-санитарной помощи врачами специалистами (врачами участковыми терапевтами и врачами участковыми педиатрами).

Вызовы в регистратуру взрослой городской поликлиники поступают от населения по телефонам горячей линии и Call- центра от фельдшера по приему и передаче вызовов ОСМП.

В целях улучшения доступности и качества медицинского обслуживания проведен ряд мероприятий. Проводится анкетирование по единой формы, утвержденной приказом МЗ РФ № 240 от 14 мая 2015 года. Оценка проводится по 5 критериям:

1. Открытость и доступность информации о медицинской организации;
2. Комфортность условий предоставления и доступность получения медицинских услуг;
3. Время ожидания предоставления и доступность получения медицинских услуг;
4. Доброжелательность, вежливость, компетентность работников;
5. Удовлетворенность оказанными услугами.

Оценивают пациенты на бумажном носителе в медицинской организации, также заполняя интерактивную анкету на официальных сайтах МЗ РФ, МЗ РС (Я) и всех медицинских организаций, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Результаты проведенного анкетирования подтвердило результатами в сравнении 2015–2017 гг. Открытость и доступность информации возросли с 50 до 92 %. Комфортность условий, доступность выросли от 50,9 % до 88 %. Удовлетворение качеством повысилось от 50,5 % до 92 %.

В анкетировании больницы участвовало 2979 респондентов. По результатам анкетирования из общего числа респондентов женщин составляют 61 %, мужчин 39 %.

По возрастной категории: лица молодого возраста до 44 лет, составили 23 %, а лица трудоспособного возраста 45 %, пожилого возраста 32 %.

«Якутская городская больница № 3» предоставляет широкий спектр медицинских услуг высокого качества, здесь созданы все условия для того, чтобы способствовать улучшению здоровья пациентов, обращающихся за медицинской помощью. Сочетание высокотехнологического оборудования с профессионализмом и интеллектуальным потенциалом слаженного коллектива обеспечивают выполнение поставленных целей.

«....придется крепко поработать... для повышения имиджа медработника и престижа профессии врача. Надеюсь, проект «Вежливая медицина» в этом смысле даст хороший толчок, изменит взаимоотношения врачей и пациентов»

*(Из Послания Главы РС (Я) Е.А. Борисова
Государственному Собранию РС (Я) - Ил Тумэн от 24 ноября 2016 года)*

СИМПОЗИУМ
«ИННОВАЦИОННЫЕ ФОРМЫ
ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**А. А. Тополян – заведующий стационарным отделением
скорой медицинской помощи**

ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»

Медицинская сестра традиционно играет значительную роль в системе общественного здравоохранения. В структуре медицинских кадров лечебно-профилактических учреждений, средний медицинский персонал представляет собой одну из самых многочисленных групп медицинских работников. В большинстве случаев именно сестринский персонал является первым, последним и наиболее постоянным медицинским работником, находящимся в контакте с пациентом. [Берлова Л. А. Роль медицинской сестры-координатора в организации непрерывного лечебно-диагностического процесса // Главная медицинская сестра. 2006. № 6. С. 19–23].

Стационарное отделение скорой медицинской помощи организовано в рамках пилотного проекта Комитета по здравоохранению Ленинградской области на базе ГБУЗ ЛО «Всеволожской КМБ» 1.07.2016 года. В ходе реализации проекта произведены масштабные изменения в структуре бывшего приёмного отделения. Выполнены ремонтные работы, пересмотрена логистика движения пациентов в отделении, произведены значительные изменения кадрового состава среднего медицинского персонала, профессиональная переподготовка врачебного состава отделения. В штат отделения введены ставки фельдшера СтОСМП, постовой медицинской сестры, медицинского регистратора, расширен состав перевязочных и процедурных медицинских сестер. Значительно увеличен спектр лечебно-диагностических мероприятий, проводимых в условиях оказания экстренной и неотложной медицинской помощи. Введены МИС «Ариадна», ЛИС «Ариадна», внедрены АРМ. Прогрессивное развитие медицинских технологий предъявляет высокие требования к знаниям, навыкам среднего медицинского персонала, и важнейшей задачей в данных условиях является профессиональный рост среднего медицинского персонала.

Стационарное отделение скорой медицинской помощи функционирует в режиме 24\7, дежурная смена среднего медицинского персонала состоит из 3 –х медицинских сестёр, 1-го фельдшера СтОСМП, 2-х лаборантов рентгенологического подразделения, 1-лаборанта экстренной лаборатории, а также 2-медицинских регистраторов, 2 – санитаров транспортной бригады, 2- дежурных санитарок.

Средний медицинский персонал СтОСМП обучен выполнять широкий спектр манипуляций по типу «бригад широкого профиля» и владеет умениями перевязочной, операционной, процедурной, постовой медицинских сестёр, фельдшера, медицинского регистратора. Каждый сотрудник данной группы обучен функциям «триажной» сестры. В условиях информатизации здравоохранения обязательным для медицинской сестры является знание и умение работать с применением ИТ – технологий в разрезе своей профессии. При трудоустройстве в СтОСМП на каждого сотрудника составляется «Адаптационная программа», рассчитанная на определённый промежуток времени, по блокам. По окончании каждого блока сдаётся экзамен заведующему отделением. В условиях оказания экстренной и неотложной медицинской помощи большое значение имеет слаженность, оперативность действий сотрудников СтОСМП, особенно среднего медицинского персонала, поэтому значительное внимание уделяется обучению медицинских сестёр и фельдшеров непосредственно на рабочем месте. В структуре отделения имеются: перевязочная, процедурный кабинет, гипсовая, палата краткосрочного пребывания с возможностью проведения интенсивной терапии, шокковая операционная, кабинет для проведения триажа (ЭКГ, кардиомониторирование), УЗИ кабинет, МСКТ, рентген кабинет, в среднем за сутки за медицинской помощью обращается 145 человек.

На современном этапе развития общества профессия медицинской сестры рассматривается не только как одна из самых массовых, но и как одна из наиболее социально значимых профессий.

ДЕЛЕГИРОВАНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОБСЛУЖИВАНИИ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Н.А. Магурина – старшая медицинская сестра

ГБУЗ Республики Карелия

«Больница скорой медицинской помощи», г. Петрозаводск

Поиск наиболее экономичных путей обслуживания пациента на дому, улучшение качества и доступности амбулаторной медицинской помощи для маломобильных пациентов с различными видами травм, пациентов,

страдающих нарушением жирового обмена и имеющих травмы ног, а также для одиноких пациентов послужило причиной для внедрения сестринского активного посещения на дому. Травматологический пункт, или отделение для оказания круглосуточной амбулаторной травматологической помощи ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» г. Петрозаводска, единственное учреждение города, где оказывается неотложная амбулаторная травматологическая помощь, а также проходят лечение и наблюдение пациенты, которым требуется квалифицированная медицинская помощь на дому. Ежедневно учреждение оказывает неотложную травматологическую помощь от 60 до 100 человек взрослого населения в зависимости от сезона года. Одновременно проходят лечение до 150-170 человек. Ежегодно на дому обслуживается до 900 человек, примерно 5 человек в день посещает врач-травматолог на дому. Существует четкая преемственность оказания помощи травматологическим пациентам между травматологическим отделением стационара и травмпунктом. В 90 % случаев пациенты стационара поступают на лечение в травмпункт или передается актив на дом. Проведение статистического анализа пациентов, нуждающихся в наблюдении на дому и количеством выполненных вызовов показало, что большая часть вызовов повторны, вызов и консультация врача травматолога-ортопеда не обоснованы.

Таблица 1

Количество выполненных активов врачом травматологом-ортопедом по характеру травматологических повреждений.

	2014 год	2015 год	2016 год
перелом бедренной кости	468	430	455
переломы позвоночника, костей таза	58	86	53
перелом лодыжек	95	97	230
перелом плечевого пояса	67	73	30
разрыв ахиллова сухожилия	27	19	24
политравма	45	39	36
заболевания суставов	57	39	89
всего	817	783	917

Вывод: преобладают переломы бедренной кости, за последний год значительно увеличилось количество переломов лодыжек.

Таблица 2

Компетенции медицинских работников при оказании помощи
травматологическим пациентам на дому.

Компетенции врача травматолога	Компетенции медицинской сестры
Назначение медикаментозной терапии	Профилактика пролежней; общий уход
Расширение двигательного режима	Профилактика гипостатической пневмонии
Назначение лечебной физкультуры	Правила перемещения пациента
	Уход за повязками, в т.ч. гипсовыми
	Выполнение инъекций, контроль за приемом медикаментов
	Советы по питанию
	Лечебная физкультура

Вывод: компетенции медицинской сестры при оказании помощи маломобильным пациентам разнообразны.

Расширение показаний для осуществления патронажа к травматологическому пациенту, самостоятельное ведение медицинской сестрой маломобильного пациента, заполнение карты сестринского наблюдения за маломобильным пациентом (приложение № 1) – это новые компетенции медицинской сестры, возможность применения умений и навыков на практике в конкретной ситуации.

Впервые патронаж к маломобильному пациенту с травматологической патологией стал выполняться не только врачом травматологом-ортопедом, но и медицинской сестрой самостоятельно. Медицинская сестра на патронаже обучает родственников/ лиц, находящихся по уходу приемам перемещения пациента, гигиеническим процедурам, уходу за повязками. Обучает пациента дыхательной гимнастике, приемам самомассажа, контролирует прием медикаментов, дает советы по питанию, а также владеет навыками снятия швов, техникой перевязок, десмургией, техникой наложения гипсовых повязок, снятием гипсовых повязок, в т.ч. целлакастовой повязки с помощью пилы.

Расширение роли медицинской сестры было воспринято неоднозначно как средним медицинским персоналом, так и некоторыми врачами травматологами. Высоко оценили нововведение родственники и пациенты, нуждающиеся в активе на дому и пациенты, для которых предпочтительнее обслуживание на дому. Медицинская сестра, осуществляющая патронаж к маломобильному пациенту, осознала свою значимость в оказании помощи пациентам на дому, появилась мотивация к получению новых знаний для последующего обучения пациентов и их родственников.

Анализ выполненных активов пациентам, нуждающихся в наблюдении на дому, количество выполненных активов, высокая оценка нововведений родственниками и пациентами, нуждающимися в патронаже, свидетельствуют о положительном результате внедрения сестринской практики.

Приложение № 1.

Вклеивается в карту амбулаторного пациента, на одно посещение.

Карта сестринского наблюдения за маломобильным пациентом.

ФИО, возраст _____

Цель патронажа _____

Врачебный диагноз _____

Осложнения, сопутствующая патология _____

Рекомендации от врача _____

Наличие оперативного лечения да / нет, _____ сутки после операции, швы сняты / нет

Жалобы _____

Двигательный режим: общий / постельный. В кровати сидит / нет. Ходит / нет

Масса тела _____ Память сохранена: да / нет

Видимые слизистые оболочки _____ изменения (какие) _____

Наличие пролежней (локализация) _____

Боль: локализация _____ характер _____ интенсивность по ВАШ _____

длительность _____ от чего проходит _____

Состояние повязки _____ Состояние п/о рубца _____

Уход за пациентом осуществляет: родственник, сиделка, навещает социальный работник

Качество ухода _____

Санитарное состояние помещения: удовлетворительное / нет

Состояние нательного / постельного белья: удовлетворительное / нет

Прием пищи: самостоятельно / с помощью Качество питания _____

Питьевой режим _____

Наличие у пациента: п/пролежневый матрац, ортопедический корсет, ортез, ходунки, костыли, трость, другое _____

На патронаже выполнено: снятие швов / перевязка / наложена повязка / снят гипс, в т.ч. целлакастовая повязка

Даны рекомендации по профилактике пролежней _____

Пациент / родственники обучены приемам перемещения / гигиеническим процедурам / дыхательной гимнастике / приемам самомассажа

Необходимость повторного актива _____

Число _____ Подпись медицинской сестры _____

СТРУКТУРНАЯ РЕОРГАНИЗАЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ И РАБОТЫ МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА РОСТОВСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА РОССИИ

**Н. А. Носкина – главная медицинская сестра
Ростовской клинической больницы, главный внештатный специалист
по управлению сестринской деятельностью**

*Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения
«Южный окружной Медицинский Центр Федерального Медико-Биологического
Агентства России» (РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России)*

Ростовская клиническая больница далее (РКБ), расположенная в столице Южного федерального округа – городе Ростове-на-Дону, является ведущим филиалом ФГБУЗ «Южный окружной медицинский центр ФМБА России», возглавляемого Заслуженным врачом России, кандидатом медицинских наук Виталием Степановичем Криштопиным.

Самым дорогим достоянием Ростовской клинической больницы является ее высокопрофессиональный трудовой коллектив. На сегодняшний день в лечебном учреждении работают более 800 работников.

Ежегодно в рамках совершенствования системы медико-санитарного обеспечения внедряются и осваиваются новые современные высокотехнологичных методики диагностики и лечения, ведется переоснащение современным диагностическим оборудованием.

Однако, говоря о самых важных достижениях, нельзя не упомянуть и о существующих «пробелах» в медицинских учреждениях. Так, на уровне младшего медицинского персонала (который наиболее интенсивно внедрен в лечебный процесс, осуществляя исполнение врачебных назначений в программах реабилитации), можно выявить не только «профессиональное истощение» специалистов данной сферы, но и явный дефицит знаний в данной области. А ведь, в большинстве случаев, именно на данном этапе у пациентов формируется представление о качестве оказания медицинской помощи.

Обусловлено это тем, что младший медицинский персонал (санитарки), не уделяет должного внимания развитию собственного уровня профессионализма.

Детально изучив этот «проблемный вопрос», ознакомившись с мнением пациентов (путем проведения опросов и анкетирования), на базе Ростовской клинической больницы колоссальное внимание стали уделять повышению уровня теоретических знаний и обучению медицинского персонала учреждения практическим навыкам, вопросам соблюдения трудовой и общественной

дисциплины, а также правильности расстановки кадров среднего и младшего персонала. В связи с этим 2013 году провели- реорганизацию службы младшего медицинского персонала (санитарок), с помощью распределения не только функциональных обязанностей, но и объема работы.

Созданы отделы:

1. «Отдел профессиональной уборки и дезинфекции»
2. Курьерская служба оперативного отдела стационара
3. «Отдел по оказанию медицинской помощи и уходу за пациентами хирургического и терапевтического профилей»

«Отдел профессиональной уборки и дезинфекции»

На момент организации ОПДУ штат младшего медицинского персонала в стационаре РКБ составлял 200 штатных единиц. Было произведено перераспределение должностей младшего медицинского персонала, в результате чего количество санитарок в отделениях было уменьшено на 62 ставки, из которых 34 вакантные ставки были сокращены и 28 ставок введены в единую штатную структуру нового отдела (за счет сокращения вакантных ставок мы увеличили зарплату уборщицам в 1.5 раза без дополнительных расходов на зарплату).

Единовременные затраты при открытии отдела, включали приобретение следующих элементов: системы для уборки, стиральные машины, сушильные машины, дозатор для приготовления рабочего раствора.

Отдел выполняет следующие функции:

- Осуществляет уборку (текущую, генеральную) помещений РКБ площадью не более 1000 кв.м, в том числе чистку и мытье санитарно-технического оборудования в этих помещениях.
- Осуществляет сбор и транспортировку отходов из указанных помещений в места их временного хранения.
- Обеспечивает санитарно-гигиеническое содержание указанных помещений

Была разработана единая контролируемая система комплектации, приема и выдачи уборочной тележки. Так, дезинфектор комплектует уборочную тележку с учетом потребности, позволяющей обеспечить качественную уборку того или иного помещения.

Так же для контроля качества уборки, ведутся контрольные бланки уборки и дезинфекции, реестры и журналы проведения уборок в каждом отделении.

Чистота в лечебных учреждениях – это первое, на что обращают внимание пациенты. Ведь именно санитарная обработка в помещениях стационара является одним из важнейших звеньев в цепи санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на профилактику ИСМП.

Курьер оперативного отдела стационара.

В штат отдела входит старшая медицинская сестра оперативного отдела и двенадцать курьеров оперативного отдела, работающие в клинических отделениях. При этом, они не являются медицинским персоналом, и относятся к категории «Прочие».

В функциональные обязанности курьера входит:

- своевременно доставлять деловые бумаги, пакеты, письма, медицинскую документацию;
- обеспечивать доставку контейнеров с биоматериалом по назначению на территории больницы по указанию старшей медицинской сестры;
- осуществлять сопровождение и транспортировку пациентов с медицинским персоналом и грузов по территории больницы;
- нести ответственность за сохранность документации во время транспортировки;
- соблюдать конфиденциальность при работе с медицинской документацией;
- при производственной необходимости курьер привлекается к выполнению других обязанностей.

Отдел по оказанию медицинской помощи и уходу за пациентами хирургического и терапевтического профилей стационара РКБ.

Вся наша медицинская деятельность направлена на то, чтобы всесторонне помогать пациенту: оказывать ему и медицинскую помощь, и, при необходимости, психологическую поддержку.

Реформирование системы здравоохранения невозможно без повышения качества сестринского образования. Для того, чтобы успешно проводить преобразование для специалистов среднего и младшего звена, необходимо не только повышение уровня профессиональной подготовки медицинских работников, но и повышение престижа самой профессии медицинского работника (а именно – младшего медицинского персонала).

Согласно Министерства труда и социальной защиты РФ приказ от 12 января 2016 г. № 2н «Об утверждении профессионального стандарта «Младший медицинский персонал», в Ростовской клинической больнице в 2016 году проведена программа, включающая цикл обучения, после которого организован «Отдел по оказанию медицинской помощи и уходу за пациентами хирургического и терапевтического профилей».

После прохождения обучения, все санитарки получили сертификат о прохождении специализации по специальности Младший медицинский персонал «Младшая медицинская сестра по уходу за больными». При этом, изменились функциональные обязанности работника. Сегодня это уже медицинский

персонал, поэтому в функции сотрудника входит профессиональный уход за пациентом, а именно:

- выполнение манипуляций и процедур общего медицинского ухода;
- оказание пособий пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода при физиологических отправлениях;
- оказание первой помощи;
- поддержание инфекционной безопасности больничной среды;
- транспортировка, сопровождение и перемещение пациентов;
- обеспечение личной гигиены пациента с ограниченными возможностями;
- кормление пациентов с ограниченными возможностями;
- общий медицинский уход за тяжелобольными пациентами;
- смена нательного и постельного белья;
- помощь медицинской сестре в проведении диагностических исследований: измерение температуры тела, частоты пульса, артериального давления, частоты дыхательных движений;
- наблюдение за функциональным состоянием пациента;
- оказание первой помощи при угрожающих жизни состояниях;
- поддержание лечебно охранительного режима в лечебном учреждении.

Принцип работы отдела

Наиболее важными качествами «Младшей медицинской сестры» являются «чувство сострадания и поддержки». Ведь в большинстве случаев, пациентам (в тот момент, когда возникли проблемы со здоровьем) очень не хватает именно психологической поддержки. Поэтому, младшие медицинские сестры осуществляют профессиональный уход и оказывают моральную поддержку пациентам. Подчеркну, что «духовному воспитанию» уникальных специалистов уделялось повышенное внимание. В общую программу обучения были включены лекции Иерея Михаила Гапоненко (руководитель Епархиального отдела) для сотрудников младших медицинских сестер «Отдела по оказанию медицинской помощи и уходу за пациентами хирургического и терапевтического профилей»).

На сегодняшний день обязанности младшей медицинской сестры расширились. Каждому пациенту обеспечен индивидуальный уход, с учетом возраста пациентов, его диагноза, особенностей курса лечения и реабилитации.

Так что же такое «индивидуальный уход»?

Можно очень долго говорить на эту тему. Отмечу только одно. Индивидуальный уход подразумевает нахождение младшей медицинской сестры с пациентом 24 часа в сутки.

Уход за тяжело больным – непростая задача, требующая от младшей медицинской сестры огромного терпения, физических и душевных сил. Только

оказание психологической поддержки не только в адаптационном периоде, но и на протяжении всего лечебного процесса – задача не из легких. Однако, в функции младшей медицинской сестры входит и такой элемент духовного обогащения, как чтение книг и интеллектуальные игры. В системе организации качества лечебного процесса учтены самые мельчайшие детали во благо наших пациентов.

Высокой оценкой качества работы младшей медицинской сестры является достижение наилучших из возможных результатов у пациентов в удовлетворении их жизненно-важных потребностей.

Для динамического наблюдения за состоянием пациента в течение суток разработана и введена «Карта наблюдения за пациентом». Это значительно улучшает уход за пациентом, является дополнением и помощью в сестринском наблюдении. В результате врачи получают более подробную информацию о состоянии здоровья пациента. Правильная организация сестринского процесса является качественной и эффективной организацией лечебного процесса.

Младшая медицинская сестра – уникальная, общественно – активная личность, которая совершенствует свои профессиональные и душевные качества для того, чтобы обеспечить высокоэффективное круглосуточное наблюдение за пациентом (с помощью беспроводной системы вызова в виде «кнопки – брелка» у пациента и часов – пейджера у младшей медицинской сестры). Можно с уверенностью сказать: уход сегодня основан на полноценном удовлетворении потребностей пациента, находящегося на лечении.

В работе младшей медицинской сестры огромное значение имеет и внешний вид – наличие специализированной формы. Могу сказать, что сотрудники созданного отдела «младших медицинских сестер по уходу» принимали активное участие в разработке составляющих элементов и аксессуаров формы. Остановились на комплекте, который состоит из платья, фартука и изящного головного убора. Так, по мнению посетителей больницы, форма позволяет быстро определить «уникального сотрудника» из общей массы медицинского персонала. Кроме того, такой вид одежды располагает к доверию в отношениях «медицинский работник» – «пациент».

Результат:

реализация поставленных задач привела к повышению оказания качества медицинской помощи, удовлетворению пациентов и эффективному распределению рабочего времени. Данная программа инициирована по просьбам пациентов, находящихся в стационаре на лечении, для оказания квалифицированной медицинской помощи и профессионального ухода.

Безусловно, проект создания «отдела по оказанию медицинской помощи и уходу за пациентами хирургического и терапевтического профилей» несет

в себе идею «милосердия и сострадания». Квалифицированную помощь, оказывают все медицинские специалисты, но поддержку на духовном уровне способны оказать только избранные. Милосердие, сострадание и профессионализм – это те качества, на которых строится вся наша деятельность.

КОНТАКТ-ЦЕНТР: ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ОПЫТ РАБОТЫ БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»

**С. А. Бахта – старшая медицинская сестра отдела
клинико-экспертной и организационно-методической работы**

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клинический диагностический центр», г. Омск*

В России одним из приоритетов государственной политики в области охраны здоровья является повышение качества и доступности медицинского обслуживания как неотъемлемой части понятия удовлетворенности населения. Возможность выбора пациентом лечебной организации и врача сделала необходимым внедрение максимальной открытости и доступности информации о деятельности медицинской организации.

На сегодняшний день большинство пациентов с трудом могут дозвониться в справочную лечебного учреждения, чтобы получить ответы на интересующие их вопросы (график приёма докторов, запись на приём, подготовка к исследованию и т.д.).

Доступность медицинской помощи предполагает развитие информационного диалога с пациентами. Поэтому создание контакт-центров сегодня – актуальная необходимость для крупных диагностических центров.

В Омском клиническом диагностическом центре одним из этапов процесса улучшения сервиса стало создание контакт-центра в феврале 2016 года, что явилось частью стратегии развития учреждения, направленной на повышение доступности медицинской помощи. Цель – максимально полное удовлетворение потребностей граждан в получении оперативной и достоверной информации об услугах центра, обеспечении удобства обслуживания и своевременной реакции на поступающие обращения. Также необходимо поддерживать высокий статус учреждения, обеспечивающего современную диагностику, квалифицированное лечение и отличный уровень сервиса жителям Омска и Омской области.

Первоначально в клиническом диагностическом центре планировалось создание call-центра, т.е. центра для обработки большого количества телефонных звонков (на тот период времени (2015 год) их поступало порядка 1000 в день). Звонки принимала диспетчерская служба, состоящая из 2 сотрудников, и справочная служба (1–2 сотрудника). Процент непринятых звонков составлял до 15 %, максимальная продолжительность разговора достигала 5–7 минут.

Созданию нового структурного подразделения предшествовала большая организационная работа: определение целей и задач, принятие локальных нормативных документов, закупка профессионального оборудования и программного обеспечения, подбор персонала. Подразделение функционирует согласно разработанному положению.

Контакт-центр расположен в отдельном помещении, где создано комфортное рабочее пространство с 6 автоматизированными рабочими местами, на которых, с учетом посменной работы, трудится 10 медицинских сестер. Контакт-центр оснащен компьютерным, серверным и сетевым оборудованием.

Основными задачами контакт-центра являются:

- повышение сервисного информационного обслуживания населения области по вопросам медицинских услуг, оказываемых в учреждении, посредством связи (телефон, сайт, электронная почта, социальные сети);
- предоставление населению полной достоверной, своевременной информации по медицинским услугам учреждения;
- максимальное упрощение и сокращение контакта пациентов с инфраструктурой учреждения;
- повышение эффективности труда и оптимизация работы сотрудников отдела: проведение мониторингов, различных маркетинговых исследований, и, как следствие, обеспечение контроля качества обслуживания населения.

Структура контакт-центра опирается на аппаратную платформу Oktell, интегрированную с базой учреждения, предлагая своим клиентам новый, более качественный уровень сервиса и обработки их обращений по любым каналам коммуникаций (звонки, e-mail, мессенджеры, социальные сети). Независимо от способа обращения, оператор получит всю историю общения, увидит важные параметры абонента и сможет качественно обслужить пациента. Для обеспечения данного функционала приобретено 30 каналов связи. В результате, значимо улучшается качество медицинского обслуживания, что в свою очередь повышает лояльность со стороны пациентов медицинского учреждения.

Программная коммуникационная платформа Oktell на базе IP-телефонии позволяет архивировать все поступающие обращения, что в дальнейшем

может быть использовано при возникновении конфликтных ситуаций или спорных вопросов.

В онлайн-режиме осуществляется оценка качества работы персонала, программой предусмотрено анкетирование позвонившего пациента – ему предлагается оценить по 5-балльной шкале качество разговора специалиста. В случае, если оценка менее 3 баллов, разговор отправляется на почту руководителю подразделения, что позволяет оперативно выявлять конфликтные диалоги, анализировать их причину и устранять её.

С учетом поставленных задач и возможностей программы определены функции медицинской сестры контакт-центра:

- прием входящих телефонных звонков;
- профессиональное предоставление достоверной и полной информации пациентам в рамках своей компетенции;
- запись пациентов на консультативные приемы и диагностические исследования при обращении по любым каналам коммуникаций;
- грамотное внесение в базу данных полученной информации по обращениям;

Так же в функции медицинской сестры контакт-центра входит:

- отправка результатов отсроченных исследований на основании заявлений пациентов по электронной почте;
- своевременное освоение новой информации в области услуг, оказываемых учреждением;
- совершение исходящих звонков, с целью сообщения пациенту информации при изменении в работе учреждения или для проведения анкетирования;
- поиск и предложение оптимальных решений пациенту в связи с обращением.

Телефонное обращение – это первый контакт пациента с клиникой, после которого формируется первое впечатление об учреждении в целом. Эффективность работы контакт-центра во многом определяется человеческим фактором – профессионализмом операторов. В контакт-центре работают сотрудники со средним медицинским образованием.

С целью совершенствования качества работы операторов и повышения клиентоориентированности для сотрудников был организован тренинг «Профессиональный сервис в работе оператора call-центра». Первым этапом тренинга стал объективный анализ работы каждого оператора сторонней организацией, по результатам которого была скорректирована программа тренинга, который проходил в течение двух дней и был направлен на освоение эффективной техники общения операторами.

Лейтмотивом тренинга стал тезис о смене пассивного информирования на активное ведение диалога с целью привлечения пациентов и увеличения их лояльности.

Таким образом, в настоящее время контакт-центр бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» представляет собой специализированное подразделение, укомплектованное профессиональным персоналом и имеющее большой набор каналов доступа.

Объективными результатами работы явилось:

- снижение уровня потерянных обращений до 11 %;
- улучшение качества обслуживания;
- снижение количества телефонных обращений непосредственно в структурные подразделения учреждения;

- уменьшение продолжительности телефонного разговора.

Задачами дальнейшего развития контакт-центра являются:

- сведение к минимуму количества низко оцененных пациентами обращений;

- минимизация количества пропущенных звонков;
- дальнейшее развитие направлений обратной связи;
- внедрение новых функциональных возможностей программы;
- организация и проведение маркетинговых исследований (удовлетворенность качеством и другие тематики) посредством телефонной линии.

Для выполнения намеченных задач в перспективе планируется увеличение рабочих мест до 9 и расширение функциональной нагрузки программного обеспечения контакт-центра, что, несомненно, будет способствовать еще большей доступности медицинской помощи для населения и поддержанию высокого статуса КДЦ

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

**Л. П. Суровцова – старшая медицинская сестра
отделения реанимации и интенсивной терапии**

«Брянская областная больница» № 1

Сегодня областная больница представляет собой целый городок со своими улицами и переулками, со своими традициями и своим укладом. Это лечебные корпуса 24 клинических и диагностических отделений, отделения гемодиализа, консультативной поликлиника, перинатального центра, клинической

лаборатории, аптеки, других функциональных и административно-хозяйственных подразделений.

Развернуто 1050 коек, в том числе 50 коек дневного пребывания пациентов. Два отделения программного гемодиализа на 26 коек обеспечивают лечение более чем 100 пациентам.

Предметом деятельности учреждения является: своевременное и качественное обследование, лечение амбулаторных и стационарных больных, родовспоможение, оказание консультативной и организационно-методической помощи территориально лечебно-профилактическим учреждениям области, обслуживающим взрослое население.

Задачи учреждения – это постоянное улучшение качества оказания квалифицированной, специализированной медицинской помощи, улучшение эффективности организации работы больницы, обеспечение высокой конкурентоспособности на рынке медицинских услуг. Учреждение осуществляет медицинскую деятельность по 12 видам доврачебной помощи, амбулаторно-поликлиническую помощь по 31, стационарную по 39 видам, прочие работы и услуги по 13 видам деятельности. Все виды деятельности больницы лицензированы.

Помимо гемодиализа в больнице проводится процедура заместительной почечной терапии на базе отделения реанимации и интенсивной терапии.

В последние десятилетия стремительное развитие в мире интенсивной терапии, новых хирургических направлений, и в первую очередь кардио – и нейрохирургии, трансплантологии и торакоабдоминальной хирургии, привело к значительному увеличению числа пациентов с явлениями дисфункции почек в ближайшем послеоперационном периоде.

Частота встречаемости острой почечной недостаточности (ОПН) в отделениях интенсивной терапии (ОРИТ) общехирургического профиля составляет 5,8 %, а среди пациентов кардиореанимации она возрастает до 20-27 %, причем почти в 72 % случаев эти больные нуждаются в проведении заместительной почечной терапии (ЗПТ).

За последние 20 лет значительно изменилась роль методов экстракорпоральной детоксикации при замещении функции почек, расширились также показания к ее применению для лечения пациентов с:

- эндо – и экзогенными интоксикациями,
- панкреонекрозом,
- синдромом позиционной ишемии,
- состояниями сложной гипергидратации,
- перитонитом,
- сепсисом,

- септическим шоком,
- гестозом,
- осложненными острой почечной и полиорганной недостаточностью.

При показаниях к проведению ЗПТ у больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) в терминальной стадии и у пациентов с ОПН в отделении реанимации принципиально важным является максимально раннее включение методов экстракорпоральной детоксикации в комплексную интенсивную терапию.

Современные методы детоксикации позволяют безопасно и эффективно проводить очищение крови у таких пациентов и дают возможность специалистам ОРИТ дифференцированно подходить к выбору метода ЗПТ для повышения качества и оптимизации результатов лечения больных.

К методам ЗПТ относятся:

- гемодиализ (ГД),
- перитонеальный диализ (ПД),
- постоянные гемофильтрация или гемодиофильтрация,
- гибридные методы замещения функции почек.

Новейшей технологией продленной коррекции гомеостаза и детоксикации, заместительной почечной терапии, элементом единой информационной системы в блоке интенсивной терапии являются аппараты экстракорпоральной коррекции гомеостаза.

В нашем отделении для проведения заместительной почечной терапии используется аппарат Prisma, в ближайшие месяцы ожидаем аппарат Prismaflex. Эта процедура проводится на базе ОРИТ около 10 лет пациентам, которым проведение гемодиализа невозможно, так как пациенты находятся на ИВЛ, с нестабильной гемодинамикой в крайне тяжёлых состояниях. Экстракорпоральную коррекцию гомеостаза прошли за эти годы 90 пациентов, успешно были переведены в отделения около 20 % от общего числа пациентов, получивших процедуру ЗПТ из разных отделений с различными диагнозами, преимущественно из хирургического и нефрологического отделений, что составило около 50 % от общего числа пациентов, получивших процедуру ЗПТ. Возраст пациентов был разным, большая часть состояла в возрастной категории от 16 до 30 лет, от 30 до 40 лет и от 60 до 70 лет, приблизительно в равном соотношении и что составило около 55 % от общего числа пациентов, получивших процедуру ЗПТ.

Аппарат Prisma и Prismaflex используется в реанимационных отделениях, отделениях токсикологии и гравитационной хирургии крови для лечения пациентов с эндо – и экзогенными интоксикациями, панкреонекрозом, синдромом позиционной ишемии, состояниями сложной гипергидратации,

перитонитом, сепсисом, септическим шоком, гестозом, осложненными острой почечной и полиорганной недостаточностью.

Использование самых современных технологий, позволяющих проводить на одном аппарате весь перечень процедур, направленных на коррекцию гомеостаза с использованием одного сета (установочного набора, в котором на держателе картридже герметично соединены фильтр, магистрали и мешки), что обеспечивает его функциональные уникальные возможности.

Технология основана на применении физических принципов конвекции, фильтрации и сорбции которые происходят одновременно на гемофильтре (сете). Принцип методики: длительная непрерывная коррекция витальных нарушений гомеостаза любого происхождения, за счет удаления токсических веществ через мембрану AN69ST. В зависимости от тяжести состояния пациента, возможно проведение повторных процедур.

Сет с гемофильтром на основе полупроницаемой мембраны AN 69ST обладает уникальными фильтрационными и сорбционными свойствами, что позволяет элиминировать токсические вещества и медиаторы воспаления массой до 50 000 дальтон на протяжении 72 часов, и не имеет аналогов в мире. Атромбогенность и высокая биологическая совместимость мембраны AN69ST достигаются использованием высоких технологий при разработке и производстве гидрогелевой мембраны, с применением инертных полимеров, образующих микродоменную структуру. Разность потенциалов мембраны и молекул гепарина, возникающая при введении его в промыочный раствор при заполнении сета вызывает адсорбцию молекул гепарина на мембране, что дает возможность проводить процедуры заместительной почечной терапии без его использования у больных с высоким риском кровотечения.

Гравиметрический контроль за объемом вводимой и удаляемой жидкости с точностью до 1 грамма позволяет точно соблюдать показатели водного баланса пациента, включая возможность проведения процедур детям весом от 11 килограммов:

Возможность проведения следующих процедур:

- SCUF – Низкопоточная непрерывная ультрафильтрация
- CVVH – Низкопоточная вено – венозная гемофильтрация
- CVVHD – Непрерывный вено – венозный гемодиализ
- CVVHDF – Непрерывная вено – венозная гемодиализация
- HV-CVVH – Высокообъемная непрерывная вено – венозная гемофильтрация
- HP – Гемосорбция
- TPE – Терапевтический плазмаобмен
- MARS – Терапия в комплексе

В нашем отделении проводится • CVVH – Низкопоточная вено-венозная гемофильтрация.

Гемофильтрация – метод экстракорпорального очищения крови, основанный на фильтрации крови через синтетическую высокопроницаемую мембрану, например, High Flux.

При гемофильтрации из организма удаляется водная часть крови с растворимыми в ней экзо- и эндотоксинами, с целью восполнения потери жидкости в кровяное русло вводится официальный электролитный раствор.

Показанием для гемофильтрации у критических больных является необходимость коррекции тяжелых эндо- и экзотоксикозов, нарушений гомеостаза и временного замещения функции жизненно важных органов.

Главным показанием является острая почечная недостаточность либо в виде самостоятельного критического синдрома, либо как компонента синдрома полиорганной недостаточности.

Гемофильтрация входит в комплексную терапию острой почечной недостаточности, печеночной недостаточности, сепсиса, респираторного дистресс синдрома, синдрома эндогенной интоксикации и пр.

- Возможность проведения процедур, как в низко, так и высокопоточном режиме (максимально возможная скорость насоса крови 450 мл/мин.) позволяет использовать аппараты у пациентов с нестабильной гемодинамикой.

- Возможность проведения высокообъемной гемофильтрации с объемом замещения до 10 литров в час, что является важным при лечении септического шока у больных в стадии инфекционных осложнений.

- Лечение пациента в критическом состоянии является комплексным и непрерывным. Такой же должна быть и информация о состоянии пациента, лечебных воздействиях и его результатах.

- PrismaFlex и Prisma, обладают максимумом коммуникационных возможностей, являются не только важнейшим компонентом лечения, но также и полноценным элементом единой информационной системы блока интенсивной терапии.

Гибкость программного обеспечения PrismaFlex сочетается с полным спектром интерфейсов для включения его в систему мониторинга и управления лечением:

- Порт Ethernet (интерфейс RJ 45) для подключения к локальной сети
- Последовательный порт RS 232
- Слот для карты PrismaFlex TechData Card (PCMCIA) с возможностью записи и хранения на карте всех параметров процедур
- Подключение к другим устройствам через последовательный коммуникационный порт

- Использование удаленной тревожной сигнализации
- Хранение информации о параметрах и событиях (до 90 часов)
- 12” сенсорный цветной TFT-LCD дисплей
 - Конструкция аппарата Prismaflex и Prisma исключает риск передачи гемотрансмиссивных инфекций, программное обеспечение позволяет снизить риск ятрогенных ошибок, и одновременно контролировать лечебный процесс в режиме реального времени.
 - Малый вес и размеры занимаемой площади позволяют использовать аппарат в любом отделении реанимации.
 - Аппарат не требует каких-либо специальных условий для работы, а также водоподготовки, и готов к работе через 15 минут от момента включения в сеть.
 - Высокоинтеллектуальное программное обеспечение позволяет проводить процедуру среднему персоналу, каждый последующий шаг подсказывается аппаратом оператору, ошибка в управлении сведена к минимуму, в любой момент доступна экранная “ПОМОЩЬ”, процедура может быть настроена под каждого пациента
 - Контроль тромбирования фильтра
 - Контроль замены пакетов с растворами
 - Уникальная возможность использования в качестве регионарно

Роль специалистов со средним медицинским образованием значительна в проведении заместительной почечной терапии, так как требует от медицинского персонала знания работы на этих аппаратах и умения квалифицированно и грамотно реагировать и устранять ошибки и неисправности при работе. Так как процедура проводится пациентам, находящимся на ИВЛ, с нестабильной гемодинамикой, в крайне тяжелых состояниях, то от медицинской сестры требуется повышенное внимание за всеми гемодинамическими показаниями и своевременным оповещением врача о любых изменениях, точным по времени исполнением врачебных назначений и взятий необходимых анализов, а также важнейшим в лечении таких пациентов является уход. Из-за отсутствия подвижности, нередко сознания, пациенты полностью лишены возможности ухода за собой, а также оповещения персонала о своих желаниях и потребностях, поэтому весь уход и кормление осуществляется средним и младшим медицинским персоналом.

Высокая квалификация сотрудников, их добросовестное отношение к любимому делу, неуклонная забота о благе пациента, помноженная на отличное аппаратное и медикаментозное обеспечение приносит результаты и способствует выздоровлению пациентов.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РАН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛЕНОЧНЫХ ПОВЯЗОК

**А. В. Татарченко – врач травматолог-ортопед,
специалист клинической поддержки по лечению ран**

Компания SmithandNephewг. Москва

Лечение хронических ран представляет собой крайне сложную клиническую проблему и требует максимально атравматичного врачебного вмешательства, а также устранения повреждающих факторов, улучшения регионарного венозного и артериального кровообращения. Для создания стройной концепции лечения ран во влажной среде было потрачено около 50 лет этапных исследований. На настоящий момент существует несколько признанных в мире подходов к лечению сложных ран, одним из таких подходов является предложенная Международным консультативным советом по лечению ран в 2003 году концепция TIME. Она предопределяет всестороннее вмешательство в течение раневого процесса, итогом которого является формирование здоровой грануляционной ткани и заживление раны. (T (Tissue) – удаление нежизнеспособных, в т.ч. Некротизированных тканей; I (Infection) – подавление инфекции; M (Moisture) – контроль уровня влажности (раневого экссудации); E (Edge) – стимуляция репаративных процессов и/или эпителизации [1].

Одним из пунктов этой концепции (M - Moisture) является контроль уровня влажности в ране.

До 1960 года считалось, что рана должна быть сухой и покрытой струпом, чтобы предотвратить развитие инфекции [2]. Последующие работы по эпидермальному заживлению подчеркнули значение влажной среды для ран (Moist Wound Healing – принцип заживления ран во влажной среде) [3].

Идея лечения ран во влажной среде возникла в 1962 г., когда врач Джордж Д. Винтер (George D. Winter) открыл, что эпителизации (образование нового эпителия в месте повреждения кожи или слизистой оболочки) происходит в два раза быстрее во влажной среде, чем в сухой (под струпом.)

В своих экспериментах Winter использовал свиней, которым он наносил резанные раны. Раны у одной группы свиней он вел под обычной полиэтиленовой паронепроницаемой пленкой, а у другой группы – обычным открытым способом. При анализе сроков заживления ран он обнаружил, что раны под полиэтиленовой пленкой заживали гораздо быстрее, чем у группы, которая велась обычным открытым способом.

Объясняется это тем, что клетки нуждаются в адекватном количестве влаги, чтобы мигрировать от здорового края раны по направлению к ее центру – в процессе миграции клетки делятся, обеспечивая закрытие раны. Клетки не

могут мигрировать в сухой ране, в которой затруднены процессы образования новых грануляций, и новые клетки эпителия вынуждены с трудом прокладывать себе дорогу под струпом. Именно поэтому раны, которые подсушивают, будут заживать намного медленнее, чем те, в которых поддерживается адекватный уровень влаги [4].

Кроме всего прочего, при влажном заживлении в ране поддерживается необходимая температура и снижается вероятность растрескивания и повторного инфицирования.

Свои эксперименты и выводы Winter опубликовал в журнале Nature в 1962 году. Статья называлась «Заживление ран и влияние повязок на процессы заживления». Годом позже еще два исследователя – Hinman и H. Maibach подтвердили эффективность влажного заживления ран уже в клинических исследованиях.

Winter показал, что применение даже самых обычных паронепроницаемых пластиковых пленочных повязок, которые удерживали экссудат и предотвращали обезвоживание, способствовало значительному ускорению эпителизации. Первые паропроницаемые пленки, которые позволяли влаге испаряться с поверхности раны, появились в начале 70-х годов, оказались наиболее эффективными в ускорении заживления, за чем последовало развитие самоклеящихся полупроницаемых пленочных повязок.

Сегодня можно найти много пленочных повязок различных производителей, которые на первый взгляд абсолютно одинаковы. Один из важнейших параметров, по которому можно определить – насколько повязка способна испарять влагу – это ее паропроницаемость.

Чаще всего паропроницаемость измеряют в $\text{г/м}^2/24$ часа, т.е. количество водяного пара, которое пройдет через квадратный метр материала за сутки. Обозначается этот параметр аббревиатурой MVTR («moisture vapor transmission rate») или «скорость прохождения водяного пара»).

Чем выше значение, тем большей паропроницаемостью обладает повязка.

Более поздние разработки включают комбинации различных комбинаций материалов где помимо паропроницаемых пленок используются еще и различные вставки как из нетканых материалов, так и на основе пенополиуретановых губок, чтобы обеспечить дополнительные возможности по абсорбции экссудата, выделяемого из раны. Степень абсорбции измеряется в $\text{гр}/100 \text{ см}^2$, т.е. количестве экссудата в граммах, которое в состоянии впитать в себя 100 квадратных сантиметров повязки. Соответственно, чем выше этот параметр, тем большее количество экссудата может впитать в себя конкретная повязка.

Сейчас появляются «умные» пленочные повязки, в которых проницаемость пленки изменяется в зависимости от содержания влаги. Таким образом

можно сохранить идеальные условия для заживления ран, избегая как чрезмерного накопления влаги из основной поврежденной кожи, так и высыхания тканей из-за чрезмерного прохождения влаги через пленку. Одно из уникальных свойств современных пленочных повязок – это возможность наблюдать за состоянием раны, не снимая повязку. Для этого впитывающая подушечка делается в виде сот, чтобы не целиком закрывать рану, а оставлять достаточно место для ее визуализации. Такая повязка может находиться на ране до 7 суток и при незначительном количестве выделяемого экссудата можно при помощи одной повязки, не затрачивая дополнительное время на перевязки.

Заключение: современные пленочные повязки – это высокотехнологичные продукты, которые позволяют вести раны в наилучших условиях для их заживления и экономят время медицинского персонала за счет меньшего требуемого количества перевязок.

1. Sibbald RG, Goodman L, Woo KY, Krasner DL, Smart H, Tariq G, Ayello EA, Burnell RE, Keast DH, Mayer D, Norton L, Salcido R. Special Considerations in Wound Bed Preparation 2011: an update. Wound Care Canada, 2011, 10 (2): 20-35.
2. Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, Ayello EA, Dowsett C, Harding K, Romanelli M, Stacey MC, Teot L, Vanscheidt W. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. Wound Rep Reg, 2003, 11: 1–28.
3. Eming SA, Smola H, Hartmann B, Malchau G, Wegner R, Krieg T, Smola-Hess S. The inhibition of matrix metalloproteinase activity in chronic wounds by a polyacrylate superabsorber. Biomaterials, 2008, 29: 2932-40.
4. Токмакова А.Ю., Страхова Г.Ю., Галстян Г.Р. Современная концепция ведения больных с хроническими ранами и сахарным диабетом. Сахарный диабет, 2005, 1. / Tokmakova A.Y., Strakhova G.Y., Galstyan G.R. Modern concept of maintenance of patients with chronic wounds and diabetes mellitus. Sakharny Diabet, 2005, 1.

ИНТЕГРАЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

**О. И. Терентьева – заместитель главного врача
по работе с сестринским персоналом**

ОБУЗ «Детская городская поликлиника № 6» г. Иваново

Для улучшения качества оказания консультативной и диагностической помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе детскому населению города

Иваново на базе ДГП № 6 в июле 2015 года открыт детский городской консультативно-диагностический центр (ДГКДЦ). На базе медицинского центра осуществляются консультативные приемы врачами-специалистами по 17 направлениям медицинской помощи, проводятся обследования с использованием аппаратных, инструментальных и лабораторных методов исследования.

Внедренные информационные технологии предусматривают большую роль среднего медицинского персонала.

С целью повышения доступности медицинской помощи и оптимизации работы в ДГКДЦ действует проект «медицинская сестра-координатор».

Медицинская сестра непосредственно работает со всеми участниками консультативно-диагностического процесса, является связующим информационным звеном между пациентом и медицинским регистратором, пациентом и врачом, пациентом и диагностическими кабинетами. На основании опыта работы с информационными медицинскими системами нами был сформирован функционал медицинской сестры-координатора. В него вошли:

- составление и контроль расписания врачей-специалистов в электронной регистратуре;
- запись пациентов к врачам-специалистам через электронную регистратуру;
- консультирование пациентов по объему оказываемых медицинских услуг;
- заполнение паспортной части электронной амбулаторной карты пациента;
- формирование и передача записи в диагностические кабинеты;
- копирование диагностических назначений из амбулаторной карты пациента и запись на их проведение;
- обучение пациентов правилам подготовки к диагностическим исследованиям;
- оформление направлений на госпитализацию через комплексные медицинские информационные системы;
- поддержка личного кабинета пациента;
- информирование населения о правилах здорового образа жизни.

Первое впечатление у пациента формируется в течение нескольких секунд контакта. Задача медицинской сестры-координатора – представить медицинскую организацию в позитивном контексте и сформировать атмосферу эмоционального комфорта как у ребенка, так и у сопровождающего его взрослого. Мы считаем, что медсестра-координатор должна отвечать определенным требованиям, таким как: владение сестринскими манипуляциями, умение общаться дистанционно, грамотная речь, высокие коммуникативные навыки.

Ей необходимо владеть быстрой переключаемостью при решении разноплановых задач и большим объемом информации, демонстрировать навыки анализа и системности мышления. Обязательным условием является владение персональным компьютером на уровне уверенного пользователя.

Все медсестры детского консультативно-диагностического центра имеют высшую профессиональную квалификацию, большой опыт работы организаторами здравоохранения и отвечают требованиям медсестры-координатора. Они универсальны и взаимозаменяемы, что позволяет обеспечивать непрерывный рабочий процесс, сохранять практические навыки и профилировать эмоциональное профессиональное выгорание.

Внедренный в работу консультативно-диагностического центра проект «Медицинская сестра-координатор» помог повысить доступность медицинской информации для пациента, минимизировать время ожидания консультаций и обследований путем формирования оптимального маршрута для каждого пациента. В центре отсутствуют очереди, врачи – специалисты рационально используют время, выделенное для консультации пациента.

Таким образом, развитие информатизации в учреждении позволило повысить доступность и качество медицинской помощи. Для дальнейшей интеграции инновационных технологий в работу ДГП № 6 планируются внедрить:

- телемедицинские консультации между структурными подразделениями поликлиники;
- проведение видеоконференций, обучающих семинаров, школ;
- поддержку личного кабинета пациента в виде формирования личной реабилитационной и оздоровительной программы.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ

Н. Н. Роева

*Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области
Воронежская областная клиническая больница № 1», г. Воронеж, Россия*

Одним из основных направлений реформирования системы здравоохранения является инновационное развитие. Эффективное развитие отрасли в значительной степени зависит от состояния профессионального уровня и качества подготовки медицинских кадров.

Важнейшую часть кадровых ресурсов составляют специалисты со средним медицинским образованием: на долю врачей в России приходится около 31,2 %, в то время как на средний медицинский персонал – 68,8 %. А, значит,

именно медицинские сестры в значительной мере влияют на эффективность и результативность работы всей системы в целом. Сегодня в России работают более 1,2 миллиона специалистов со средним профессиональным образованием (обеспеченность составляет 88,09 на 10 тысяч населения). В зарубежных странах средние значения этого показателя находятся на уровне 75-100 на 10 тысяч населения.

Численность персонала со средним медицинским образованием составляет 1722 человека. 1656 специалистов имеют сертификаты в соответствии с занимаемыми должностями. 66 человек, не имеющих сертификаты, составляют студенты, лица, находящиеся в отпуске по уходу за ребёнком. Численность работающего сестринского персонала стабильна, укомплектованность сестринскими кадрами составляет 87%.

Все медицинские сёстры областной клинической больницы являются высококвалифицированными специалистами. Об этом говорит и тот факт, что 971 человек (48% от общего количества специалистов) имеет высшую квалификационную категорию.

Структура управления сестринским персоналом традиционна для многопрофильного ЛПУ. Эффективное руководство возможно при следующей системе управления: главная медицинская сестра – старшие медицинские сестры стационарных подразделений – старшие медицинские сестры структурных подразделений.

Немаловажную роль в развитии сестринского дела в ЛПУ играет Совет медицинских сестёр. Успешная реализация намеченных планов, адекватная сестринская практика зависят от правильно организованных и проводимых мероприятий по линии Совета. Это:

- прекрасная возможность обмена опытом между структурными подразделениями;
- разработка стандартов и технологий выполнения сестринских манипуляций
- совершенствование контроля в обеспечении качества сестринской помощи;
- разработка методических рекомендаций, подготовка и проведение обучающих семинаров, научно-практических конференций, публикация статей в центральной печати.

В следующей части доклада я более подробно остановлюсь на работе медицинских сестёр различных подразделений в новых условиях.

Огромное внимание уделяется развитию трансплантологической службы в области, в т.ч. выполнению мультиорганных заборов у посмертных доноров. Достигнутые успешные результаты позволяют планировать дальнейшее

развитие трансплантологической помощи населению на территории Воронежской области, а именно, внедрять в практику пересадку сердца и печени на базе БУЗ ВО ВОКБ № 1. Роль операционной медицинской сестры в бригаде – своевременная подготовка необходимых расходных материалов. В работе используются одноразовые наборы.

В урологическом отделении по пересадке почки используется альтернативный метод заместительной почечной терапии – амбулаторный перитонеальный диализ. Одним из преимуществ является возможность проведения этой процедуры в домашних условиях. В настоящее время в отделении создана и успешно функционирует Школа по обучению пациентов, занятия в которой ведут медицинские сёстры. Задача медицинской сестры – объяснить пациенту суть происходящей процедуры, научить правильному обращению с расходными материалами, проведению диализа, гигиенических мероприятий, соблюдению стерильности и многому другому.

Одним из лучших в России неоднократно был признан Воронежский региональный сосудистый центр, куда ежегодно госпитализируется около 4 тысяч пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом. Внедрены современные, в том числе эндоваскулярные методы лечения больных с острым инсультом. За 5 лет в 2 раза увеличилось количество оперативных вмешательств при патологии сосудов головного мозга и достигло 400, в том числе эндоваскулярных. Наряду с лечебным процессом, большое внимание уделяется ранней реабилитации пациентов после перенесенного инсульта, начиная со 2-х суток нахождения в отделении. С больным работает мультидисциплинарная бригада специалистов.

Три года функционирует реабилитационный блок, включающий 5 залов ЛФК, кабинет эрготерапии, 2 кабинета психотерапии, логопедии, кабинет физиотерапии, кабинет иглорефлексотерапии. Блок оснащен самым современным медицинским оборудованием: стабилометрическая платформа, томоеды, горизонтальный велотренажер, вертикализатор, роботизированные комплексы для реабилитации верхних и нижних конечностей, что способствует более быстрому восстановлению парализованных конечностей, скорейшему выздоровлению и улучшению качества жизни пациентов.

Медицинские сёстры нейрососудистого отделения работают в тесной взаимосвязи с персоналом отделения физиотерапии и лечебной физкультуры.

Современную медицину невозможно представить без применения донорской крови. В связи с ростом числа травм (в т.ч. в условиях локальных военных конфликтов, техногенных катастроф и стихийных бедствий), развитием высокотехнологичных и высокоинвазивных методов лечения потребность в донорской крови за последние годы возросла на 10%.

Кровь и ее производные являются незаменимыми средствами лечения острой массивной кровопотери и шока, анемий, тромбогеморрагических нарушений, инфекционно-токсических состояний, последствий травм, ожогов и других заболеваний.

Для решения этой проблемы в БУЗ ВО ВОКБ № 1 функционирует отделение переливания крови. 25 февраля 2016 года завершилась масштабная реконструкция отделения, длившаяся с 2013 года. Ранее отделение располагалось на девятом этаже больницы, что создавало ряд неудобств и вызывало нарекания со стороны проверяющих органов. Теперь доноров принимают на первом этаже в новом отделении, оборудованном согласно всем современным требованиям, включая лабораторный комплекс для автономного обследования донорской крови.

Отделение переливания крови Воронежской областной клинической больницы № 1 является одним из немногих отделений в России, сохранных в структуре клинического стационара. Областная больница потребляет до 30% ресурсов компонентов донорской крови от общего объема в регионе, потребность в запасе крови и ее компонентов стабильно высокая. Благодаря отделению переливания крови собственным ресурсом обеспечены не только хирургические и реанимационные отделения, но и сосудистый и перинатальный центры, а также единственное в Воронежской области гематологическое отделение.

Заготовка консервированной крови требует создания стерильных условий на всех этапах. Эти требования можно выполнить только при наличии хорошо подготовленного и ответственного медперсонала: врача – трансфузиолога и операционной медсестры.

Отделение переливания крови оснащено самым современным, высокоточным оборудованием для заготовки компонентов крови. В работе применяются только одноразовые расходные материалы. Процесс заготовки полностью исключает контакт крови с воздухом и практически к нулю сведена возможность загрязнения поверхностей кровью.

Для запаивания магистралей используются мобильные устройства. Контейнер для забора крови устроен так, что игла после донации попадает в колпачок.

Одним из основных гемокомпонентов, заготавливаемых службой крови, является плазма крови. Значительную ее часть используют для трансфузиологического лечения больных, часть – для производства препаратов плазмы.

Для проведения процедуры вирусиактивации плазмы в отделении есть аппарат Мирасол.

Внедрение в работу отделения автоматизированной информационной системы трансфузиологии (АИСТ) позволило оптимизировать работу персонала

ла по регистрации доноров, регистрации и выдаче заготовленных компонентов крови в клинические отделения. До минимума сведён риск ошибки при этикетировании и выдаче продукции.

Каждой проводимой донации и компоненту крови присваивается штрих код, который считывается сканером. На принтере печатается самоклеющаяся термоэтикетка, которая наклеивается на контейнер.

Медицинские сестры являются основными помощниками врача при переливании крови. Подготовку и все технические манипуляции при гемотрансфузии выполняет медсестра, но под контролем врача. Неподготовленность среднего медицинского персонала в теории и практике переливания крови и кровезаменителей, невнимательность, недостаточная степень организации и ресурсного обеспечения могут явиться причинами нежелательных осложнений.

Современный период развития хирургии можно назвать технологическим. Это связано с тем, что прогресс хирургии в последнее время определяется не столько развитием каких – то анатомо-физиологических представлений или улучшением мануальных хирургических способностей, сколько более совершенным техническим обеспечением.

Особенно велика ответственность операционной медсестры за освоение новых операций и технологий. Не умаляя роли хирурга, мы можем уверенно сказать, что в быстром и надежном освоении той или иной операции, очень много зависит от операционной медсестры. Так, внедрение эндовидеохирургических операций потребовало от сестер не только освоения деталей операции, но и возложило на них ответственность за сохранность дорогостоящей аппаратуры, уход за которой является очень трудоемким. И поэтому в основном только наиболее опытные, добросовестные высококвалифицированные операционные медсестры вовлекаются в процесс освоения новых операций.

Операционные залы – это сердце ЛПУ. Для того чтобы самостоятельно подготовить операционную, грамотно ассистировать хирургу, знать ход операции, нужно быть настоящим профессионалом. Поэтому создание централизованного стерилизационного отделения освободило операционную медицинскую сестру от необходимости проводить все этапы обработки медицинского инструментария. Этими вопросами занимаются медицинские сестры ЦСО. Организация работы двух взаимозависимых отделений позволяет операционным сестрам рационально использовать рабочее время, грамотно и четко обеспечивать оперативные вмешательства.

Необходимо отметить и использование нового поколения дезинфицирующих и антисептических средств, направленных на борьбу с бактериологической или вирусной инфекцией.

Говоря о работе операционных сестёр нельзя не коснуться работы кардиохирургического центра.

В настоящее время Кардиохирургический центр (КХЦ) как функциональное подразделение БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1» является одним из крупнейших специализированных центров России.

Обеспечение кардиохирургического вмешательства невозможно без синхронной и эффективной работы всей кардиохирургической бригады на разных этапах лечения. Четкое взаимодействие, слаженная работа врачей и операционных медицинских сестер – ключ к успеху операции. Профессиональная подготовка сестринского персонала играет большую роль в проведении оперативного пособия, сокращении времени операции, предупреждении интраоперационных осложнений. Работа кардиохирургической операционной – это большой и чрезвычайно важный комплекс мероприятий, который неразрывно связан со всеми составляющими лечебного процесса, где значительный объём выполняют операционные сёстры, от уровня квалификации которых зависит жизнь и здоровье больных.

Оснащение отделений кардиохирургического центра соответствует всем международным стандартам и не уступает лучшим клиникам мира. На сегодняшний день в составе кардиохирургического центра открыты три кардиохирургические операционные, одна из которых предназначена для проведения «гибридных» операций, отделение кардиореанимации на 12 коек и центральное стерилизационное отделение.

Все операционные залы оснащены воздухораспределителями одноструйного потока сверхтонкой очистки со встроенными фильтрами, так называемыми ламинарными потоками. Подобный принцип обеспечивает более высокую стерильность в операционных, что позволяет свести к минимуму возможность возникновения заражения различными внешними инфекциями, а также весьма позитивно влияет на скорость послеоперационного восстановления. Коридоры операционных блоков оборудованы рециркуляторами воздуха.

Для ограничения операционного поля используются одноразовые хирургические кардиоваскулярные комплекты стерильного белья отечественного и импортного производства; современные шовные материалы. Вся подготовка пациента к операции доверена медицинским сестрам.

Для транспортировки и перекладывания пациента на операционный стол и обратно используется автоматический перекладчик. Благодаря использованию перекладчика обеспечивается максимальный комфорт и безопасность пациента и персонала – исключается риск травмирования, транспортировка

может быть произведена одним человеком, существенно экономится рабочее время персонала.

Операцию можно сравнить с музыкальным произведением, в котором каждый исполняет свою партию. Медицинские сестры активно способствуют внедрению новых технологий и инноваций в области сестринского дела благодаря обмену опытом с коллегами, изучая научно-популярную литературу

Достигнутые результаты обусловлены высокой квалификацией всех специалистов кардиохирургической бригады, в т.ч. операционных сестер, применением инновационных технологических разработок в обеспечении искусственного кровообращения и механической поддержки насосной функции сердца, ИВЛ, протезирования функции жизненно важных органов, применением современных расходных материалов и фармакологических средств, а также современных методов организации здравоохранения

Одной из наиболее часто выполняемых процедур является забор крови для лабораторных исследований. Для безопасного и комфортного выполнения данной манипуляции а также для повышения точности результатов анализа в БУЗ ВО ВОКБ № 1 используются одноразовые вакуумные системы. Их использование позволяет также не только обеспечить инфекционную безопасность персонала и пациента, но и сократить время на осуществление процедуры. Так если раньше на забор крови от одного пациента требовалось 5–10 минут, то сейчас это время сократилось до 3–5 минут. Также к преимуществам использования вакуумной системы можно отнести удобство хранения, транспортировки пробирок и простота утилизации системы.

Привлекательность и имидж лечебного учреждения формируются во многом благодаря сестринской службе, персонал которой в течение суток находится с пациентами, выполняя свои обязанности. Залог успешной работы медицинских сестёр – это наличие высококласного оборудования и иных современных средств, используемых в работе сестринского персонала.

В заключение следует отметить, что сестринский персонал играет немаловажную роль в обеспечении высокого качества лечебно-диагностического процесса, которая заключается в:

- четком и грамотном выполнении назначений врача;
- профилактике инфекций связанных с оказанием медицинской помощи (профилактика катетер ассоциированной инфекции);
- круглосуточном динамическом наблюдении за пациентом с регистрацией в листах интенсивного наблюдения;
- умении сотрудничать с пациентом, внушать ему надежду на выздоровление;

– повышении квалификации медицинской сестры, обмене опытом работы и самообразовании, в том числе и по вопросам нутритивной поддержки пациентов.

Качество медицинской помощи – приоритетная задача здравоохранения, и на ее решение должно быть направлено внедрение новых медицинских технологий и моделей организации медицинской помощи.

СИМПОЗИУМ
«СЕЛЬСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
И ЕГО РАЗВИТИЕ»

СОВРЕМЕННОЕ РАЗВИТИЕ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

П. П. Локтев – главный фельдшер

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Станция скорой медицинской помощи»*

Сельское население составляет 26 % населения Российской Федерации или 37,2 млн человек. В четверти субъектов РФ сельские жители составляют 40 % населения. Доступность медицинской помощи является важнейшей проблемой организации здравоохранения, повышения качества жизни населения, в особенности сельского. Основные медицинские ресурсы сконцентрированы в городах. Практически все регионы сталкиваются с проблемой дефицита врачей, фельдшеров, медицинских сестер в сельских и отдаленных районах. Необходимо чтобы медицинская помощь была максимально приближена к месту проживания.

Концепция развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года представляет собой анализ состояния здравоохранения, а также основные цели, задачи и способы его совершенствования на основе применения системного подхода. Концепция разработана в соответствии с Конституцией РФ, федеральными законами и иными нормативными правовыми актами РФ, общепризнанными принципами и нормами международного права в области здравоохранения и с учетом отечественного и зарубежного опыта.

Чтобы улучшить ситуацию с состоянием здоровья граждан, необходимо обеспечить качественный прорыв в системе здравоохранения. Отрасли нужны инновационные разработки в сфере профилактики, диагностики и лечения заболеваний, эффективная система подготовки и переподготовки медицинских кадров, современные высокотехнологичные информационные системы.

Характеристика демографических показателей сельского населения выглядит следующим образом: рождаемость сельского населения на 16,7 % выше, чем у городского. Смертность на 19,3 % выше, а младенческая смертность на 31,9 % выше, чем у городского населения. Смертность сельского населения от болезней системы кровообращения на 18,8 % выше, чем у городского. Смертность от внешних причин на 43,6 % выше, чем у городского населения.

Сельскому здравоохранению России свойственны специфические характеристики, требующие определённых подходов в модернизации. Особенности сельской жизни являются низкая плотность населения, большая территорияальная протяженность и плохое дорожно-транспортное сообщение

с соседними районами и областными центрами. В селах больше, чем в городах, лиц старше 75 лет, одиноких и престарелых, инвалидов и безработных. Отмечаются низкие социально-экономические условия жизни сельских жителей, и они хуже, чем городских. Государственные расходы на здравоохранение сократилось на 8 % в постоянных ценах. Если расход на здравоохранение в 2012 году составлял 2,3 трлн рублей, то в 2016 году – 2,1 трлн рублей. При этом отмечается сокращение врачебного и сестринского персонала на 4 %, а число больных, которые нуждаются в медицинской помощи, возросло на 0,6 %. Подобный дисбаланс естественно сказывается на дальнейшем развитии в системе сельского здравоохранения. За период с 2012 по 2016 годы мы видим увеличение на 4 % числа врачебных амбулаторий, в составе медицинских организаций, а сокращение участковых больниц в составе медицинских организаций составило 24 %. Произошло сокращение ФАПов на 5 %. Число фельдшеров и медицинских сестер, работающих на ФАПах, сократилось на 9 %. Соответственно и уровень госпитализации уменьшился на 3 %. Все эти неблагоприятные факторы обострили ситуацию с доступностью сельской медицины. С сокращением ФАПов и участковых больниц люди из отдаленных населенных пунктов зачастую не могут обратиться во врачебные амбулатории, которые находятся на значительном расстоянии от их места проживания.

Анализ международного и отечественного опыта показывает, что организация медицинской помощи сельскому населению должна реализовываться в рамках комплексных программ, которые должны учитывать риски со стороны внешней среды, особенности развития региона и стратегические направления административных реформ. Формирование и реализация совместных, федеральных и региональных программ требуют соблюдения единства в решении проблем. При этом планирование коечной мощности медицинских организаций вне пределов крупных городов не учитывает особенностей расселения на определенной территории, половозрастного состава населения, особенностей в структуре заболеваемости, этапности при организации медицинской помощи, что порождает структурные диспропорции, влияющие на ее доступность для населения и качество. Необходимо основываться на **принципах сельского здравоохранения**: Государственный характер, профилактическое направление, бесплатность и общедоступность, единство медицинской науки и практики здравоохранения. Обеспечение качества лечебно-диагностического процесса на основе соблюдения утверждённых стандартов и протоколов.

Факторы, определяющие особенности организации медицинской помощи сельскому населению: характер расселения в сельской местности (малая плотность населения, неравномерность расселения, удаленность населенных

пунктов от райцентров); характер сельского труда (сезонность работ, неотложность, занятость личным подсобным хозяйством, тяжёлые условия труда в аграрном секторе). Также отмечаются недостаточное развитие транспортных связей, демографические особенности сельского населения: снижение доли лиц трудоспособного возраста, увеличение удельного веса пожилых и старых, незанятость большей части населения в общественном секторе, увеличение доли социально дезадаптированного населения. В современных условиях реформирования здравоохранения самой актуальной остается проблема кадрового укрепления фельдшерско-акушерских пунктов, здравпунктов, особенно отдаленных населенных пунктов. Однако повышенная интенсивность деятельности фельдшеров ФАПов, требования качества оказываемых услуг при недостаточной системе финансового обеспечения обуславливают текучесть кадров, повышенную психологическую нагрузку, способствуют проявлению симптомов «эмоционального выгорания» и переходу их на работу в медицинские организации областных центров. Ежегодно происходит «старение» кадров, молодые специалисты из-за отсутствия жилья не приходят работать на ФАПы. Особенно остро эта проблема стоит в населенных пунктах, отдаленных от областных и районных центрах. Из-за сложности работы: разбросанность населенных пунктов фельдшеры вынуждены ходить пешком на вызовы и активы, часто тратя на это более трех часов. Отсутствие транспорта, удаленность от районного центра, ненормированный рабочий день – вызовы после окончания рабочего дня или ночью, в связи с негативным поведением асоциальной части жителей невозможно осуществлять активы, приглашать на прививки, онкоосмотры. Так же отмечается низкий уровень материальной оснащённости ФАПов, отсутствие современной лечебно-диагностической аппаратуры и расходных материалов. Отмечаются неблагоприятные социально-бытовые условия, особенно для семейных специалистов. На большинстве ФАПах отсутствует возможность пользоваться Интернетом, что очень сильно затрудняет процесс непрерывного профессионального образования и возможность получить срочную профессиональную консультацию. Низкая зарплата, отсутствие перспектив – все это делает работу в селе малопривлекательной для специалистов.

Для решения кадровой задачи необходимо: привлекать молодежь, проводить агитационную пропаганду среди школьников сельской местности, работать со студентами колледжей, проводить целевой набор на медицинские факультеты с последующим обязательным трудоустройством по месту жительства. Активно участвовать в распределении на преддипломную практику и работу, создать комфортную психологическую обстановку в подразделениях медицинской организации при прохождении студентами практики, работать

с главами администраций по выделению жилья для сотрудников ФАПов. Необходимо активно внедрять целевые программы с целью удержания кадров на селе и в то же время усиливать меры социальной поддержки специалистов, приступивших к работе в фельдшерских здравпунктах и фельдшерско-акушерских пунктах. Решать кадровые вопросы на селе, внедряя программу «Земский фельдшер», основанную на полноценной социальной поддержке молодого специалиста. Хочется обратить внимание на роль специализированных секций Ассоциации медицинских сестер России в вопросах профессиональной подготовки фельдшеров и медицинских сестер: проводятся научно-практические конференции, форумы, конгрессы, проекты, обучающие семинары, профессиональные конкурсы. Считаю обязательным создание доступной информационной среды для каждого фельдшера ФАПа, здравпунктов, для изучения современных технологий, стандартов по специальности «Лечебное дело». В настоящее время необходимо, чтобы государство срочно приняло программы экономической поддержки сельского здравоохранения для реализации комплекса мероприятий в области здравоохранения, направленных на укрепление первичной медико-санитарной помощи в сельской местности, включая развитие сети ФАПов и врачебных амбулаторий, с учетом установленных критериев физической доступности доврачебной и врачебной помощи. Неотложными мерами должны стать: совершенствование и укрепление ЦРБ, как основного звена в повышении качества и эффективности медицинской помощи сельским жителям. Организация межрайонных специализированных отделений и развитие выездных форм медицинской помощи, расширение применения передвижных мобильных медицинских комплексов для проведения диагностических исследований и оказания медицинской помощи пациентам из отдаленных населенных пунктов, массовое внедрение института врача общей практики в сельской местности, формирование квалифицированного кадрового потенциала здравоохранения. Необходимо обратить внимание на повышение квалификации, подготовку и переподготовку кадров, внедрение в практику первичного звена здравоохранения сельской местности и удаленных районов телекоммуникационных технологий, а также внедрение стандартов оказания медицинской помощи. Большое внимание должно быть уделено проведению диспансеризации населения и других профилактических мероприятий, а также созданию систем, заинтересованных в защите прав пациентов и в повышении эффективности использования ресурсов здравоохранения (развитие рынка страховых услуг).

Литература:

1. Улумбекова Г. Э. «Здравоохранение России. Что надо делать» М., ГЭОТАР-Медиа, 2010 год, С. 592.

2. Федеральная служба государственной статистики. «Здравоохранение в России 2015», «Здравоохранение в России 2016», г. Москва, 2015–2016 г., С. 16, 18.
3. Бондаренко Л.В. Развитие сельских территорий России: оценки, мнения, ожидания. Социологические исследования., 2016 г., № 3. С. 76–82.
4. Улумбекова Г.Э. «Здравоохранение России и регионов. От диагноза к лечению», г. Москва, 2017 г., тезисы выступления на V международной конференции «Оргздрав-2017. «Эффективное управление медицинской организацией».

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ, ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КУЗБАССЕ

А.Б. Тайченачев

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Крапивинская районная больница», фельдшер отделения скорой медицинской помощи, главный фельдшер, и.о. заведующего отделения скорой медицинской помощи, председатель специализированной секции «Скорая медицинская помощь» КРОО ПАМСК, член специализированной секции РАМС «Лечебное дело»

За последние десятилетия в России, и в Кемеровской области в частности, отмечается резкий рост урбанизации населения. Для урбанизации характерны приток в города сельского населения и возрастающее маятниковое движение населения из сельского окружения в ближайшие малые и крупные города. Данное действие представляет собой сложный многосторонний демографический, политический, социально-экономический и географический процесс, затрагивающий практически все сферы человеческого сообщества, в первую очередь – здоровье, как высшую ценность. Но, в данном случае стоит рассматривать не влияние урбанизации на здоровье человека, а динамично изменяющуюся структуру сельских территорий (снижение количества сельского населения, резкое снижение доли малых сельских поселений). Именно эти процессы вступают в противоречие с существующей системой здравоохранения, которая не соответствует структуре сельских расселений, т.к., в основном представлена наследием системы здравоохранения СССР. Это фельдшерско-акушерские пункты, созданные в 70–80-х годах XX в., не соответствующие в настоящее время санитарным требованиям, зачастую требующие капитального ремонта. Целесообразность поддержания ряда фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с современными нормами вызывает сомнение, т.к. приписное население динамично уменьшается из года в год,

а медицинские кадры представлены специалистами пенсионного возраста (прибывшие по распределению системы здравоохранения СССР). Приток молодых специалистов в сельские населенные пункты, прежде всего фельдшеров – крайне низок.

Распределение по возрасту специалистов со средним медицинским образованием Кемеровской области за 3 года показывает, что группа старше 50 лет динамично увеличивается, а в группе до 29 лет динамика либо слабо положительная, либо отрицательная. Сохранение тенденций в кадровой ситуации в сельском здравоохранении Кузбасса в конечном итоге приведет не только к снижению уровня и качества медицинского обслуживания населения, но и к полному его отсутствию в ряде сельских территорий.

Нынешняя система сельского здравоохранения функционирует в ситуации организационного, кадрового и социально-экономического дисбаланса, что, несомненно, требует кардинальных изменений и ряда комплексных мер, направленных на создание эффективной модели сельского здравоохранения.

Реорганизация первичного звена. Медицинская помощь должна быть организована по территориально-участковому принципу, кадровые, финансовые ресурсы необходимо направить на **организацию (усиление потенциала) врачебных амбулаторий и общих врачебных практик**, с учетом их транспортной доступности и удаленности населенных пунктов на территории их обслуживания. Подобные медицинские формирования, являясь структурным подразделением районных больниц должны быть доступны населению, т.е. необходима развитая транспортная инфраструктура, что подразумевает согласование с муниципалитетами. Для обеспечения населения доступностью экстренной и неотложной медицинской помощью, необходимо оснащение врачебных амбулаторий и ОВП **санитарными автомобилями класса А, по принципу организации работы станций и отделений скорой медицинской помощи (т.е. обеспечение 20-минутной доступности)**. Организация экстренной и неотложной медицинской помощи, динамического наблюдения пациентов на дому подразумевает **освобожденного от амбулаторного приема медицинского работника (фельдшера)**. Данный аспект медицинской деятельности, не только приближает экстренную медицинскую помощь к населению закрепленных территорий, но и обеспечивает доступность в скорой медицинской помощи жителей всего района, снижая нагрузку на станцию (отделение) скорой медицинской помощи, значительно влияет на показатели оперативности в целом.

С учетом индивидуальных особенностей каждой сельской территории, мониторинга динамики убыли населения, закрепления населенного пункта

за врачебной амбулаторией (ОВП) и адекватной транспортной доступности **целесообразность организации фельдшерско-акушерских пунктов в территориях численностью менее 200 человек сомнительна.**

Одним из факторов полноценной работы и высокого качества медицинского обслуживания населения является выездная работа. Организация стабильной работы мобильной бригады, по утвержденному графику, с использованием передвижных фельдшерско-акушерских пунктов (амбулаторий) – обеспечение доступности медицинской помощи удаленных и малонаселенных сельских территорий, выполнение профилактической работы, диспансеризации, динамического наблюдения. *«Состав мобильной медицинской бригады формируется руководителем медицинской организации ... исходя из цели ее формирования и возложенных задач, с учетом имеющихся медицинских организаций, ... ее кадрового и технического потенциала, а также половозрастной, социальной структуры населения и его потребности в отдельных видах медицинской помощи»* – выдержка из приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». Зачастую, в организации выездной работы ключевыми становятся слова – кадровый и технический потенциал. С учетом вышеописанных процессов урбанизации, прогнозируемого кадрового коллапса в фельдшерско-акушерских пунктах отдаленных и мало населенных территорий **целесообразно рассмотреть формирование на базе районных больниц отделений выездной работы**, с минимально необходимым штатом медицинских сотрудников, собственной материально-технической базой. Сохраняя возможность привлечь узких специалистов медицинской организации, подобное формирование сможет обеспечить полноценную выездную работу.

В направлении развития материально-технической базы сельского здравоохранения необходимо **обратить внимание на телемедицинские технологии.** Есть опыт применения телемедицинской системы в Крапивинском районе Кемеровской области – комплекса медицинского оборудования для удаленной регистрации, передачи, диспетчеризации, обработки и архивирования информации о состоянии пациента в отдаленных медицинских учреждениях (кардиография; холтеровское кардиомониторирование; спирография; общий анализ мочи; анализ крови (холестерин, гемоглобин, глюкоза); энцефалография, реография) Основные направления – оказание экстренной помощи, организация и проведение профилактических медицинских осмотров и массового медицинского скрининга сельского населения (отдаленной диспансеризации), проведение функциональных исследований, направленных на сокращение времени принятия врачебного решения.

При использовании данной телемедицинской системы мы столкнулись **с рядом положительных и отрицательных моментов**. К первым относятся: 1) сокращение сроков и повышение качества диагностики, уменьшение числа случаев осложнений заболеваний, приближение современных методов диагностики и лечения к широким слоям населения; 2) социальная эффективность, обеспечение одного из важнейших конституционных прав граждан – на доступную квалифицированную медицинскую помощь, за счет расширения объема первичной медицинской помощи и обеспечения ее соответствия стандартам оказания медицинских услуг по видам и характеру заболеваний; 3) благодаря быстрой и правильной постановке диагноза и назначениям с помощью телемедицинских технологий, лечение удешевляется, сокращаются затраты на пребывание в стационаре, уменьшаются социальные выплаты по больничным листам, сокращается количество хронических больных и инвалидов; 4) увеличение видов амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной населению в сельской местности; 5) способ решения проблемы нехватки квалифицированных кадров; 6) экономическая эффективность; 6) значительное уменьшение затрат и времени пациента, связанных с логистикой; 7) повышение удовлетворенности населения работой муниципального здравоохранения; К отрицательным моментам можно отнести инертность и компьютерную малограмотность медицинского персонала, что после проведения ряда семинаров и практических занятий удалось ликвидировать.

Есть положительный опыт постройки модульных ФАПов, отвечающих всем требованиям оказания медицинской помощи в 2012 году. Модульные ФАПы – это быстровозводимые сооружения со всеми коммуникациями, оборудованные с соблюдением всех необходимых санитарных норм. Общая площадь каждого из модулей 90 кв. м. Для работы медицинского персонала созданы все условия: кабинеты приема фельдшера, смотровой с гинекологическим креслом, процедурный, прививочный, помещения для хранения лекарственных средств, для персонала с раздевалкой, санузел. Фельдшерско-акушерские пункты приобретены за счет областного бюджета. Стоимость каждого 3,5 млн руб.

Распространением положительного опыта, организацией конференций, разработкой методических материалов для специалистов сельского здравоохранения занимается Профессиональная ассоциация медицинских сестер Кузбасса

Постоянно нарастающий кадровый дефицит в первичном здравоохранении, особенно в сельской местности – ситуация, которая возникла не сегодня. Работать в первичном звене, тем более в селе всегда считалось менее престижным, чем например в стационаре. Не менее важным фактором является **снижение престижа профессии** медицинского работника.

С учетом существующих проблем необходимо реализовывать **программы, направленные на профориентационную работу с выпускниками школ**, добиваясь при этом повышения престижа профессии, мотивации выбора профессии медицинского работника, и самое главное для сельского здравоохранения – возвращения специалистов, после окончания учебных заведений. Мотивировать специалистов на работу в сельском здравоохранении можно, **предоставив жилье на условиях социального найма с последующей приватизацией (после 10 лет отработки), и продолжить реализацию программы «Земский фельдшер» на территории всей России.**

Оптимизация сельского здравоохранения – это не ликвидация фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий, штатных единиц врачей и других медицинских работников, а комплекс мероприятий для достижения наилучшего результата деятельности системы. Это реорганизация системы, выявление наиболее проблемных зон, установление неэффективных расходов и неэффективно работающих медицинских организаций, на основе анализа и индивидуального подхода.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ФАП

Л. А. Байдикова – главный фельдшер

ГАУЗ «Брянская городская станция скорой медицинской помощи»

1. Фельдшерско-акушерский пункт: структура; виды деятельности; квалификационные характеристики должностей сотрудников ФАП;
2. Приказы Министерства здравоохранения РФ, регламентирующие работу ФАП.
3. Организация работы ФАПа: основные задачи; оснащение.
4. Социальные проблемы реализации профессиональной роли фельдшера в здравоохранении (результаты анкетирования)

ФАП – является первым уровнем оказания медицинской помощи сельскому населению. Необходимость доврачебного звена здравоохранения в сельской местности определяется малой плотностью проживания населения (в отличие от компактного городского населения). ФАПы располагаются в наиболее удалённых от больницы населённых пунктах, делая медицинскую помощь для их жителей более доступной. Фельдшер ФАП ведёт приём населения амбулаторно и на дому, может назначать лечение в пределах компетенции фельдшера и акушерки, осуществляет патронаж детей до 3 лет, обеспечивает консультации со специалистами и выполняет врачебные предписания.

Выполняет медицинское обслуживание детских дошкольных учреждений, не имеющих в своём составе медработников. ФАП оказывает неотложную медицинскую помощь на доврачебном этапе. ФАПы проводят санитарно-противоэпидемическую работу на подведомственной территории: выявляют и изолируют заразных больных, проводят текущую дезинфекцию помещений, где больные прибывали, отстраняют от работы в пищеблоках, детских и лечебных учреждениях лиц, контактировавших с больными, проводят профилактические прививки. ФАП осуществляет санитарно-эпидемиологический надзор за территорией и расположенными на ней организациями.

Регламентирует работу ФАП Приказ МЗ РФ № 543-н от 15 мая 2012 года «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (приложение № 15):

Структура ФАПА и штатная численность устанавливаются руководителем медицинской организации, в структуру которой входит ФАП, исходя:

- из объема проводимой лечебно-диагностической работы
- с учетом уровня и структуры заболеваемости и смертности,
- возрастного состава населения, его плотности,
- в соответствии с приложением N 16 к Положению об организации оказания ПМСП взрослому населению.

– ФАП структурное подразделение медицинской организации для оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи (далее – доврачебная медицинская помощь) и паллиативной медицинской помощи населению в сельских населенных пунктах. Рекомендуемая численность обслуживаемого ФАПом населения от 300 до 700 человек, включая детское население.

«Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н (зарегистрирован Минюстом России 25 августа 2010 г., регистрационный № 18247) определяют, что

- на должность заведующего фельдшерско-акушерским пунктом – фельдшера назначается специалист, соответствующий квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н (зарегистрирован Минюстом России 25 августа 2010 г., регистрационный № 18247), для должности «фельдшер».

- на должность акушера фельдшерско-акушерского пункта назначается специалист, соответствующий квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н (зарегистрирован Минюстом России 25 августа 2010 г., регистрационный № 18247), для должности «акушерка».

- на должность медицинской сестры фельдшерско-акушерского пункта назначается специалист, соответствующий квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н (зарегистрирован Минюстом России 25 августа 2010 г., регистрационный № 18247), для должности «медицинская сестра

На плечах этих людей лежит забота о здоровье четвертой части населения России, проживающего в сельской местности. Они всегда пользуются огромным уважением, потому как почти каждый сельчанин обязан здоровьем, а иногда и жизнью именно этому специалисту. Не секрет, что работать в деревне фельдшером гораздо сложнее, чем в городе. Городской доктор имеет рабочее место и ограниченный рабочий день. Сельский же фельдшер, как правило, один на несколько деревень. Он спешит на помощь больному в любое время дня и ночи, в любую погоду. Фельдшер обязан совмещать многие врачебные специальности: лечить простуду, оказывать помощь при травмах. Кроме приема, похода по вызовам, профилактических визитов, он осуществляет прививочную деятельность

Для организации работы фельдшерско-акушерского пункта в его структуре рекомендуется предусматривать следующие помещения:

- процедурная;
- комната фельдшера и акушерки;
- комната экстренного приема родов;
- комната временного пребывания пациентов;
- санузел для персонала;
- санузел для пациентов;

Основными задачами ФАП являются:

1. диагностика и лечение неосложненных острых заболеваний, хронических заболеваний и их обострений, других состояний, травм, отравлений по назначению врача;
2. своевременное и в полном объеме выполнение назначений врача в соответствии с действующими стандартами оказания первичной медико-санитарной помощи;
3. направление больных с хроническими заболеваниями, в том числе состоящих под диспансерным наблюдением, к участковому врачу с целью коррекции лечения и плана диспансерного наблюдения;
4. организация патронажа детей и беременных женщин;
5. систематическое наблюдение за состоянием здоровья отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг;

6. проведение профилактических и лечебных мероприятий;
7. проведение под руководством врача комплекса профилактических, противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, прежде всего инфекционной и паразитарной, сельскохозяйственного и бытового травматизма;
8. проведение мероприятий по снижению детской и материнской смертности;
9. наблюдение за контактными лицами в очагах инфекции;
10. ежеквартальное обследование детей школьных и дошкольных учреждений на педикулез;
11. участие в проведении периодических медицинских осмотров работников;
12. проведение один раз в год подворной (поквартирной) переписи населения, проживающего на обслуживаемом участке;
13. проведение санитарно-просветительной работы;
14. организация стационара на дому;
15. обеспечение своевременной госпитализации больных, нуждающихся в оказании стационарной медицинской помощи, в том числе женщин с патологией беременности, а также медицинскую эвакуацию рожениц и родильниц в родильное отделение;
16. осуществление мероприятий по медицинской реабилитации;
17. выявление курящих лиц и лиц, избыточно потребляющих алкоголь, с высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя;
18. оказание медицинской помощи курящим лицам и лицам, избыточно потребляющим алкоголь, по отказу от курения и злоупотребления алкоголя, включая направление их для консультации и лечения в отделения (кабинеты) медицинской профилактики, центры здоровья и специализированные профильные медицинские организации;
19. осуществление мероприятий по формированию здорового образа жизни;
20. направление пациентов в медицинские организации для оказания первичной (врачебной, специализированной) медико-санитарной или специализированной медицинской помощи в случаях, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи по профилям, и организация записи на прием к врачам-специалистам;
21. устранение угрожающих жизни состояний с последующей организацией медицинской эвакуации в медицинские организации или их подразделения, оказывающие специализированную медицинскую помощь в сопровождении медицинского работника ФАП либо бригадой скорой медицинской помощи;

22. выявление лиц с повышенным риском развития злокачественных новообразований, 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;

23. оказание паллиативной помощи больным, в том числе больным онкологическими заболеваниями, нуждающимся в наркотических и сильнодействующих лекарственных средствах в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов;

24. участие в мероприятиях по организации оказания первой помощи до прибытия медицинских работников населению малочисленных и (или) расположенных на значительном удалении от медицинской организации населенных пунктов при угрожающих жизни состояниях и (или) заболеваниях;

25. осуществление санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

26. санитарно-гигиеническое образование населения;

27. осуществление мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства;

28. экспертиза временной нетрудоспособности;

29. проведение подворных (поквартирных) обходов с целью выявления больных инфекционным заболеванием, контактных с ними лиц и подозрительных на инфекционное заболевание, в случае угрозы или возникновения эпидемии инфекционного заболевания;

30. извещение в установленном порядке, центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора об инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваниях, отравлениях населения и выявленных нарушениях санитарно-гигиенических требований;

31. обеспечение рецептами на лекарственные средства для амбулаторного лечения граждан в рамках оказания государственной социальной помощи и граждан, имеющих право на получение лекарственных средств бесплатно и со скидкой;

32. реализация лекарственных средств и медицинских изделий в случае отсутствия на территории населенного пункта аптечных организаций;

33. осуществление взаимодействия с медицинскими организациями, территориальными органами Роспотребнадзора и Росздравнадзора, по вопросам оказания доврачебной медицинской помощи;

34. осуществление других мероприятий, связанных с оказанием первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

С целью выявления особенностей в работе медицинских раб отников ФАПа было проведено анкетирование, по результатам которого сделаны следующие выводы:

На вопрос, пользовались ли Вы услугами фельдшера и остались полностью довольны – 63,87% жителей дали положительный ответ (24,65% мужчин и 39,22% женщин), скорее да – 28,01% (13,45% мужчин и 14,57% женщин), скорее нет – 1,12% (0,28% мужчин и 0,84% женщин), нет – 0,28% жителей, причём это только женщины; затруднились ответить – 2,80% жителей (1,68% мужчин и 1,12% женщин). Обращаются сначала к фельдшеру, а если он направит, то к врачу 70,59% респондентов. Обращаются к врачу, минуя визит к фельдшеру, 7,56% опрошенных. Мужчины несколько чаще обращаются к врачу, женщины – к фельдшеру. Предпочтения населения по вопросу о том, кто лучше справится с работой фельдшера, представлены в табл. 1. По результатам опроса выяснилось, что треть населения (33,66%) хотели, чтобы их дети или кто-то из детей работал фельдшером; у 1,40% (0,56% мужчин и 0,84% женщин) дети уже работают фельдшерами.

На вопрос, кого хотели бы видеть своим фельдшером сельские жители ответили:

- Женщину с высшим образованием и опытом работы, 27,17%
- Женщину со средним специальным образованием и опытом работы, 48,74%
- Молодого специалиста -женщину с высшим образованием, 0,56%
- Молодого специалиста-женщину со средним специальным образованием, 3,64%
- Мужчину с опытом работы и высшим образованием, 8,12%
- Мужчину с опытом работы и средним специальным образованием, 3,92%
- Молодого специалиста-мужчину с высшим образованием, 1,96%
- Молодого специалиста-мужчину со средним специальным образованием, 4%
- Затруднились ответить, 1,40%

Таким образом, потребность в фельдшере как необходимом участнике процесса медицинской помощи, подтверждена объективными данными социологического опроса. Более того, население считает, что необходимо улучшить условия труда и жизни работников первичного звена здравоохранения.

Отношение фельдшеров к своей профессии

Приводится интерпретация мнения о сложившейся ситуации. С целью выяснения этого мнения было проведено анкетирование сельского населения Брянской области об удовлетворённости работой фельдшера, анкетирование работников ФАП и интернет-материалы. Материал был отобран по Брянской

о бласти. В результате проведенного опроса были получены следующие ответы на поставленные вопросы:

1. Каков статус ФАПов в современной России? Согласно Программе модернизации здравоохранения, ФАПы относятся к первому уровню оказания медицинской помощи («помощь шаговой доступности») и их число должно быть оптимизировано. Реально происходит их сокращение.

2. Как оценивают фельдшеры условия, в которых работают? Условия работы не соответствуют требованиям. На многих ФАПах нет необходимого – холодильников, решеток на окнах, нормального отопления, а где-то – и водопровода. Транспорт фельдшеры не обеспечены. Не обеспечен вывоз отходов. При большинстве ФАПов нет аптечных пунктов, что вынуждает жителей ездить за лекарствами в райцентр. Проблема оборудования помещений ФАПов и предоставления транспорта – дело местной администрации. Проблема лекарственного обеспечения и вывоза отходов – дело местных органов управления здравоохранением. Среди этих проблем самой острой фельдшеры считают проблему транспорта.

3. Как оценивают фельдшеры свои материальные и жилищно-бытовые условия? Жилищные условия у фельдшеров разные, но на них они не жалуются. Больше всего недовольства вызывает отсутствие детских садов и плохие условия транспортировки детей в школу и в те же детские сады. Заработная плата очень низкая – в среднем, 5–6 тысяч рублей в месяц. Были доплаты в рамках реализации Национального проекта «Здоровье», но сейчас они прекратились. Практически, все фельдшеры ведут приусадебное хозяйство.

4. Как оценивают фельдшеры, возможность профессиональной самореализации? Положительным фельдшеры считают регулярное повышение квалификации в областном центре. Отрицательным – низкий уровень внимания к ним со стороны врачей (прежде всего – врачей ЦРБ), ненормированный рабочий день. Недовольство вызывают ограничения, накладываемые на работу фельдшера (запрет проводить ряд манипуляций, которые проводят медсестры). Сформулирована этическая дилемма: должен ли фельдшер оказывать помощь пациенту, если тот в ней остро нуждается, но фельдшер не имеет права на данную манипуляцию (например, прием родов). Все фельдшеры признаются, что помощь оказывают всегда, когда к ним обращаются, но в ряде случаев, а) получают административные взыскания, б) не получают оплату от страховой компании. Претензии также по поводу проплат по ОМС: оплачиваются только первичные обращения. Фельдшеры отмечают, что процесс омоложения кадров в их службе в регионе, практически, пр. и остановился.

5. Каково отношение жителей к фельдшерской службе? Все, без исключения, фельдшеры отмечают теплое отношение к ним местных жителей, их помощь в транспортных проблемах, ремонтных работах на ФАПах и т.п. Недовольство местных жителей вызывает только отказ в проведении каких-то манипуляций, которые фельдшер не имеет права делать и по поводу которых приходится ехать в райцентр.

6. Как относятся к фельдшерской службе органы управления здравоохранением и местная администрация? Органы управления здравоохранением относятся без должного внимания. Местная администрация иногда помогает. Больше всего обижает фельдшеров равнодушное и снисходительное отношение некоторых врачей ЦРБ, невнимание к ним при доставке пациента в больницу, рекомендации мероприятий, которые фельдшер не имеет права проводить с одновременным отказом в госпитализации.

7. Что хотели бы фельдшеры изменить в своей работе? Приоритеты распределились следующим образом: обеспечить ФАПы транспортом, обеспечить их всеми требуемыми компонентами оборудования, водоснабжением и канализацией, повысить зарплату фельдшерам, расширить перечень манипуляций, разрешенных для выполнения фельдшерам, оплачивать не только первичные посещения пациентов, присылать на стажировку на ФАПы выпускников медицинских колледжей.

Медицинские работники на селе готовы работать по современным требованиям, что требует не только современного оснащения и высоких знаний, но и развития инфраструктуры села. Для этого необходимо, чтобы административные органы территорий, региона, а также органы управления здравоохранением проявляли больше заинтересованности в его укреплении, развитии, модернизации, что улучшит здоровье населения.

ПРОФИЛАКТИКА РИСКОВ В РАЗЛИЧНЫХ АСПЕКТАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Л. Г. Лобанова – фельдшер скорой медицинской помощи

ГБУЗ КО «Промышленовская районная больница»

Роль скорой медицинской помощи в сохранении здоровья, а нередко и жизни, людей велика. Такая значимость накладывает ответственность на профессиональную деятельность сотрудника скорой медицинской помощи и предъявляет высокие требования к ее выполнению.

Работа фельдшера скорой помощи важна, интересна, но и опасна. Для профилактики различных рисков, выявим риски, с которыми сталкивается фельдшер скорой неотложной помощи в своей работе:

- неблагоприятные климатические условия;
- постоянное пребывание в условиях вибрации и шума;
- постоянные психоэмоциональные нагрузки и стрессы;
- деформация личности и эмоциональное выгорание;
- работа в неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях;
- нарушение режима бодрствования и сна;
- нарушение режима питания;
- высокая физическая нагрузка;
- опасность автомобильной катастрофы;
- опасность инфекционного заражения;
- криминогенные факторы.

С неблагоприятными климатическими условиями в работе, фельдшер скорой помощи сталкивается как никто другой. Зачастую в машинах зимой холодно, летом жарко. Медработники оказывают экстренную помощь пострадавшим на улице, не зависимо от погодных условий. Помимо этого, работники скорой помощи подолгу ожидают, когда пациенты откроют дверь, особенно в сельской местности, где во дворе находится собака. Все это ведет к простудным заболеваниям, переходу их в хроническую форму.

Большую часть рабочего времени фельдшер скорой помощи проводит в машине. Плохое состояние дорог, ненадлежащее состояние автомобиля, вызывают вибрацию. Длительное воздействие вибрации на организм человека приводит к серьезным последствиям под названием «вибрационная болезнь». Вибрация может действовать как локально, так и на весь организм. Но в любом случае она способна к распространению, отражаясь на нервной и опорно-двигательной системе. Оснащение автомобиля во время его движения создает шум, что так же отрицательно влияет на состояние медработника.

Работники скорой помощи в отличие от других медработников общаются и оказывают помощь пациентам на дому, где пациент находится на своей территории и является тем самым хозяином положения. Фельдшер в такой ситуации должен быть еще и хорошим психологом. Подобное общение – психоэмоциональная нагрузка на сотрудника скорой помощи. Стрессовые факторы нарушают работу мозга, выработку гормонов, регулирующих жизненный ритм и самочувствие человека.

В особую группу можно выделить людей пожилого возраста, нарко и алкоголь зависимых. С возрастом происходит снижение поведенческого контроля, что приводит к нарастанию эгоцентризма, обидчивости, нетерпимости

к возражениям, мнительности. Человек, который выпивает или употребляет наркотики, живет в своем, эгоцентричном мире. С такими людьми часто приходится работать сотрудникам скорой помощи, т.к. эти люди не любят проводить свое время в очередях у кабинетов поликлиники. Общаться с такими людьми нужно крайне корректно. Процесс профессиональной деятельности, насыщенной эмоционально напряженным общением, создает дополнительные предпосылки для формирования синдрома эмоционального выгорания.

Работа фельдшера скорой помощи, подразумевает столкновение с неблагоприятными санитарно-гигиеническими условиями. Сотрудники СМП работают на улице, в местах пожара, на автодорожных происшествиях, на адресах асоциальных пациентов и в других антисанитарных условиях. Тем самым подвергая себя риску заражения инфекционными заболеваниями, травматизму.

Работа по ночам повышает риск сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, диабета, депрессии и ожирения. В сущности, бодрствование в темное время суток нарушает нормальную работу всего организма.

Сменный график без установленного перерыва на обед ведет к неправильному питанию. Нерациональное, нездоровое питание способствует развитию в организме различных вторичных физиологических нарушений: повышенного артериального давления, гиперхолестеринемии, избыточной массы тела, гипергликемии. Так же нерациональное питание ведет к высокой распространенности у сотрудников СМП сердечно-сосудистых, онкологических, обменных и других хронических неинфекционных заболеваний.

Перемещение тяжестей – основная причина, приводящая средний медицинский персонал к травме позвоночника и болям в спине. Остеохондроз позвоночника и его вторичные проявления – корешковые боли – одно из самых частых заболеваний медицинского персонала.

Повышенный риск дорожных аварий из-за высоких скоростей вождения в экстремальных ситуациях. К аварийности автомобиля СМП может привести плохое состояние дорог, климатические условия, работа водителя в ночное время суток и другие факторы.

Служба СМП является частью первичного звена системы здравоохранения, в результате фельдшера сталкиваются с больными с опасными инфекционными заболеваниями, такими как ВИЧ – инфекция, туберкулез, вирусные гепатиты и другие. При этом сотрудники скорой помощи могут не подозревать о наличии подобного заболевания у пациента, работая с ним в тесном контакте.

Специфика работы скорой помощи обуславливает регулярные столкновения с людьми, не осознающими свои действия и т.д., но адекватной защиты для жизни и здоровья работников скорой помощи закон не установил. В сельской местности высока опасность нападения, как домашних, так и бродячих

собак. Очень часто люди ведут себя агрессивно. В основном кричат, но иногда и пытаются накинуться с кулаками и даже с оружием. Каждый раз, выезжая по вызову, фельдшер не знает, что ждет его за дверью, а ведь дело приходится иметь с алкоголе-, наркозависимыми, и психически больными людьми.

На примере работы СМП Промышленновского района можно проследить динамику профилактики рисков за 2014–2016 гг.

	2014	2015	2016
Замена автопарка	–	–	1
Тренинг по работе с пациентами	1	1	2
Проведение спортивных мероприятий	1	2	2
Количество ДТП с машинами СМП	–	–	–
Нападения на бригаду СМП	–	–	–
Информация в СМИ о работе службы СМП	–	1	1
Обеспечение сотрудников спецодеждой	98 %	100 %	100 %

Из таблицы видно, что динамика профилактики рисков на СМП Промышленновского района положительная, прослеживается тенденция к улучшению ситуации. Руководство проводит спортивные и развлекательные мероприятия, поднимающие настроение персоналу. Внедряются новые технологии для улучшения работы сотрудников. За последние годы материально-техническое оснащение «скорой» качественно изменилось. В отделении СМП созданы хорошие условия для работы и отдыха медицинского персонала. Сотрудники обеспечены удобной спецодеждой для различных времен года. Регулярно обновляется медицинский транспорт, мед оборудование, произведена автоматизация систем управления.

Результат проводимой работы можно оценить укомплектованностью СМП сотрудниками и их заболеваемостью за 2014–2016 гг.

	2014	2015	2016
Штатные должности	36.75	36.75	36.75
Физические лица	32	33	34
% занятости	87.1	89.8	98.4 %
Больничный лист	12	10	7
Проф. Травма	–	–	–

Из таблицы видно, штат СМП Промышленновского района практически укомплектован фельдшерами, а штатные должности закрыты полностью, что отражает отсутствие текучки кадров. Проф. заболевания за последние годы отсутствуют. Периодически после окончания мед.колледжей штат

пополняется молодыми сотрудниками, которые после обучения возвращаются работать в свой район, а увольнения в последние года случаются в связи с переездом сотрудников на новое место жительства.

Выявив наиболее актуальные риски в работе СМП, можно подумать об их решении. Качественное обслуживание автотранспорта, своевременная замена автопарка. На работе такого рода должны быть заняты только квалифицированные водители. Обеспечение сотрудников надлежащей спецодеждой, соответствующей сезону, специальной обувью с нескользкими подошвами. Руководству предприятий с посменным графиком рекомендуется чаще чередовать сотрудников, работающих по ночам, учитывать при формировании смен частоту дежурств каждого работника и пропагандировать в коллективе здоровый образ жизни. Изучение с персоналом и использование безопасной техники подъема и передвижения тяжелых или неудобных грузов, использование механических приспособлений в помощь при подъеме. Обучение работников, как распознавать и реагировать на угрозу насилия; обеспечение сигналом тревоги или другими средствами вызова помощи или, при необходимости, сопровождение сотрудниками полиции на отдельные вызовы, которые считаются заведомо опасными. Также обеспечение средствами обороны и обучение их применению. Умение руководителя воспользоваться психологическим или профессиональным советом при связанном с работой стрессе или переутомлении. Плановое и внеплановое проведение с персоналом инструктажа безопасности, четкое знание средств индивидуальной защиты, санитарных норм каждым работником. Массовая работа с населением, путем внедрения информации в СМИ о нормативных документах, по которым работает служба скорой медицинской помощи. Внедрение Законопроекта, цель которого – защитить медработников от посягательств пациентов.

ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ПО ТИПУ: ОТДЕЛЕНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ-ФАП-СТАЦИОНАР

Л. Н. Пилевич – фельдшер скорой медицинской помощи

ГБУЗ Уваровской центральной районной больницы Тамбовской области

Здравоохранение – важная отрасль социальной сферы, максимально приближенная к людям. Именно на нем лежит основная ответственность за сохранение жизни и здоровья граждан, профилактику и снижение заболеваемости населения, улучшение жизни пациента.

В Уваровском районе медицинскую помощь сельским жителям оказывает Тамбовское областное государственное учреждение здравоохранения «Уваровская центральная районная больница».

Работа УЦРБ направлена на обеспечение доступной, эффективной и качественной медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Общая численность коллектива учреждения на конец 2016 г составила 746 человек. В ЦРБ трудятся 105 врачей, 4 провизора, 370 средних медицинских работников и 3 фармацевта.

Качество медицинского обслуживания в значительной степени зависит от квалификации медицинского персонала, поэтому ежегодно достаточно времени уделяется вопросам обучения, аттестации и квалификации медицинских работников.

В 2016 г наше учреждение стало участником программы «Земский доктор», молодые специалисты, работающие на селе, получили по 1 млн рублей.

С целью привлечения молодых специалистов в городе действовала муниципальная целевая программа «Поддержка молодых специалистов в системе здравоохранения». Увеличение продолжительности жизни во многом связано с решением как ранее начатых преобразований ПНП «Здоровье», направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи.

С февраля 2011 г на базе ТОГБУЗ «Уваровская ЦРБ» функционирует первичное сосудистое отделение в составе кардиологического отделения и неврологического для больных с ОНМК на 30 коек каждое. В 2016 г в травмоцентре ЦРБ получили специализированную помощь 119 человек, пострадавших в ДТП.

Эффективная работа амбулаторно-поликлинического учреждения и стационара невозможна без современного оборудования, полученного в рамках нацпроекта «Здоровье», которое функционирует в полном объеме.

Современная система здравоохранения невозможна без развития современных информационных систем. В ТОГБУЗ «Уваровская ЦРБ» ведется персонифицированный учет оказанных медицинских услуг, электронная медицинская карта гражданина, запись к врачу в электронном виде, обмен телемедицинскими данными, ведется электронный документооборот, единый регистр медицинских работников, электронный паспорт медицинского учреждения.

В малочисленных населенных пунктах и поселениях, расположенных на значительном удалении от ЦРБ и ее подразделений, организована работа 9 домовых хозяйств с целью оказания первой помощи населению до прибытия медицинских работников при внезапно возникших опасных для жизни состояниях, травмах и отравлениях. Проведено обучение навыкам оказания первой

помощи на базе Центра медицины катастроф, обеспечение аптечками первой помощи, методическими пособиями, памятками, телефонной связью.

Активно проводятся подворовые обходы выявления визуальных форм онкозаболеваний, контроля АД и уровня глюкозы крови с целью обеспечения 100 % охвата сельского населения. В целях приближения специализированной медицинской помощи жителям отдаленных сел, организована деятельность выездной бригады врачей УЦРБ, которая осуществляется в соответствии с планом работы учреждения.

В рамках Программы модернизации капитально отремонтированы и газифицированы все ФАПы и участковые больницы.

Квалифицированную медицинскую помощь получают жители сел при выезде социального автопоезда «Забота». С 2011 г плановые выезды врачебных бригад из Тамбовских медицинских учреждений при поддержке губернатора Тамбовской области А. Никитина в отдаленные деревни осуществляются 2 раза в год. В Уваровском районе служба скорой и неотложной медицинской помощи представлена отделением скорой помощи Уваровской ЦРБ. Оно расположено в приспособленном здании больничного комплекса, в котором проведен капитальный ремонт с заменой систем отопления, водоснабжения и канализации.

За последнее время внедрен ряд новых методов диагностики, лечения и обеспечения санэпидрежима, позволяющих оказывать догоспитальную помощь больным и пострадавшим в рамках современных технологий. Машины оснащены каталками, щитами для носилок, носилками плащевыми, средствами иммобилизации в большом ассортименте, электрокардиографами, дефибрилляторами, кардиомониторами, аппаратами ИВЛ, электроасpirаторами, термokonтейнерами для инфузионных растворов и пр.

За 2016 год обслужено 106 человек с ОКС, 254 человека с ОНМК, проведено 9 догоспитальных тромболизисов.

АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Л. А. Ващук – главная медицинская сестра

ГБУЗ КО «Тисульская районная больница»

В Российской Федерации около 30 млн человек составляют люди пенсионного возраста. Так как средняя продолжительность жизни растёт, доля пожилых людей в населении тоже увеличивается. Именно поэтому проблемы,

связанные с их общественным положением, ролью в семье, медико-социальной реабилитацией, обслуживанием и обеспечением очень важны. По статистике, пожилых людей больше в странах, которые являются экономически развитыми, в крупных городах, а также в сельской местности.

Наш район расположен на северо-востоке Кемеровской области, в 250 км. от областного центра. Удаленность населенных пунктов от ЦРБ в районе от 4 до 140 км. Число жителей района 22000 населения, из них взрослого населения – 17215, а лица пожилого возраста составляют 34 % от всего взрослого населения. В Тисульском районе организация медико-социальной помощи лицам пожилого возраста включает поэтапную медицинскую помощь (амбулаторно-поликлиническая, стационарная, паллиативная медицинская помощь). В нашем случае эта система работает как межведомственная и включает в себя структурные подразделения медицинской организации, Совета ветеранов, социальной защиты, церковной службы, волонтеров.

Амбулаторно – поликлиническая служба представлена участковой службой, мобильной бригадой, которая в основном обслуживает пациентов пожилого и старшего возраста, в нашей сельской местности это каждый четвертый житель.

Участковая служба – это диспансеризация, профилактическая работа, обучение пациентов и их родственников на дому принципам самоухода. Главная задача, которой, обеспечить возможность пожилому человеку оставаться дома как можно дольше.

При обращении в поликлинику, с амбулаторного приема данная категория пациентов сопровождается медицинской сестрой для консультаций специалистов.

Мобильная бригада проводит все лечебные процедуры на дому: инъекции – п/к, в/м, в/в, капельные вливания; забор биологического материала для лабораторного исследования; запись ЭКГ. Первостепенная роль возлагается на медицинских сестер. Посещая пациента на дому, медицинская сестра обращает внимание на все изменения в его состоянии, ведет необходимую документацию, своевременно информирует об изменениях врача, выполняет роль и психолога, и собеседника, что особенно важно для одиноких и пожилых пациентов. Это разгружает участковых медицинских сестер и дает возможность заниматься профилактической работой.

В последние годы этот вид медицинской помощи (стационарозамещающий) получил широкое развитие в амбулаторно-поликлинической службе. Это привело к снижению числа необоснованных госпитализаций и, соответственно, финансовых затрат на оплату дорогостоящей стационарной помощи.

Но при тяжелых состояниях к лицам пожилого возраста особое внимание – они в первую очередь госпитализируются в стационар, отказов в госпитализации нет.

С целью дальнейшего движения (маршрутизации) пациента нами разработан информационный лист – чек-лист движения пациента, по которому отслеживаются все этапы маршрутизации:

- дата посещения участкового врача;
- лечение мобильной бригадой;
- госпитализация в ОСУ, стационарные отделения;
- работа и контроль со стороны работников социальной защиты;
- церковь, волонтеры, Совет ветеранов, МСЭ;
- Перевод в специализированные отделения (дом престарелых, хоспис, психоневрологический интернат и др.).

Информационный лист пациента – чек-лист движения вкладывается в амбулаторную карту, карту стационарного лечения, это зависит на каком этапе находится пациент, где отмечено куда пациент направлен, выбыл, сообщено в мобильную бригаду, социальную защиту, нужны волонтеры, церковные услуги, услуги МСЭ, Совета ветеранов. При этом пациент не теряется, он под присмотром медицинских и социальных работников.

Квалифицированная паллиативная медицинская помощь лицам пожилого и старческого возраста одиноким и одиноко проживающим в сельской местности и находящимся в трудной жизненной ситуации, страдающим хроническими заболеваниями, частично утратившими способность к самообслуживанию в Тисульском районе, предоставляется Отделением сестринского ухода (ОСУ). Это помощь, не требующая ежедневного врачебного наблюдения, но при необходимости оказание консультативной и психологической помощи узкими специалистами.

Взаимосвязь ОСУ с:

1. с социальной службой – 1 раз в неделю работник социальной службы осуществляет работу с пациентами (помощь в поиске родственников, оформление немедицинских документов (паспорт и т.д.);
2. с МСЭ – оформление инвалидности. Выезд специалистов из г. Мариинска к постели пациента;
3. с церковью – беседы, службы, оказание материальной помощи, а в летальных случаях – проведение ритуальных услуг;
4. с волонтерами – общественными помощниками при церкви, внештатными добровольными сотрудниками при социальной службе;
5. с Советом ветеранов – помощь в памятные даты.

Сформированы не только взаимосвязи между поликлиникой и стационаром, но и других организаций, а это социальная защита населения Тисульского района, церковная служба, что способствовало созданию системы интегрированной медико-социальной помощи лицам пожилого возраста.

Организовано социальное обслуживание на дому, организован центр дневного пребывания, где пожилые люди могут общаться, получать лечение, улучшенное питание, вести клубную работу.

Подводя итог, можно резюмировать, что вся система «Пожилые люди: стационар (ОСУ) – АПС (мобильная бригада, участковая служба) – социальная защита – волонтеры – церковная служба – Совет ветеранов – МСЭ» заочленирована, присутствует преемственность между организациями. Происходит передача информации о данной категории пациентов, при этом пациент не теряется, он под присмотром.

Анализ собственного опыта работы этой системы позволяет говорить о лучшем качестве комплексного ухода и большем спектре услуг, лечения, образа жизни для пожилых людей. Можно сделать следующие выводы: служба особо важна на селе, нужно развивать ее дальше, и мы на своем опыте видим, что это дает положительные результаты. А главное, все те, кто работают с такой категорией пациентов, должны обладать не только необходимыми знаниями, а особой душевной добротой и состраданием.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ЗАДАЧИ ПЕРВИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

О.Е. Устюжанинов – фельдшер

СМП ОЭПКМП ГБУЗ ЛОКБ,

Заместитель председателя специализированной секции

РООЛО «ПАССД» «Лечебное дело»

В моем докладе речь пойдет о том, как на данный момент организовано первичное медицинское обслуживание сельского населения Ленинградской области и в каких направлениях его планируется развивать в ближайшие годы.

Хочу отметить, что это достаточно большая группа населения – по итогам последней переписи (2012 год) ее численность превышает 600 тысяч человек. Значительная их доля приходится на прилегающие к Санкт-Петербургу районы, и самая малая плотность сельского населения наблюдается в восточной части области. Всего же, согласно официальной статистике, каждый третий житель Ленинградской области проживает в сельском населенном пункте.

Около 45 % всего сельского населения находится в трудоспособном возрасте, и поэтому вопрос доступности и грамотной организации первичного здравоохранения на данной территории имеет стратегическое значение для нормального развития субъекта РФ.

При этом в последние годы Ленинградской области принадлежит сомнительное лидерство в списке российских регионов с высоким показателем смертности и, как следствие, демографическая обстановка здесь считается неблагоприятной.

Существуют многочисленные признаки, позволяющие сделать вывод об имеющихся в сельской местности Ленинградской области проблемах с медицинским обслуживанием – в частности, наблюдается рост негативных отзывов в Интернете о качестве полученной медицинской помощи или об уровне ее доступности, также граждане обращаются в Комитет здравоохранения и СМИ с письменными жалобами. Медицинские работники также выражают недовольство тем, что инфраструктура выстроена несбалансированно, ресурсы и кадры используются недостаточно эффективно.

Для того, чтобы изменить сложившуюся сложную ситуацию в лучшую сторону, областной Комитет здравоохранения год назад (июнь 2016 года) утвердил целый перечень проектов, которые направлены на обеспечение работающего социального и организационного механизма, который сделал бы первично-медицинскую помощь доступной и гарантированной для населения сельских районов Ленинградской области.

Среди тех мероприятий, которые перечислены в данном документе, некоторые уже частично претворены в жизнь – например, создана определенная правовая база, изменены условия труда медицинских работников, определен и утвержден перечень тех первичных медико-санитарных услуг, которые входят в гарантированный объем, и определены различные важные нюансы ее оказания.

Серьезнейшая работа должна быть проведена в организации работы фельдшерско-акушерских пунктов – как в плане организации работы дневных стационаров при ФАП, так и касательно документально-методического подкрепления работы фельдшеров. В частности, разрабатываются и утверждаются должностные инструкции для фельдшеров ФАП, производится оформление необходимых допусков, позволяющих фельдшерам ФАПа полноценно работать с препаратами наркотической группы.

Естественно, нормальное оказание первичной медпомощи населению окажется попросту невозможным, если оснащенность фельдшерско-акушерских пунктов не будет приведена в соответствие с реальными потребностями и современными требованиями к обслуживанию.

Изучение многолетней практики оказания медико-санитарной помощи сельскому населению позволяет предположить, что наиболее эффективной будет такая схема работы, когда гарантированный объем оказываемого медобслуживания включает в себя:

- пункт доврачебной помощи;
- дистанционные консультации;
- выездную работу;
- услуги аптеки;
- лабораторию;
- дневной стационар.

При этом каждый ФАП должен быть оснащен необходимым минимумом оборудования, включая пульсоксиметр, портативный электрокардиограф, портативный анализатор МНО, медицинский сейф-холодильник и необходимые емкости для сбора биоматериалов. Предполагается, что стоимость данного необходимого оборудования из расчета на один ФАП составит порядка 210 тысяч рублей. Сопоставимая сумма должна быть израсходована на дооснащение дневных стационаров при каждом сельском ФАП.

Следует понимать, что чтобы правильно расставлять приоритеты при строительстве новых сельских объектов здравоохранения нужно проводить комплексную оценку всех факторов – число проживающих, удаленность населенного пункта от крупных лечебно-диагностических учреждений, имеющаяся в настоящее время доступная медпомощь и пр.

Крайне важным для успешной реализации проектов видится аналитическая работа, когда проводится комплексная оценка эффективности проведенных мероприятий. Специалистами-аналитиками были определены критерии, позволяющие оценить успешность реализованных проектов. Особенно важно то, что подсчитать эти показатели можно количественно, и это позволяет рассчитывать на объективную оценку. Например, установлен минимальный процент манипуляций, которые должны быть проведены на каждые 100 обращений сельских жителей за медицинской помощью – минимум 40 %. В централизованной лаборатории должны выполняться 100 % лабораторных исследований от обратившихся пациентов. Установленные планы диспансеризации и вакцинации должны быть выполнены на 98 и 95 % соответственно.

Кроме того, предусмотрено получение обратной связи от населения по поводу качества первичного медико-санитарного обслуживания – не менее чем в 75 % пациенты должны быть удовлетворены им. Не менее половины пациентов в сельских районах должны получать медицинскую помощь в условиях дневного стационара.

Вопросы постоянного контроля за тем, как реализуются проектные мероприятия, становятся принципиально важными для их успешности – ведь именно контроль позволяет собирать исходные данные для аналитической работы, оценивать полученные результаты. Регулярно планируется проводить заседания Общественных советов при Комитете по здравоохранению, а также встречи и обсуждение сложившейся ситуации с населением – именно такой подход позволит своевременно выявить какие-то отклонения, которые могут возникнуть в ходе осуществления проектных мероприятий, и откорректировать нужные действия.

Важно понимать, что результаты данного проекта должны быть открыто оглашены как в средствах массовой информации, так и в документах, доступных медицинскому персоналу. Именно это позволит получать полную и своевременную обратную связь, оценивая в комплексе полученные результаты.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В РАМКАХ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ

Е.В. Неврычева – заведующая кафедрой сестринского дела, к.м.н.

М.Ю. Кунгурцева – ассистент кафедры сестринского дела

*КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения» МЗ ХК*

Н.В. Сапега – преподаватель

ГБПОУ Хабаровский государственный медицинский колледж

Актуальность: Ухудшение состояния здоровья населения диктует необходимость совершенствования профилактической медицинской помощи, особое внимание уделять коррекции факторов риска. Профилактическими могут быть не только медицинские вмешательства, но и образовательные технологии. Одним из перспективных направлений являются школы здоровья для пациентов.

Цели работы: изучение потребности пациентов в обучении в школах здоровья, разработка модульного подхода для проведения школ здоровья в медицинском учреждении (участковой больнице и ФАП п. Победа).

Для достижения данных целей были поставлены следующие задачи:

1. Изучить распространенность хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) среди приписного населения
2. Изучить потребность пациентов в обучении в школах здоровья.

3. Создать проект проведения школ здоровья для пациентов по модульному типу на базе участковой больницы и на ФАПе.

Объект исследования: пациенты, страдающие ХНИЗ и относящиеся к району обслуживания участковой больницы п. Победа и ФАП Хабаровского района Хабаровского края.

Пред мет исследования: потребность пациентов в школах здоровья.

Гипотеза: на терапевтических участках существует потребность в создании школ для пациентов.

Материалы и методы: анкетирование с использованием сплошной выборки

Результаты: Участковая больница п. Победа рассчитана на 20 терапевтических коек. В район обслуживания участковой больницы входят сельские поселения: Победа, Пасека, Иванковцы, Хаил. На участке обслуживания участковой больницы и ФАП, согласно статистическим данным, проживает: в п. Победа 1037 человек, из них взрослого население 736 человек. Численность п. Пасека 580 человек, из них взрослое население составляет 479 человек. Преобладающая возрастная группа среди взрослого населения п. Победа и п. Пасека 40-49 лет.

Население района обслуживания участковой больницы п. Победа и п. Пасека страдает от следующих хронических заболеваний: АГ, ИБС, СД и БА. Именно у этой категории пациентов мы изучали потребность в обучении в школах здоровья. Опрос проводился путем анкетирования с использованием сплошной выборки. Группа исследуемых составила 50 человек. Пациентам предлагалось ответить на вопросы анкеты, разработанной в соответствии с принятыми рекомендациями по проведению опроса взрослых.

Вопросы анкеты касались наличия факторов риска ХНИЗ, соблюдения здорового образа жизни (ЗОЖ), отношения к школам здоровья. Чаще всего обращаются за помощью пациенты в возрасте 60-75 лет (54%), реже всего – до 45 лет (4%). Среди поступивших в больницу и обратившихся за медицинской помощью на ФАП самостоятельно женщины составили 2/3 (62%) и 1/3 (37%) составили мужчины. Большинство пациентов не удовлетворены своим здоровьем (72%), меньше всего – ответили «да» (8%). Большинство знают о своем заболевании (78%), однако некоторые не знают свой диагноз (22%). 90% пациентов хотели бы, чтобы при участковой больнице были организованы школы здоровья. Одинаковое количество пациентов могут регулярно посещать школу (42%) и затрудняются с ответом (42%). Наибольший интерес у пациентов вызвала тема, раскрывающая суть заболеваний, особенности питания, физической нагрузки, самопомощи при ухудшении самочувствия. Подавляющее большинство пациентов (66%) знают об особенностях питания при своем заболевании, однако 62% больных в реальной

жизни их не соблюдают. Преобладает группа употребляющих алкоголь по праздникам (49 %), однако 11 % опрошенных принимает алкоголь каждый день.

Подавляющее большинство средних медицинских работников (74 %) относится с интересом к профилактике хронических неинфекционных заболеваний, безразличных к этой теме оказалось всего 6 %. Одинаковое количество медсестер считают нужным (33 %) создавать и проводить школы для пациентов, такое же количество против (33 %) и столько же затрудняются в выборе (33 %). Половина респондентов затруднилось ответить (50 %), треть считает школы для пациентов нужными (33 %) и меньшинство не считают школы здоровья (16 %) полезными. Половина опрошенных средних медицинских работников (50 %) проявила интерес к участию в школах здоровья для пациентов, а 10 % отметили безразличие.

Параллельно анкетированию изучалась структура школ здоровья АГ, ИБС, СД и БА. В школе по ИБС 8 занятий, в школе по АГ 8 занятий, в школе СД 5 занятий, в школе БА 6 занятий. Как видно из таблицы в структуре вышеперечисленных школ здоровья можно выделить общие (или универсальные) информационные блоки (модули). Такими общими модулями являются: «здоровое питание», «физическая активность», «курение и здоровье», «стресс и здоровье», «избыточный вес».

С практической точки зрения, занятия по общим темам (модулям) можно объединять в одно время для нескольких групп обучающихся. Это приведет к рациональному объединению пациентов, экономии времени и сил медицинского персонала, занятого в проведении школ здоровья. В небольших населенных пунктах объединение занятий по общим темам перспективно для немногочисленных групп обучающихся (например, по 3–5 человек). К примеру, на ФАПе п. Пасека есть возможность провести занятие по модулю «физическая нагрузка и здоровье» для 3 пациентов со школы ИБС, 5 пациентов со школы БА и 7 пациентов со школы АГ, проживающих на территории обслуживания ФАП. Таким образом, этим пациентам нет необходимости добираться до участковой больницы, и весь объем знаний по обозначенной теме они смогут получить в пределах шаговой доступности.

Выводы:

1. При изучении распространенности ХНИЗ среди приписного населения были получены следующие результаты: среди обращающихся за медицинской помощью пациентов преобладают женщины (62 %), чаще всего это пациенты в возрасте 60–75 лет (54 %). Основными заболеваниями, представленными на участке: АГ, ИБС, СД, БА. На участке преобладают некурящие пациенты (52 %), и употребляющие алкоголь по праздникам (49 %). Большинство

больных (66 %) с ХНИЗ знают об особенностях своего заболевания. Не придерживаются диеты 62 % пациентов.

2. При изучении потребности пациентов в обучении в школах здоровья и их желанию посещать эту школу выявлено: большинство пациентов (90 %) пациентов хотели бы, чтобы при участковой больнице были организованы школы здоровья. На вопрос о регулярности посещения школ 42 % пациентов не смогли ответить ни отрицательно, ни положительно. Наибольший интерес вызвала тема, раскрывающая суть заболеваний, особенности питания, физической нагрузки, самопомощи при ухудшении самочувствия

3. На основании изученных основных программ школ здоровья (АГ, ИБС, СД) показало, что можно выделить общие (универсальные) информационные блоки (модули), что позволит объединить занятия на общие темы для нескольких групп обучающихся, специальные лекции проводить для каждой группы отдельно с учетом нозологий.

ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВОЕ СЕЛО» В МУНИЦИПАЛЬНОМ ПОДГОРЕНСКОМ РАЙОНЕ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

С. В. Ивлева – врач по медицинской профилактике

*БУЗ ВО «Воронежский областной клинический центр медицинской профилактики
Председатель Комитета по сестринскому делу ОО
«Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области»*

Разрешите представить Вашему вниманию пилотный проект «Здоровое село», который стартовал в Подгоренском муниципальном районе Воронежской области. БУЗ ВО «ВОКЦМП» является одним из кураторов данного проекта. А, так как данный район закреплен по курации медицинской профилактики за мной, то именно мне представилась возможность, рассказать об этом проекте вам, уважаемые коллеги с той целью, что возможно и вы в своих регионах возьмете его, как основу возрождения ЗОЖ на селе.

Для выполнения поставленных перед системой здравоохранения задач Постановлением Правительства Воронежской области № 502 от 07.06.2013 г. была принята региональная программа «Развитие здравоохранения Воронежской области на 2013–2020 годы», одной из задач которой является обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи. В рамках Подпрограммы I «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» предусмотрено, в том числе,

выполнение мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний, формированию здорового образа жизни.

Общепризнанно, что единственным эффективным методом профилактики и раннего выявления сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний как ведущих патологий среди причин смертности трудоспособного населения является диспансеризация и профилактические медицинские осмотры.

Только с помощью массовых профилактических осмотров можно изменить сложившуюся ситуацию.

Одними из важнейших социальных проблем, влияющих на здоровье населения в нашей стране остаются злоупотребление алкоголем и табакокурение.

В 2015 г. в Российской Федерации впервые в жизни выявлено 589 341 случай злокачественных новообразований.

Прирост данного показателя по сравнению с 2014 г. составил 4,0 %.

Основной причиной смертности от рака является поздняя диагностика, которая приводит к тому что каждый третий онкологический больной умирает в течении года от установления диагноза.

Определенных успехов на данном направлении поз волила добиться программа диспансеризации и профилактических осмотров. Однако, на наш взгляд, существует и ряд проблем в сложившейся на сегодняшний день системе медицинской профилактики:

- Нехватка свободного времени у населения для участия в профилактической работе;
- Транспортная труднодоступность медицинских организаций для некоторых групп населения;
- Специфика работы на селе;
- Недостаточное привлечение врачей некоторых специальностей в рамках существующих профилактических программ;
- Низкая мотивация неорганизованного населения к прохождению медицинских осмотров.

Целью проекта является повышение доступности медико-профилактической и консультативной помощи населению, снижение уровня смертности от социально значимых заболеваний (онкологическая патология, туберкулёз, болезни системы кровообращения). Развитие приверженности к профилактике заболеваний у сельского населения.

Задачи проекта:

1. Определить направления, недостаточно представленные в действующих на территории района профилактических программах;
2. Сформировать эффективную систему межведомственного взаимодействия БУЗ ВО «Подгоренская РБ», администрации Подгоренского муниципального

района, предприятий всех форм собственности, надзорных и правоохранительных органов и определить мотивационные инструменты для участников акции;

3. Разработать комплекс мероприятий по организации и проведению профилактической работы с населением;

4. Определить критерии оценки эффективности разработанного комплекса мероприятий;

5. Планирование ресурсного обеспечения для реализации разработанного комплекса мероприятий;

6. Оценить возможный экономический и социальный эффект от проведения комплекса мероприятий и возможные риски;

Новизна проекта

- Сохранение и укрепление здоровья населения Подгоренского муниципального района, путем активного взаимодействия органов местного самоуправления и БУЗ ВО «Подгоренская РБ», направленного на выявление больных на начальных стадиях заболевания, раннее и своевременное проведение лечебных и профилактических мероприятий, направленных на восстановление здоровья и трудоспособности, систематическое наблюдение за состоянием здоровья людей.

- Стимулирование инициативы и деловой активности работников администраций сельских поселений и медицинских работников, направленных на достижение высоких показателей в проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения Подгоренского муниципального района.

- Определение лучших сельских поселений и медицинских работников в организации и проведении профилактической работы.

- Для успешного выполнения поставленных задач планируется разработка соревновательного механизма – проведение конкурса на уровне органов местного самоуправления с целью определения территории сельского поселения, население которого будет максимально охвачено профилактическими медицинскими осмотрами и примет наиболее активное участие в акции.

- В рамках проекта проведены PEST- анализы SWOT-анализ, где выявлены факторы внешней среды, определены сильные и слабые стороны проекта, его возможности и угрозы.

Нами был проведен анализ демографических показателей Подгоренского района, охвата населения профилактическими осмотрами (в 2016 году – 69 % от плана, Показатель первичного выхода на инвалидность за 2016 год – 36 человек). Также проанализированы показатели заболеваемости и смертности от БСК и онкологических заболеваний.

Мотивационные инструменты.

1. Для главы администрации и глав сельских поселений.
 - Улучшение демографических и социальных показателей;
 - Улучшение имиджа района;
 - Повышение личного статуса, рейтинга, карьерный рост;
2. Для спонсоров.
 - Улучшение имиджа и узнаваемости.
3. Для отделов администрации, ОМВД, газеты «Подгоренец».
 - Нематериальное поощрение (грамоты, дипломы, публичная похвала, доска почета)
 - Материальное поощрение (премия, ценные подарки).
4. Для активных жителей района и участников акции.
 - Нематериальные поощрения (грамоты, дипломы, публичная похвала, доска почета)
 - Материальное поощрение (денежное вознаграждение, ценные подарки, бесплатные абонементы для посещения физкультурно-оздоровительного комплекса «Антарес»).

Оказание лечебной помощи в рамках “Здоровое село” не планируется, основной формат работы специалиста – проведение медицинского осмотра и консультация по вопросам профилактики хронических заболеваний соответствующего профиля. В случае возникновения потребности, консультация врача общей практики может быть дополнена консультацией «узкого» специалиста по профилю.

По результатам скринингового обследования и формирования групп пациентов будет работать бригада приглашенных врачей областных учреждений: онколог, хирург, невролог, кардиолог, эндокринолог, офтальмолог (бригада № 2).

Маршрут участника акции “Здоровое село” представлен на схеме.

В целом, ожидаемые общие расходы на организацию акции «Здоровое село» без учета стимулирующих выплат составят – 2 064,1 тыс. руб.

Планируемая явка населения в рамках «Здоровое село» в один день до 250 человек.

Предполагаемая численность осмотренного населения к завершению акции составит 15100 человек.

Предполагаемый объем средств ОМС, полученных по итогам проведения акции «Здоровое село» составит – 2 469,6 тыс. руб.

- Ожидаемые результаты:
- Снижение смертности от онкологических заболеваний;

- Снижение смертности от болезней системы кровообращения;
- Уменьшение количества лиц с ИМТ более 30;
- Увеличение охвата населения ККФ;
- Уменьшение количества лиц, употребляющих табачные изделия и алкоголь;
- Увеличение активности органов местного самоуправления в формировании здорового образа жизни населения
- Уменьшение пребывания на ЛН;
- Уменьшение инвалидизации.

Социально-экономический эффект проекта

В случае успешной реализации проекта ожидается уменьшение числа случаев временной нетрудоспособности на 48-72 за год и сокращение средней длительности пребывания на листке нетрудоспособности до 10,8–11,8 дней.

При среднемесячной заработной плате 16 992 руб. экономия средств ФСС составит ориентировочно 1 158 545 руб. в год.

Разработанный проект формирования системы организационно-медицинских и мотивационных инструментов для развития у населения сельского района приверженности к профилактике заболеваний позволяет не только повысить доступность профилактической медицинской помощи для населения, но и повысить ее качество. Важнейший социальный эффект от выполнения данного проекта состоит в увеличении выявляемости хронических неинфекционных заболеваний на как можно более ранних стадиях. При этом планируемые затраты на реализацию мероприятий разработанного проекта минимальны, не предполагают привлечения дополнительного стороннего финансирования. Ключевой особенностью разработанного проекта является возможность его внедрения на базе практически любой медицинской организации, имеющей прикрепленное население.

СИМПОЗИУМ
«ОБРАЗОВАНИЕ ХХІ ВЕКА»

КАК МЕДСЕСТРЕ ПОДГОТОВИТЬСЯ К ТРАНСФОРМАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ? ОПЫТ СТРАН ОРГАНИЗАЦИИ ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОТРУДНИЧЕСТВА И РАЗВИТИЯ (ОЭСР)



**Бьянка Гоммерз – заместитель директора
по образовательным программам**

*Московский Международный
Медицинский Кластер*

С течением времени в человеке постоянно происходят изменения – в поведении, в знаниях и даже в его генетической структуре. Это называется эволюцией, природным развитием. Изменения в ДНК передаются нам от наших родителей и создаются под воздействием окружающей среды.

Что если проанализировать прошлое профессии медсестры? На сегодняшний день, она прошла через существенные изменения. Если мы посмотрим на развитие сестринского дела в России, мы увидим, что, к примеру, система подготовки и функционал медсестры до и после революции 1917 года весьма отличаются. До революции медицинскую помощь оказывали, так называемые, сестры милосердия, подготовка которых осуществлялась в профессиональных самоорганизующихся общинах. После 1920 года государство создало по всей территории РСФСР государственные школы для подготовки медицинских сестер, определило различные профили подготовки. В 1927 году был утвержден официальный Положение о медицинской сестре, которое определило ее обязанности по уходу за больными. Таким образом, был определен официальный статус профессии медицинской сестры. Уже в 1940 году в СССР насчитывалось около 967 медицинских образовательных организаций. Таким образом, на этом небольшом примере, мы видим постоянную трансформацию профессии медсестры, подхода к ее образованию, что обусловлено постоянно изменяющимися запросами внешней окружающей среды. Исходя из сегодняшних тенденций в сфере здравоохранения, можно с уверенностью говорить о том, что медсестер ждут большие изменения в их профессиональной деятельности. Прежде всего, это связано с необходимостью постоянного улучшения качества медицинской помощи.

Почему изменения неизбежны?

Качество медицинской помощи является одним из важнейших факторов, который влияет то, как человек воспринимает уровень своей жизни. Этот фактор во многом влияет на его моральное и физическое состояние, трудоспособность, а также благополучие родных и близких. По уровню развития медицины в государстве можно судить о его общей социально-экономической

ситуации. В большинстве государств здравоохранение является одним из приоритетных векторов его развития.

На сегодняшний день перед мировыми системами здравоохранения стоят глобальные вызовы, которые обусловлены постоянными экономическими, социальными и технологическими изменениями. Россия – не исключение.

Наблюдается постоянный рост расходов на здравоохранение, причем он опережает темпы роста ВВП [1], [2].

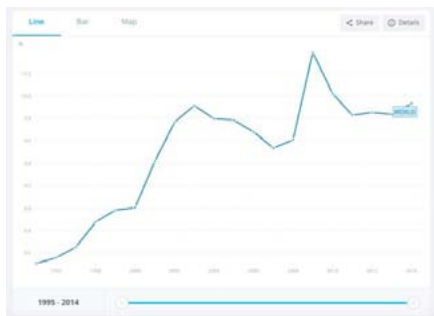


Рис. 1 Расходы на здравоохранение (% от ВВП) в мире



Рис. 2. Расходы на здравоохранение (% от ВВП) в России

Во всех странах мира наблюдается одинаковый тренд, выражающийся в изменении демографической ситуации – растет средняя ожидаемая продолжительность жизни. Это говорит о том, что здравоохранение требует дополнительных ресурсов. Появляется необходимость оказывать медицинскую помощь в большем объеме для пожилых людей с различными тяжелыми и хроническими заболеваниями.

Пациенты становятся более информированными о состоянии своего здоровья, необходимых методах лечения, а также более требовательными в отношении качества оказываемых услуг. Информационная асимметрия между врачом и пациентом значительно сокращается за счет развития интернет-технологий. Более того, во всем мире деятельность медицинских организаций становится более прозрачной, поскольку пациентам необходима полная информация для принятия решения о выборе места получения медицинской помощи. В результате, у них формируется полное понимание того, куда лучше обратиться с тем или иным заболеванием. Следовательно, медицинские организации должны стремиться к оказанию безопасных и качественных медицинских услуг, а также к «прозрачности» своей деятельности.

Пациенты становятся более требовательными не только в отношении качества медицинской помощи, но и ее сервисной составляющей. Они хотят меньше времени проводить в медицинских организациях и получать медицинские услуги дистанционно у себя дома. Более того, пациенту лучше находиться как можно меньше в больнице с точки зрения эффективности использования ресурсов и риска инфекции.

Для обеспечения дистанционного наблюдения активно развивается телемедицина, разрабатываются устройства, позволяющие вести дистанционный мониторинг здоровья. Это позволяет значительно сократить длительность госпитализации. Эта тенденция наблюдается во всем мире. Так, начиная с 2000 года она сократилась почти во всех странах ЕС [3]. Это говорит о росте эффективности организации оказания медицинской помощи, о более рациональном использовании больничной койки.

Перейдем от глобальных вызовов здравоохранения к проблемам, с которыми сталкивается Россия. Прежде всего, это устаревшая инфраструктура всей отрасли. В России количество коек на 1000 человек одно из наивысших среди стран Европы (8,8 коек), в Германии оно составляет 8,2 койки, в Австрии – 7,6 коек, в Венгрии – 6,9 коек [4]. При этом большое количество стационаров имеет давно не обновлявшееся оборудование и лечение проводится по устаревшим протоколам. Стационарное лечение является преобладающим для российских пациентов. Довольно часто вместо оказания амбулаторной помощи пациента госпитализируют. При этом длительность госпитализации пациента в России в 2 раза выше, чем в Европе [4].

Количество врачей в медицинских организациях превышает средние показатели по Европе, однако их квалификация находится далеко не на самом высоком уровне [4]. Дело в том, что система образования врачей и медсестер в России не пересматривалась долгое время, и этот процесс начался совсем недавно. В программу образования не заложено в достаточном объеме развитие практических навыков, что является неотъемлемой частью профессиональной подготовки специалиста в области медицины.

Если рассматривать работу медсестры в России, в ней имеются определенные проблемы, например:

- Недопонимание между врачами и медсестрами, недопонимание врачами особенностей работы среднего медицинского персонала [5], [6],
- Низкая заработная плата и низкий социальный статус [7],
- Медсестры часто перегружены работой из-за того, что вынуждены работать на несколько ставок [7],

– Недостаточное нормативно-правовое обеспечение и несовершенство системы управления деятельностью сестринского персонала [8].

Все это говорит о необходимости трансформации системы здравоохранения в России.

Чему можно научиться у западных стран?

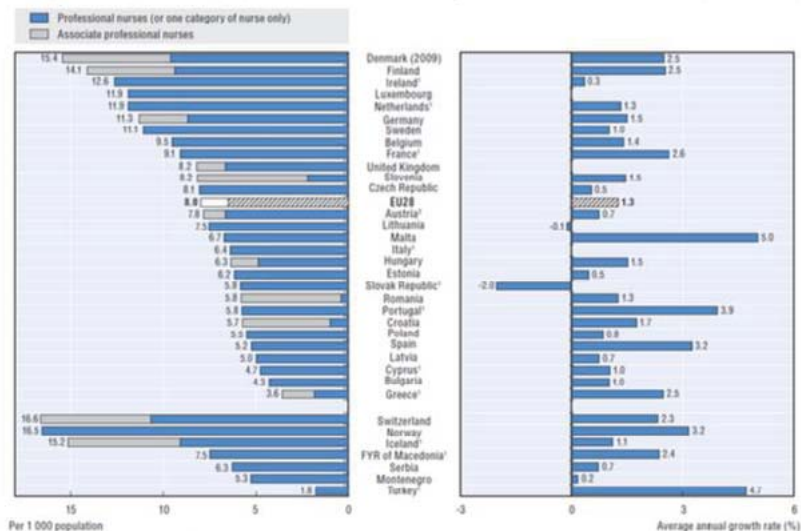
Особую роль в повышении эффективности оказания медицинской помощи играет стандартизация. Для того, чтобы достичь максимального результата, во-первых, необходимо его определить, а во-вторых – следовать установленным инструкциям и методологии. Стандарт – это процедура или мера, которую группа людей договорилась соблюдать. Соглашения оформляются в документ, который содержит спецификации.

Большинство систем здравоохранения стран ЕС фокусируются не на том, каким образом необходимо оказывать медицинскую помощь, а на то, какого результата в лечении пациента следует достичь. Таким образом, основная задача медицинского персонала – не оказать пациенту заданный набор услуг, а добиться наилучшего результата лечения. Данный подход позволит справиться с вышеперечисленными вызовами, именно поэтому происходит его активное внедрение во многих развитых странах.

Вторым элементом является доказательная сестринская практика. В отличие от доказательной медицины, она еще не так распространена в России. Scott и McSherry (2009) сформулировали следующее определение доказательной сестринской практики – непрерывный процесс анализа клинических данных пациента, его предпочтений и сестринской теории, практической клинической экспертизы с целью оказания наиболее оптимальной медицинской помощи [9]. Она основывается на трех ключевых элементах: научные доказательства, клинический опыт, ценности и предпочтения пациента.

Медицинские сестры играют важную роль в трансформации здравоохранения. Стоит отметить, что, начиная с 2000 года, почти во всех странах ЕС выросло количество медсестер на душу населения [3].

Дело в том, что в западных моделях здравоохранения медсестры занимают совершенно иную позицию: они не только оказывают определенный набор медицинских услуг, а также являются организаторами оказания помощи пациенту. Их роль можно сравнить с ролью паука в паутине, так как именно они аккумулируют всю необходимую информацию о состоянии здоровья пациента, анализируют ее, передают междисциплинарной группе врачей и обеспечивают выполнение всех необходимых манипуляций. Медицинские сестры в странах ОЭСР обладают значительно большим функционалом и зонами ответственности, чем в России.

Practising nurses per 1 000 population, 2012 and change between 2000 and 2012 (or nearest year)

Почему именно благодаря переподготовке медицинских сестер можно значительно образом повлиять на систему здравоохранения? Это обусловлено тем, что оказание медицинской помощи на высоком уровне помимо качественной диагностики и терапевтического и/или хирургического лечения включает в себя также возможность медицинского работника:

- выслушать пациента, полностью понять состояние его здоровья и условия его социального положение,

- обучить пациента ежедневной жизни с его заболеванием,

- эмоционально поддержать пациента в тяжелой ситуации.

В моделях здравоохранения западных стран считается, что полноценно вышеперечисленные функции должны брать на себя медицинские сестры, так как они проводят с пациентом большую часть рабочего времени, что позволяет им увидеть его ситуацию в полном объеме.

Согласно образовательной концепции CanMeds, разработанной Королевским колледжем врачей и хирургов Канады, каждый медицинский работник, в том числе и медицинская сестра, должен обладать следующими характеристиками [10]:

- Профессионал
- Коммуникатор
- Коллаборатор

- Менеджер
- Адвокат здоровья
- Научный работник

Во всем мире профессия медсестры постоянно развивается: растет число специализаций медсестер (напр., сестринское дело в генетике, менеджмент в сестринском деле), а также расширяется их функционал. Появляется все больше областей знаний, в которых нуждаются именно медсестры при их ежедневной практике оказания качественной медицинской помощи. Например, при наблюдении пациентов с диабетом медицинским сестрам необходимы знания по туалету раны, уходу за «диабетической стопой».

В результате расширения функционала медсестры, все большее количество обязанностей переходит от врача к медсестре. Развитие профессии медсестры предполагает расширение зоны ее ответственности в процессе лечения пациента.

Безусловно, трансформация роли медсестры обычно сопровождается изменением законодательства – расширение ее полномочий должно быть закреплено в протоколах лечения. Однако законодательство – это лишь одна часть трансформации. Медсестры должны обладать достаточным объемом знаний и практических навыков для того, чтобы работать в описанной выше роли. Поэтому в условиях российского здравоохранения они должны самостоятельно инициировать свое образование, развивать свои компетенции и навыки для того, чтобы занимать более значимую позицию в своей организации уже сегодня и быть готовыми к будущей модели здравоохранения. Опыт западных стран показывает, что трансформация системы здравоохранения, в которой медсестра будет играть роль паука в паутине, неизбежна. Поэтому российским медсестрам необходимо готовиться к изменениям уже сейчас и быть их инициаторами в своих организациях.

На сегодняшний день медсестры российских медицинских организаций уже обладают определенным набором знаний и практических навыков, а также опытом работы с пациентами. Однако, как было указано выше, по мере трансформации здравоохранения и развития профессии медсестры у них будет возникать потребность в новых областях знаний. С каких областей знаний и навыков следует начать свое развитие российским медсестрам?

- Сестринская диагностика
- Базовые процедуры и манипуляции
- Клиническое мышление
- Коммуникационные навыки с пациентом
- Ведение отчетности
- Доказательная сестринская практика

– Узкоспециализированные знания (напр., онкология, кардиология, уход за стомой)

Источники

1. Health expenditure, total of GDP) //WHO. Ссылка: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>
2. Health expenditure, Russia (% of GDP) //WHO.
Ссылка: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS?locations=RU>
3. Healthcare at a glance: Europe 2014. Ссылка: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-Europe-2014-CHARTSET.pdf>
4. Russian Federation Health system review//WHO. Ссылка: ских сестер // Главная медицинская сестра. – 2014. – № 7 – С. 33-52.
5. Петрова Н.Г., Погосян С.Г. Состояние здоровья и проблемы подготовки среднего медицинского персонала // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2016. – № 5. – С. 109-116.
6. Попов В.И., Натарева А.А., Лебедева Н.В. Формирование профессиональной дезадаптации у медицинских работников // Профессия и здоровье: Материалы XI Всероссийского Конгресса. – М., 2012. – С. 378-380.
7. Жаворонков Е.П. и др. Сестринский персонал медицинских организаций в условиях реформирования здравоохранения //Медицина и образование в Сибири. – 2012. – № . 4.
8. Scott, K. & McSherry, R. (2009). Evidence based nursing: Clarifying the concepts for nurses in practice. Journal of Clinical Nursing, 18 (8), 1085-95.
9. CanMeds 2015 OTR Special Addendum –Updated December 2016 http://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20OTR_Special_Addendum_EN.PDF

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ПОДГОТОВКЕ БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

О. В. Бельтюкова

*Доцент кафедры психологии и педагогики Кировского государственного
медицинского университета, заведующая отделением КОГПОБУ
«Кировский медицинский колледж», кандидат педагогических наук*

В настоящее время повышается спрос на профессионалов, к которым предъявляются особые требования, связанные с тем, что человек, имеющий профессиональную направленность, профессиональные знания и умения, должен быть готов к постоянному развитию, самосовершенствованию. Быть

творческим, социально активным, инициативным, умеющим делать выбор, определять оптимальную жизненную стратегию, чтобы стать успешным на рынке труда. Профессия медицинского работника предъявляет определенные требования к уровню подготовки, поскольку медицинскому работнику в настоящее время недостаточно узкого, даже совершенного профессионализма, необходима хорошая этико-деонтологическая подготовка, проявление социальной активности, соблюдение в профессиональной деятельности и жизни нравственных принципов.

В связи с этим в Кировском медицинском колледже было проведено исследование студентов, с целью составления психологического портрета социально активного человека. По мнению студентов колледжа, социально активный человек должен быть в первую очередь деятельным, коммуникативным, энергичным, решительным, самостоятельным, уверенным в себе, иметь организаторские способности. Большинство респондентов считают, что социально активные люди необходимы обществу, востребованы на рынке труда, имеют много друзей и проявляют эмпатию к окружающим их людям, являются лидерами в группе и хорошими ораторами, умеют радоваться жизни и получать удовольствие от проделанной работы. Кроме того, было выявлено, что социально активный человек не может быть агрессивным, раздражительным, эгоистичным, грубым и негативно настроенным к жизни.

Опрос студентов медицинского колледжа дает возможность предположить, что, не все они готовы к проявлению социальной активности: 70 % опрошенных не считают себя социально активными личностями, т.е. мало заинтересованы в самостоятельной деятельности, безинициативны. В тоже время 54 % из них хотели бы стать такими и готовы принять участие в общественных мероприятиях, они считают, что социальную активность можно развивать.

В связи с этим в колледже при подготовке студентов-медиков была разработана и внедрена технологии развития социальной активности студентов через направления деятельности (профессиональное воспитание, духовно-нравственное, гражданско-патриотическое, формирование культуры здорового образа жизни), в соответствии со спецификой образовательного учреждения. Работа по каждому направлению осуществлялась в соответствии с авторскими программами («Милосердие», «Мы и Отечество», «Программа адаптации студентов», «Здоровье») и была ориентирована на наивысшие ценности жизни: Человек, Общество, Здоровье, Милосердие, которые способствуют всестороннему развитию личности будущих специалистов сферы здравоохранения, их социальной активности.

Технология состояла из трех этапов и предполагала алгоритм приобретения социального опыта в различных ролях: исполнитель – организатор – активный участник. Технология базировалась на единстве трех компонентов (эмоционально-ценностного, когнитивно-поведенческого и оценочно-рефлексивного). В основе технологии лежал деятельностный подход, поскольку 90 % информации человек усваивает из того, что сделал сам.

На первом этапе внедрения технологии (подготовительно-адаптационном) осуществлялось формирование у будущих медицинских работников мотивации на профессиональную деятельность, социально-значимых ценностей. Данный этап охватывал первый год обучения, так как именно в этот период начинается профессиональная адаптация и социализация студентов.

Мы последовательно и целенаправленно развивали все структурные компоненты социальной активности студентов-медиков, но на первом этапе акцент делался на развитие эмоционально-ценностного компонента. Поэтому определялись методы и формы работы с учетом специфики выбранной профессии, воздействующие на личностно-смысловые и мотивационные структуры личности студентов. Студенты знакомились с традициями колледжа, студенческим активом, волонтерским движением, выражали свои интересы. Все проводимые на данном этапе мероприятия способствовали успешной адаптации студентов, осознанию своих возможностей, формированию профессиональной мотивации, милосердия и деонтологической культуры.

Второй этап (организационно-деятельностный) был направлен на развитие когнитивно-поведенческого компонента социальной активности студентов и осуществлялся в течение второго и третьего курса обучения. На этом этапе студентов привлекали к организации и проведению всех воспитательных дел, проводимых в колледже. Студенты самостоятельно разрабатывали план, определяли средства и пути реализации задуманного, выполняли отдельные части мероприятий, которые раньше осуществляли только с помощью педагога. Вовлечению студентов в социально значимую деятельность способствовало активное взаимодействие с различными социальными партнерами: Министерством здравоохранения Кировской области, медицинскими центрами «Здоровье», областным центром по профилактике и борьбе со СПИДом, наркологическим диспансером, станцией скорой и медицинской помощи, Кировским государственным медицинским университетом и др. Все, проводимые на данном этапе мероприятия, были направлены на развитие у студентов коммуникативных и организаторских умений, формирование профессиональной ответственности и гуманного поведения.

Третий этап (рефлексивный) был направлен на развитие рефлексивно-оценочного компонента и охватывал четвертый курс обучения. Он был нацелен

на осмысление приобретенного социального опыта и формирование мотивации к самосовершенствованию. На этом этапе студенты не только самостоятельно выполняли общественные мероприятия, но и являлись инициаторами их проведения. Инициативность студентов имела социальную направленность, предполагала способность сочувствовать, сопереживать, готовность оказывать бескорыстную помощь людям и сопровождалась персональной ответственностью. Важным средством развития у студентов-медиков в социальной активности выступила волонтерская деятельность. Волонтерской группой колледжа проводились санитарно-просветительские беседы, видеолектории для студентов других учебных заведений и населения по здоровому образу жизни и профилактике заболеваний, происходило пополнение фонда музейных материалов колледжа. Особенностью данного этапа являлось то, что деятельность студентов осуществлялась за пределами медицинского колледжа, что способствовало большим возможностям для развития социальной активности.

Показателями эффективности технологии развития студентов в воспитательной работе медицинского колледжа являлись достижения студентов на городском, областном и межрегиональном и Всероссийском уровнях. Вот один из отзывов студентки-выпускницы специальности «Сестринское дело»:

«... в молодости Л. Толстой сделал такую запись: «... имей цель для всей жизни, цель для известной эпохи твоей жизни. Цель для известного времени, цель для года, для месяца, для недели, для дня и часа и для минуты, жертвуй низшие цели высшим». К этим словам и в наше чрезвычайно сложное и весьма неопределённое время что-либо добавить. Легкомысленное отношение к своему будущему, нежелание считаться с реалиями жизни, расчет на «русское авось» безжалостно отплатят каждому выпускнику, когда он того не желая, вступит в новую для него жизнь. Чтобы эта плата была как можно меньше, необходимо ещё в стенах учебного заведения готовить нас к реальной жизни, что и делают педагоги колледжа. Спасибо им за это!»

РОЛЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО КАБИНЕТА В ПОВЫШЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ

**Г. А. Киселева – старшая медицинская сестра
учебно-методического кабинета**

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н.»*

Формирование, расширение, развитие профессиональных компетенций сестринского персонала, в основном, происходит после получения базового образования, и значительная роль в этом процессе отводится учебно-методическим кабинетам (далее – УМК) в медицинских организациях (далее – МО), осуществляющим обучение без отрыва от основной работы.

Выделяют несколько ступеней формирования профессиональной компетентности на уровне УМК МО:

- **профессиональная адаптация** – вхождение в профессию, освоение новой социальной роли, профессиональное самоопределение, формирование личностных и профессиональных качеств, опыта самостоятельной профессиональной деятельности;
- **профессионализация** – формирование профессиональной позиции, интеграции личностных и профессиональных качеств, квалифицированное выполнение своих обязанностей;
- **профессиональное мастерство** – достижение специалистом профессиональной зрелости как вершины развития личностного потенциала.

Решение поставленных задач достигается через основные направления деятельности учебно-методического кабинета:

1. Планово-прогностическое направление – это:

- разработка стратегических и тактических шагов УМК на основе выявленных приоритетных целей и прогноза конкретных ожидаемых результатов в соответствии с разработанными критериями и показателями эффективности;
- создание индивидуальных и коллективных программ повышения профессионального мастерства и компетентности сестринского персонала;
- планирование и прогнозирование результатов проведения сестринских исследований, внедрения инновационных сестринских технологий, участия в различных проектах и т.п.

2. Мотивационно-целевое направление подразумевает:

- постановку и определение целей и задач;

– определение основных ценностных ориентаций, мотивов деятельности и их ранжирование по приоритетам.

3. Информационная деятельность направлена на:

- создание, накопление и систематизацию справочно-информационного фонда (обучающих программ, учебно-методических пособий, регламентирующих документов, банков тестовых заданий, библиотеки и т.д.);
- совершенствование единой информационной среды;
- издание разработанных учебно-методических и научно-методических материалов на уровне МО, региона, публикацию материалов в СМИ;
- развитие корпоративной культуры, повышение профессионализма и создание положительного имиджа специалиста с помощью информационных средств.

4. Организационно-содержательное направление деятельности направлено на развитие системы менеджмента качества сестринской помощи в МО, включающей:

- поддержку развития общественного сестринского движения и укрепление партнерского взаимодействия с сестринскими организациями,
- системный подход к реализации всех направлений сестринской деятельности;
- мониторинг сестринской помощи с последующей разработкой нормативных, программных, методических материалов с обобщением и описанием позитивного опыта;
- выработку механизмов внедрения инноваций, создание пакетов оценки объемов и качества сестринской помощи;
- создание проблемных групп для разработки и реализации проектов, программ, организацию научного консультирования их участников;
- создание созидательной атмосферы, стимулирование творчества участников проблемных групп и т.д.

5. Обучающая деятельность направлена на повышение квалификации сестринского персонала МО через создание системы непрерывного профессионального образования и накопительной системы повышения квалификации. Успех обучающей деятельности УМК зависит от:

- системности обучения и мотивации на самоактуализацию и творческое развитие сестринского персонала;
- четкого соответствия потребностям МО (структурных подразделений);
- использования основ андрагогики (технологий обучения взрослых);
- мобильности образовательных программ (своевременное реагирование на запросы здравоохранения, разнообразие форм и методов обучения);

- научной обоснованности и целевой направленности (обучение практикам, основанным на исследованиях и доказательствах, показателях эффективности качества сестринского ухода);

- преемственности (использование практического опыта, которым обладают специалисты, в повседневной деятельности).

6. Контрольно-диагностическое и коррекционное направление работы УМК предполагает:

- наличие единой системы контроля качества сестринской помощи и пакетов документов для проведения экспертизы состояния сестринской службы;

- оценку эффективности и результативности всех видов непрерывного профессионального обучения;

- диагностику, анализ работы проблемных (творческих) групп, обобщение полученных данных;

- регулирование и корректирование деятельности учебно-методического кабинета и т.д.

7. Аналитическая деятельность направлена на изучение фактического состояния сестринского дела в МО и предполагает:

- функционирование системы непрерывного профессионального образования, накопительной системы повышения квалификации в МО;

- наличие результатов профессиональной подготовки сестринского персонала и результативность проводимых обучающих мероприятий;

- внедрение инноваций и передового опыта;

- проведение научных исследований сестринской практики;

- наличие достижений самообразования сотрудников;

- прохождение аттестации на квалификационные категории;

- наличие справочно-информационного фонда;

- эффективное социальное партнёрство.

При этом определяются итоги моральной, психологической и профессиональной экспертизы состояния сестринской службы МО по всем направлениям работы, итоги деятельности УМК.

Высокий уровень профессиональной компетентности специалистов МО подтверждается:

- отсутствием осложнений и жалоб на работу сестринского персонала со стороны пациентов и их родственников;

- отсутствием замечаний по работе со стороны администрации МО и проверяющих организаций;

- участием в наставничестве молодых специалистов и передаче профессионального опыта новым сотрудникам и студентам медицинских образовательных учреждений;

- участием в исследовательской деятельности в области сестринского дела, инновационной и методической работе по внедрению передовых технологий и методов работы сестринского персонала;

- участием в работе школ здоровья и обучением пациентов и населения здоровому образу жизни, профилактике заболеваний, оказанию первой помощи и т.п.

- активным участием и выступлением с докладами на мероприятиях по повышению квалификации, проводимых в МО, ОПСА, РАМС и на международном уровне;

- наличием опубликованных статей, тезисов, рекомендаций и т.п. в профессиональных, периодических и методических изданиях, выступлений в СМИ и т.д.;

- наличием высоких показателей качества работы, оказания сестринской помощи пациентам (наличие квалификационной категории, сертификатов повышения квалификации, дипломов об участии и победах в конкурсах профессионального мастерства, наград, званий, благодарностей от пациентов и т.д.);

Формирование профессиональной компетентности специалистов учебно-методическим кабинетом МО способствует:

- устранению недостатков базовой профессиональной подготовки, внесению дополнений и корректив в теоретическую и практическую подготовку специалистов, преодолению сложившихся стереотипов профессиональной деятельности;

- развитию инновационных процессов в профессиональной деятельности и готовности сотрудников к творческой реализации открытий и новаций из области передовой науки и практики;

- развитию навыков теоретических и экспериментальных исследований в сестринском деле, внедрению полученных результатов в практическую деятельность сестринского персонала;

- подготовке специалистов к аккредитации, оптимизации трудовой деятельности в зависимости от объема и качества оказываемой сестринской помощи, освоения ими новых функций и расширенной сестринской практики с применением профессиональных стандартов;

- формированию у медицинских сестер способности предвидеть будущие проблемы профессиональной деятельности и разрабатывать опережающие модели их решения.

Специалисты, обладающие достаточным уровнем профессиональной компетентности, являются гарантом оказания качественной медицинской помощи!

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ОБРАЗОВАНИИ РЕНТГЕНОЛАБОРАНТОВ

**Е. В. Панина – руководитель отдела развития лабораторного дела
в лучевой диагностике**

*ГБУЗ НПЦМР ДЗМ, член аттестационной комиссии, председатель секции
рентгенолаборантов МРО РОРР, преподаватель МК № 7 ДЗМ*

Наверное, никто не будет отрицать, что высококвалифицированный кадровый состав службы является залогом качественного обслуживания населения. Не является исключением из этого правила и лучевая служба любого медицинского учреждения. Так на начало этого года в учреждения подведомственных департаменту здравоохранения работает более 2000 специалистов среднего звена по специализации «Лабораторное дело в лучевой диагностике». Ежегодно в аттестационную комиссию на присвоение категории подается более 300 заявок специалистами рентгенологического профиля среднего звена, из которых 54 % это специалисты с высшей категорией, 29 % специалисты с первой категорией, со второй 17 % от общего количество заявок.

Но все это не отрицает необходимость повышения профессионального уровня практикующих рентгенолаборантов. Это, можно сказать, аксиома. Сегодня у специалистов есть много возможностей для получения информации, знакомства с новыми методиками проведения диагностических процедур, с новым оборудованием, программным обеспечением, новациями в области лучевой диагностики. Это не только специализированные Интернет-сайты, но и мероприятия всероссийского и регионального масштаба: Менеджмент в радиологии (МИР), Всероссийский национальный конгресс «Радиология» и ряд других конгрессов, конференций, семинаров, проходящих во многих регионах страны. Но, кроме подобных масштабных мероприятий, существуют и регулярные школы повышения квалификации, специализирующиеся в различных направлениях лучевой диагностики.

Научно-практический центр медицинской радиологии в рамках подобного процесса постоянно занимается повышением квалификации сотрудников среднего звена работающих в отделениях лучевой диагностики. А с осени 2016 года этот процесс принял и новые формы. В сентябре на базе ГБУЗ НПЦМР ДЗМ был сформирован и открыт отдел развития лабораторного дела в лучевой диагностике. Благодаря большому практическому опыту сотрудников отдела были пересмотрены программы обучения и разработаны школы по каждой субмодальности. Выбор площадки для отдела не случаен: недавно реконструированное учебно-консультативное отделение располагает прекрасными возможностями для проведения подобных занятий, как в части

лекционных помещений, так и современного оборудования и оснащена различными симуляторами, кроме того в составе УКО существует ситуационный центр, куда ежедневно попадают все исследования, проводимые в амбулаторном звене города. При анализе исследований сотрудники отдела развития лабораторного дела в лучевой диагностики, имею возможность выявить наиболее часто встречающиеся ошибки и оперативно менять программу обучения, для получения максимально грамотно подготовленных специалистов.

Учебные программы сформированы по принципу практико-ориентированного подхода, т.к. специфика работы данных специалистов направлена на выполнения «технических» действий, и по мимо теоретической подготовки им необходимо работать на симуляторах для выработки необходимых навыков. Каждая программа включает в себя 4 этапа обучения. Первый – целевой – включает в себя проверку и пополнение знаний по теории и практике рентгенологических исследований с использованием симуляторов. Второй – экспериментально-обучающий – подразумевает решение практических кейсов в рамках изучаемой темы. При этом кейсы взяты из реальной практики рентгенолаборантов. В рамках конструктивно-поискового блока курсанты создают инструкции и алгоритмы работы, позволяющие предотвратить наиболее типичные ошибки в повседневной практике. Наконец, рефлексивно-аналитический блок, завершающий каждую тему, – это обсуждение полученных знаний и открытий в процессе обучения.

В 2016 г. стартовал проект по обучению студентов выпускных курсов медицинских училищ по специализации «Лабораторное дело в рентгенологии». В рамках государственного образовательного стандарта был введен дополнительный модуль по данной специализации, что позволяет наряду с дипломом после сдачи сертификационного экзамена получить сертификат специалиста. Уже в июле 2017 г. 45 выпускников медицинских колледжей получили данную специализацию и смогут начать работу рентгенолаборантами.

Зачастую работодателям приходится сталкиваться с тем, что навыков, полученных молодыми специалистами в рамках первичной подготовки, оказывается недостаточно. И в этот момент встает вопрос о дополнительном обучении.

В рентгенологии лаборант – «глаза и уши» врача-рентгенолога. Именно на рентгенолаборанта ложится задача по общению с пациентом. Приходящий на исследование человек может быть обеспокоен, напуган, может испытывать дискомфорт или даже сильную боль. И первая задача рентгенолаборанта – успокоить пациента, помочь ему.

В процессе беседы с пациентом зачастую выясняется дополнительная информация об особенностях и характере заболевания. Нередко эти данные позже помогают врачу поставить верный диагноз. Осознание специалистами

ГБУЗ НПЦМР ДЗМ важности данного процесса привело к созданию курса для среднего медицинского персонала отделений лучевой диагностики под названием «Эффективная коммуникация – залог успеха». Данный курс проводится в формате тренинга, во время которого психолог Ирина Соколова помогает рентгенолаборантам разобраться в аспектах правильной коммуникации, особенностях типологий пациентов и показывает эффективные модели общения с больными, которые приходят на исследование в разном эмоциональном состоянии. Наряду с этим предлагается алгоритм опроса пациентов в зависимости от цели исследования, и приводится техника под названием «ТОП-5». Она включает 5 вопросов пациенту, на которые должен знать ответ врач-рентгенолог до начала исследования, и 5 ответов, которые хочет знать каждый пациент отделения лучевой диагностики после завершения исследования.

После сбора уточняющей информации в беседе с пациентом о ходе предстоящего обследования рентгенолаборант приступает к позиционированию пациента на рентгенодиагностическом столе. И здесь, без преувеличения, от действий рентгенолаборанта зависят качество выполненного исследования и точность поставленного диагноза. Ведь из-за неверного расположения пациента на диагностическом столе томографа, неверного ракурса нужной части тела «в кадре» снимок может быть искажен.

Пациент уложен, аппарат готов, и теперь рентгенолаборанту предстоит верно выбрать параметры исследования. В случае ошибки исследование придется переделывать, поскольку из-за неправильно выбранных настроек рентгенолог не сможет рассмотреть необходимую область достаточно тщательно. В то же время выбор параметров «с запасом» приводит к дополнительному облучению пациента, что может негативно сказаться на его здоровье. Это, пожалуй, самый, ответственный момент в работе рентгенолаборанта, характеризующий его квалификацию.

Но кроме квалификации рентгенолаборантов, большое значение в настоящий момент приобретают и вопросы организации деятельности отделений лучевой диагностик. И, если клиника хочет соответствовать современному уровню, она должна уделять повышенное внимание вопросам информационного сопровождения диагностического процесса, автоматизации процессов управления, оперативности представления требуемой информации и обмена ею между работниками учреждения. Для старших рентгенолаборантов и медицинских сестер был организован курс «Менеджмент для руководителей среднего звена лучевой диагностики».

Тщательно разобрав аттестационные отчеты и результаты тестирований рентгенолаборантов, специалисты центра выявили три ключевые группы знаний и навыков, на которые опирается в своей работе рентгенолаборант.

В первую очередь это знание методик проведения исследований, понимание принципов работы оборудования, знакомство с физическим устройством томографа, общее понимание лучевой анатомии. Ключевыми навыками являются подбор и корректировка параметров проведения исследования с целью решения поставленной диагностической задачи. Эти умения и знания обеспечивают эффективность исследования, безопасность пациента, создают основу для результативной работы врача-рентгенолога.

Ко второй группе были отнесены знания и навыки, обеспечивающие технологические процедуры в работе рентгенолаборанта. Сюда относятся навыки укладки пациента, умение пользоваться дополнительным оборудованием – в первую очередь автоматическим инжектором.

В третью группу попали коммуникативные и управленческие навыки. Без них невозможно построить эффективную работу, найти общий язык с пациентами, уладить возможные конфликты, которые периодически неизбежно возникают в любой работе с людьми. Развитие навыков из третьей группы особенно важно в контексте повышения доступности современных методов диагностики и создания комфортных условий для пациентов.

Кроме того, особо следует выделить необходимость обучения и адаптации новых специалистов, только приступающих к работе в городской системе здравоохранения. Как любая сложная и развитая система, здравоохранение Москвы имеет ряд специфических особенностей. Для рентгенолаборанта главной из них, пожалуй, является необходимость обучения работе в Едином радиологическом информационном сервисе (ЕРИС). ЕРИС объединяет все компьютерные и магнитно-резонансные томографы, установленные в московских поликлиниках, создавая единое пространство для хранения и обработки результатов исследований. Запущенная всего полтора года назад, сейчас система хранит более 210 000 исследований. Вот почему приобретению навыков работе в ЕРИС необходимо также уделять внимание.

По словам китайского полководца Сунь Цзы «Основательная подготовка – залог успеха!». Безусловно, повышение квалификации – необходимый фактор успешной деятельности любого специалиста любой отрасли. И лабораторное дело в лучевой диагностике не исключение. Наша задача дать необходимый для работы объем новых знаний рентгенолаборантов и медицинским сестрам учреждения. Мы рады, что в занятиях на базе нашего учебно-консультативного отдела принимают участие и специалисты, преподаватели и слушатели, из других городов, из негосударственного сектора экономики – ведь все мы делаем одно общее дело.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО КАК ВАЖНАЯ ДИСЦИПЛИНА В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

И.В. Толкачева – доцент,

А.С. Кулабухов – заведующий кафедрой,

И.А. Николаева – доцент,

Л.Н. Шульгина – ассистент 8

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России

Сестринское дело много лет являлось базовой дисциплиной в подготовке среднего медицинского персонала и в обучении врачей занимало незначительную долю учебного времени. Но в силу того, что одним из вариантов решения проблемы недостатка сестринских кадров в нашей стране, стало привлечение в сестринскую профессию лиц, освоивших образовательную программу высшего медицинского образования по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело» или «Стоматология» в объеме 3 курсов, актуальность и важность дисциплины «сестринское дело» для врачей не вызывает сомнения.

Цель исследования: изучить актуальность теоретической и практической подготовки врача общей практики по дисциплине «Сестринское дело».

Задачи исследования:

1. Разработать концепцию исследования.
2. Изучить структуру, динамику, определить тенденцию и возможность прогнозирования желания обучающихся на получение сертификата к осуществлению медицинской деятельности на должностях среднего медицинского (фармацевтического) персонала.
3. Провести социологическое исследование обучающихся по специальности «Лечебное дело», по результатам которого оценить качество обучения и важность дисциплины «Сестринское дело» в будущей профессиональной деятельности врача общей практики.

Методы исследования: экономико-статистические (группировка данных, структурный, сравнительный анализы, ранжирование, статистическая обработка данных, вариационная статистика); он-лайн – анкетирование (опрос) по разработанной оригинальной анкете.

Объекты исследования: годовые статистические материалы деканата ФПО КГМУ (выписки из протоколов экзамена для получения допуска к осуществлению медицинской (фармацевтической) деятельности на должностях среднего медицинского (фармацевтического) персонала для лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского или фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским

или фармацевтическим образованием); обучающиеся ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России по специальности «Лечебное дело» (450): 340 респондентов (1 курс) и 110 респондентов (2 курс).



Рисунок 1 – Концепция исследования

На первом этапе нами разработана концепция исследования, представленная на рисунке 1.

На 1 этапе изучается структура, динамика, определяется тенденция и возможность прогнозирования желания обучающихся на получение сертификата к осуществлению медицинской деятельности на должностях среднего медицинского (фармацевтического) персонала. Анализ проводится на основе статистических данных за 3 года.

На 2 этапе проводится он-лайн анкетирование обучающихся по специальности «Лечебное дело», по результатам которого оценивается качество обучения и важность дисциплины «Сестринское дело» в будущей профессиональной

деятельности врача общей практики. На заключительном этапе предлагаются мероприятия по оптимизации преподавания дисциплины «Сестринское дело» на кафедре сестринского дела КГМУ.

В результате анализа статистических материалов деканата ФПО за период 2014–2016 гг. определена структура желающих получить сертификат к осуществлению медицинской деятельности на должностях среднего медицинского (фармацевтического) персонала, первое место в которой занимают обучающиеся по специальности «Лечебное дело» (64,6 %), второе – обучающиеся по специальности «Фармация» (13,4 %), третье – обучающиеся по специальности «Педиатрия» (12,8 %). Обучающиеся на медико-профилактическом, стоматологическом факультетах и выпускники вузов составили менее 5 % (таблица 1).

Таблица 1

Динамика получения сертификата к осуществлению медицинской деятельности на должностях среднего медицинского (фармацевтического) персонала в КГМУ за период 2014–2016 гг.

Факультет	2014		2015		2016		среднее за 3 года
	абс. знач.	доля, %	абс. знач.	доля, %	абс. знач.	доля, %	
лечебный	87	58,0	136	75,2	96	60,8	64,6
педиатрический	27	18,0	21	11,6	14	8,8	12,8
медико-профилактический	6	4,0	5	2,7	7	4,4	3,7
стоматологический	13	8,7	6	3,3	1	0,6	4,2
фармацевтический	14	9,3	10	5,5	40	25,4	13,4
выпускники	3	2,0	3	1,7	–		1,24
Итого	150	100,0	181	100,0	158	100,0	

Следует отметить, что в структуре желающих более половины (55 %) составляют студенты 4 курсов, четвертая часть (27 %) – пятикурсники, доли выпускников и обучающихся на 6 курсе составляют 10,5 % и 7,5 % соответственно.

Анализ количества обучающихся, получивших сертификат к осуществлению медицинской деятельности на должностях среднего медицинского (фармацевтического) персонала, проведен с использованием различных методик расчета (вариационная статистика, экстраполяции сложившихся тенденций, основанной на аналитическом выравнивании). Статистический анализ показателей показал, что коэффициент вариации её динамики 8,04 %, т.е. находится в пределах нормы (К_{вд} до 10 %). Этот факт свидетельствует об однородности статистического ряда и позволяет использовать метод экстраполяции тенденций для определения прогнозного количества желающих получить сертификат.

На втором этапе проведено он-лайн анкетирование обучающихся по специальности «Лечебное дело». 95,8% респондентов считают знания и умения, полученные на дисциплине «сестринское дело», необходимыми для врача-лечебника. Причины утвердительности данного ответа разнообразны: от умения выполнять сестринские манипуляции в случае необходимости, возможности контроля деятельности медицинской сестры (МС), до пригодности сестринских манипуляций в обычной повседневной жизни. Треть опрошенных утверждают, что «хороший врач должен в совершенстве владеть знаниями и умениями МС. Только тогда он может считаться квалифицированным специалистом».

На вопрос «Планируете ли Вы после окончания 3 курса получить сертификат МС для работы в ЛПУ на должностях среднего медицинского персонала?» 89,7% обучающихся 1 курса и 86,2% 2 курса ответили положительно либо «Да», либо «Возможно». Не планируют этого 10,3% и 13,8% обучающихся 1 и 2 курсов соответственно. Считают свой объем знаний и умений достаточным для выполнения функциональных обязанностей МС 65,9% респондентов. Свои знания по дисциплине «сестринское дело» оценивают на «отлично» и «хорошо» 78,9% опрошенных и лишь 21,1% на «удовлетворительно».

Интерес представляют качества, которыми должен обладать преподаватель сестринского дела (таблица 2).

Таблица 2

Качества преподавателя сестринского дела, %

Качества преподавателя сестринского дела	1 курс	2 курс
общительность, открытость	66,9	66,4
строгость	20,8	23,6
чувство юмора	34	27,3
мягкость, уступчивость	8,8	7,3
снисходительность	6,5	10,9
умение интересно подавать материал	81,2	74,5
терпеливость	32,6	50,0
умение находить индивидуальный подход к каждому	36,4	40,9
умение заинтересовать ученика	60,4	56,4
прекрасное знание материала и совершенное владение практическими навыками		0,9
профессиональность	0,3	
опыт работы и хорошее знание дисциплины	0,3	
умение не смотреть свысока, говорить на одном языке с учеником, объяснять, зачем именно нужна правовая база, какими элементами манипуляций можно пренебречь, а какие обязательно надо делать правильно	0,3	

Исследование показало, что 64,2 % обучающихся заинтересованы в научно-исследовательской деятельности в области сестринского дела. Качество лекций по дисциплине «сестринское дело» оценили на «отлично» и «хорошо» 80,6 % опрошенных, на «удовлетворительно» 19,4 %. Среди достоинств дисциплины «сестринское дело» указаны: первое знакомство с работой медицинского учреждения, получение практического опыта выполнения манипуляций в лечебном учреждении, приобретение опыта общения с пациентами, понимание важности медицинской профессии, в том числе сестринской и т.д. Кроме достоинств, отмечены некоторые недостатки. Четверть респондентов отметили (25,0 %), что им недостаточно 2-х часового занятия для качественного овладения темой и особенно практическими умениями и владениями (56,7 %). В качестве недостатка указано недостаточное количество практических занятий по дисциплине. Максимально эффективным методом обучения, позволяющим овладеть предметом, 92,7 % обучающихся считают симуляционное обучение в симуляционном классе (на муляжах). Однако, муляжного обеспечения для 100 % отработки манипуляций по мнению опрошенных недостаточно.

В заключение опроса респонденты высказали предложения по улучшению преподавания дисциплины «сестринское дело», которые преподавательский состав кафедры сестринского дела КГМУ учтет в организации учебного процесса.

СИМПОЗИУМ
«ЗДОРОВЬЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ»

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Л.Ю. Мололкина – главная медицинская сестра

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Городская поликлиника № 10», г. Астрахань, Россия

Старение населения – закономерный процесс, связанный со снижением смертности и рождаемости. По данным Росстата численность населения России на начало 2017 г. составляла 146804372 человек, в т.ч. лиц старше трудоспособного возраста – 36685100 человек, что составляет 25 % от общей численности населения. Согласно демографического прогноза до 2035 года этот показатель достигнет 29,3 %. Увеличение абсолютного числа лиц старших возрастных групп объективно ведет к повышению численности граждан, испытывающих трудности с решением медицинских, социальных и психологических проблем.

По сведениям Росстата, продолжительность жизни в России повысилась, и в среднем составляет 71,8 года. Правительство Российской Федерации ставит цель – достичь среднего показателя продолжительности жизни по стране до 76 лет к 2025 году. Очевидно, что для дальнейшего роста продолжительности жизни необходимо снижение заболеваемости и смертности старшего поколения, и это является одной из задач гериатрической службы. Соответственно, в России здоровье пожилых людей приобретает особую актуальность. Ни для кого не секрет, что на данный момент в стране гериатрическая служба представлена лишь фрагментарно. Она не является единой системой, с налаженным взаимодействием между звеньями.

В законодательстве нашего государства уже делаются первые шаги по развитию медицинской помощи пожилым людям:

- внесены дополнения в Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (в проект подпрограммы 2 добавлен целевой индикатор: показатель «Обеспеченность геронтологическими койками (на 10000 населения старше трудоспособного возраста)» до 2020 года, в детальный план-график реализации государственной Программы добавлено ряд мероприятий по геронтологии и гериатрии);

- Распоряжением Правительства Российской Федерации от 5.02.2016 г.
- № 164-р утверждена Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года, ключевыми целями которой

определены устойчивое повышение продолжительности, уровня и качества жизни людей старшего поколения, стимулирование их активного долголетия. С учетом особенностей продолжительности жизни, состояния здоровья и пенсионной системы к гражданам старшего поколения условно отнесены: граждане с 60 до 64 лет (это достаточно активные в экономическом и социальном плане люди, продолжающие осуществлять трудовую деятельность), граждане с 65 лет до 80 лет (это, как правило, люди менее активные, многим из которых требуется медпомощь и соцуслуги), граждане старше 80 лет (это, как правило, люди имеющие множественные проблемы со здоровьем и зачастую нуждающиеся в уходе и помощи).

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.01.2016 г. № 38н утвержден «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «гериатрия». В соответствии с Порядком, модель организации гериатрической службы предполагает единую трехуровневую систему, которая включает амбулаторное звено, стационарную помощь и организационно-методические и научные гериатрические центры.

– В 2017 году стартовал пилотный проект «Территория заботы». Участниками проекта являются Белгородская, Самарская, Волгоградская, Воронежская и Калужская области, Пермский край, а также Республика Башкортостан. Целью данного проекта является организация структуры гериатрической службы в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «гериатрия», совершенствование оказания медицинской помощи ветеранам.

Основным звеном системы здравоохранения, на уровне которого в значительной мере реализуются потребности пожилых людей, является амбулаторно-поликлиническая служба. Именно эта служба одна из первых принимает участие в оказании помощи населению старших возрастных групп при проведении диспансеризации, профилактической работы, обслуживании на дому.

На сегодняшний день существует ряд проблем в работе участковой службы с пожилыми пациентами. Это загруженность специалистов участковой службы, ориентация на болезнь, а не на больного, неумение общаться с пожилыми пациентами, отсутствие знаний и навыков в оценке состояния такой группы пациентов, отсутствие четко отлаженной схемы работы с социальными службами.

В Астраханской области уже началась подготовка специалистов первичного звена по профилю «Гериатрия». В штатное расписание поликлиник вводят должности врачей – гериатров и медицинских сестер гериатрических кабинетов. Гериатрический кабинет создается в медицинской организации при численности прикрепленного населения пожилого и старческого возраста

менее 20000 человек. В случае, если на терапевтическом участке проживает более 40 % жителей пожилого и старческого возраста, на этом участке вводится дополнительная должность медицинской сестры участковой.

В соответствии с порядком оказания медицинской помощи по профилю «Гериатрия», медицинская помощь представляет собой систему мер по оказанию медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста, а также пациентам иного возраста при наличии старческой астении.

Старческая астенция (англ. frailty – хрупкость), шифр по МКБ-10 R54 – ассоциированный с возрастом синдром, основными клиническими проявлениями которого являются общая слабость, медлительность и/или непреднамеренная потеря веса. Синдром старческой астении сопровождается снижением физической и функциональной активности, а также адаптационного и восстановительного резерва.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь по профилю «гериатрия» оказывается амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника и в условиях дневного стационара.

Врач – терапевт участковый или врач общей практики (семейный врач) выявляет старческую астению при самостоятельном обращении пациентов, направляет пациентов со старческой астенией на консультацию к врачу-гериатру, составляет и выполняет индивидуальный план лечения пациентов с учетом рекомендаций врача-гериатра и выявленных гериатрических синдромов. Наблюдение за такими пациентами включает: осмотр пациента на дому медицинской сестрой участковой не реже 1 посещения в 3 месяца и врачом – не реже 1 посещения в 6 месяцев. При необходимости, врач – гериатр осматривает пациента на дому.

Приоритетным направлением в работе медицинских работников первичного звена является профилактика. Пропаганда формирования здорового образа жизни среди лиц пожилого возраста – неоспоримый факт повышения качества их жизни. Одним из лучших вариантов является школа здоровья.

При организации первичной медико-санитарной помощи людям пожилого и старческого возраста особое внимание необходимо уделять лечению на дому. В связи с этим, встает вопрос о необходимости широкого использования «Стационара на дому» (далее по тексту СНД). Это вызвано ростом потребности в организации амбулаторно-поликлинической помощи этим пациентам, желанием большинства пожилых пациентов быть в процессе лечения вместе с родными, близкими, друзьями, не изменять привычки условий пребывания в домашней обстановке.

Обслуживая пациентов СНД, медицинская сестра проводит ежедневный мониторинг их состояния здоровья, обращает внимание на самочувствие па-

циента, своевременность приема лекарственных препаратов, назначенных врачом, наличие аллергических реакций на принимаемые лекарственные препараты. Также, медицинская сестра проводит консультирование по вопросам правильного питания, реабилитации, обучает пациента самоконтролю за своим состоянием и оказанию самопомощи при его ухудшении, обучает членов семьи больного приемам и правилам ухода, выполнению несложных медицинских манипуляций и оказанию доврачебной помощи при ухудшении состояния.

Лечение в СНД инвалидов, лиц пожилого возраста снижает частоту обращения этой категории пациентов в поликлинику, уменьшает число вызовов скорой и неотложной помощи, сокращает число плановых госпитализаций в стационары круглосуточного пребывания, улучшает качество медицинского обслуживания.

Таким образом, на сегодняшний день, в первичном здравоохранении оказание медицинской помощи лицам старших возрастных групп ложится на плечи участковой службы. Для повышения качества оказания лечебной и профилактической работы этой категории граждан, в структуре медицинских организаций первичного звена необходимо внедрение единой, четко сконструированной системы, которая должна включать в себя взаимодействие с организациями социального обслуживания, оказания социальной помощи и социальной адаптации.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Е.М. Мальцева – главная медицинская сестра

*Автономное стационарное учреждение социального обслуживания
Омской области «Нежинский геронтологический центр»*

Постарение населения ставит перед обществом задачу –обеспечить достойную жизнь людям пенсионного возраста. Пожилые люди имеют право на удовлетворение своих потребностей в долговременном квалифицированном уходе и лечении как на дому, так и в стационарных учреждениях различного ведомства, а также на удовлетворение своих социальных и духовных нужд.

В настоящее время много внимания уделяется проблеме активного долголетия пожилых и старых людей. Поэтому возникающие вопросы реабилитации являются актуальными и для нашего геронтологического центра. Особую значимость для их решения приобретает комплексный подход в организации реабилитационных мероприятий, способствующих активному долголетию

лиц пожилого и старческого возраста. Комплексная программа реабилитации предусматривает всестороннюю защищенность и предоставление пожилым людям и инвалидам широких возможностей для восстановления утраченных функций, трудоспособности, роста личностного потенциала, интеграции в общество.

Пройдя пятидесятилетний путь развития, Нежинский геронтологический центр накопил богатый опыт в использовании новых форм, методов и технологий при организации реабилитационных мероприятий, оказании медицинской и социальной помощи пожилым людям.

На сегодня мощность учреждения составляет 710 койко-мест, расположенных в 6 жилых корпусах на двух обособленных территориях. Проживающие размещаются в благоустроенных комнатах, рассчитанных на 1–2 человека.

В центре проживают участники и инвалиды ВОВ, труженики тыла, ветераны труда, жители блокадного Ленинграда, инвалиды 1, 2, 3 групп, пенсионеры по возрасту.

Деятельность учреждения подчинена одной общей цели: предоставление социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам путем создания соответствующих состоянию здоровья и интересам условий жизнедеятельности, проведения мероприятий медицинского, психологического, социального характера, организации питания и ухода, а также посильной трудовой деятельности, отдыха и досуга.

В центре функционируют лечебно-диагностические кабинеты: массажный, лечебной физкультуры, физиотерапевтический, фитотерапии, стоматологический, рентгенологический, функциональной диагностики. Есть водолечебница, аптека, ЦСО, КДЛ.

Анализируя потребности и возможности, проживающих в геронтологическом центре, их физическое и психологическое состояние, мы сделали вывод: пожилых людей нельзя рассматривать только с точки зрения тяжести их жизни, полной проблем. Да пожилые и старые люди нуждаются в удовлетворении своих жизненно важных потребностей: в надежном жилище, полноценном питании, охране здоровья, медико-социальном уходе, но пожилые люди – это еще источник опыта, знаний, энергии и таланта, которые могут быть использованы, если дать им такую возможность.

Исходя из этого определены основные цели комплексной программы реабилитации:

1. Повысить уровень социальной адаптации.
2. Активизировать способности к самообслуживанию.
3. Реализовать возможности в творческой деятельности.
4. Реализовать возможности в трудовом процессе.

Для внедрения комплексной программы реабилитации созданы полипрофессиональные бригады, объединяющие в своем составе специалистов, работа которых строится по принципу многоплановой преемственности и комплексности. В бригаду входят специалисты, необходимые для ведения каждого конкретного пожилого человека или инвалида с их индивидуальными потребностями -это врач, медицинская сестра, психолог, инструктор лечебной физкультуре, массажист, физиотерапевт, специалист по социальной работе, культорганизатор, юрисконсульт, инструктор по труду. При необходимости, к работе привлекаются «узкие» специалисты, санитарки.

Разработанная комплексная программа реабилитации дала возможность организовать работу по принципу «звезды». При поступлении в учреждение на каждого проживающего направлены все виды реабилитации: медицинская, психологическая, педагогическая, профессиональная, социальная. Эффективность реабилитационных мероприятий во многом определяется возможностью проведения комплекса медицинских и социотерапевтических приемов.

В выполнении комплексной программы реабилитации особая роль отводится медицинским сестрам. Основные задачи медицинской сестры – проводить мероприятия, направленные на социальную адаптацию, побудить пациента к самообслуживанию и поэтапному решению проблем, руководствуясь его желаниями и интересами.

Роль медицинской сестры в социальной адаптации заключается:

1. В предоставлении максимальной информации для обеспечения более быстрой адаптации пожилого человека в новых для него условиях: разъяснение функции нашего геронтологического центра, ознакомление поступивших с распорядком дня, с расположением медицинских кабинетов и бытовых служб, часами их работы.
2. В расселении поступающих с учетом психологических и характерологических особенностей, прошлого трудового опыта, досуговых интересов.
3. В адаптации в коллективе и закреплении позитивных социальных навыков: обучение поступающего пожилого человека общению, умению понимать человека более немощного, чем он сам, осмыслению ситуации совместного проживания.

Медицинская сестра геронтологического центра, помимо выполнения врачебных назначений и ухода за проживающим, выполняет функции координатора, помощника, советника, защитника, психолога, священника, социального работника, отчасти дублирует работу других специалистов. Это объясняется тем, что она находится в наиболее близком контакте с проживающими, она раньше других может заметить перемены в их самочувствии и настроении, к ней первой, обращаются с просьбой.

Сестринский персонал постоянно проводит работу по активизации способностей, поступающих в центр к самообслуживанию и продлению активного долголетия. Разработанная сестринская карта гериатрического пациента, анкеты и опросники позволяют оценить способность к самообслуживанию при поступлении в геронтологический центр.

Анализ показал, что все поступающие в центр пожилые люди нуждаются в той или иной посторонней помощи:

- при вставании с постели – 18 % от числа поступивших;
- при проведении гигиенических процедур – 22 % от числа поступивших;
- при приеме пищи – 16 % от числа поступивших;
- при одевании раздевании – 24 % от числа поступивших;
- при пользовании туалетом – 40 % от числа поступивших;
- при пользовании телефоном – 20 % от числа поступивших;
- подниматься, спускаться по лестнице – 26 % от числа поступивших;
- убирать, готовить пищу, ходить за продуктами – 68 % от числа поступивших.

Более чем у 40 % граждан, поступающих в центр, выявлены утраченные навыки самообслуживания. Кроме того, 23 % имеют в анамнезе тяжелую форму церебральной патологии и, следовательно, нуждаются в индивидуальном постоянном уходе и наблюдении. В ходе проводимых реабилитационных мероприятий в течение 12 месяцев после поступления в центр, процент активизации способностей к самообслуживанию повышается, пациенты меньше нуждаются в посторонней помощи, примерно, в 20 % случаев от момента поступления.

Способности к самоуходу активизируются по всем направлениям. Помощь при вставании с постели снизилась до 10 %, проведении гигиенических процедур до 12 %, приеме пищи до 8 %, одевании, раздевании до 16 %, пользовании туалетом до 20 %, (в том числе 14 % научились пользоваться мочеприемником в постели), пользоваться телефоном до 13 %, подниматься, спускаться по лестнице до 20 %, убирать, готовить пищу, ходить за продуктами до 47 %.

Целесообразность введения комплексной программы реабилитации в центре и ее влияние на активное долголетие у пожилых людей доказывается на протяжении 9 лет.

Выводы:

1. Анализ проводимых комплексных реабилитационных мероприятий в центре показал, что:

- снижается адаптационный период при поступлении в центр на постоянное проживание,
- активизируются способности к самообслуживанию,

- повышается творческий потенциал,
- улучшается состояние здоровья,
- увеличилась продолжительность жизни,
- проживающие активно принимают участие в общественной жизни центра.

2. Медицинская сестра играет ключевую роль в реализации комплексной программы реабилитации, так как является первым медицинским работником, встречающим пожилого человека при поступлении, проводит мероприятия, направленные на адаптацию и активизацию навыков самообслуживания. Медицинская сестра является координатором, а зачастую и руководителем реабилитационных программ, согласует все составляющие программы, работу различных специалистов для достижения единой цели, преемственности и устранения разобщенности.

3. Своевременно предпринятые и систематически проводимые комплексные мероприятия по уходу, в большинстве случаев, не только способствуют активному долголетию пожилого пациента, но довольно часто приводят к функциональному восстановлению, достаточному для самостоятельной и полноценной жизни.

Мы не останавливаемся на достигнутом, постоянно стремимся внедрять инновационные социальные технологии для активизации внутреннего ресурсного потенциала пожилых людей, проживающих в нашем центре. Организация достойных условий проживания людям старшего поколения, мероприятия, способствующие активному долголетию, увеличение продолжительности жизни, интеграция в общество – это те цели, к которым стремится в своей деятельности коллектив сотрудников АСУСО «Нежинский ГЦ».

ОПЫТ РАБОТЫ СЕКЦИИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ГЕРИАТРИИ» РОО «АССОЦИАЦИЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ»

Е. Я. Кузьминых, Н. Н. Патрушева, О. М. Чикминева

*РОО «ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл»
Республика Марий Эл*

Старение населения – одна из важнейших проблем, которая в настоящее время приобретает огромное значение для экономической и социальной политики не только развитых, но и развивающихся стран. Прогрессирующее старение населения и связанные с ним проблемы оказания медико-социальной помощи, а также современные достижения биологии и медицины явились

стимулом к развитию геронтологии (науки о старении). Медицинская помощь пожилым людям приобретает все большее значение в деятельности работников практического здравоохранения.

Все разделы геронтологии решают единую задачу: как повлиять на процесс старения, чтобы уменьшить риск развития ассоциированных с возрастом заболеваний (болезней сердца и сосудов, сахарного диабета, остеопороза, остеоартроза, онкологических заболеваний), чтобы отодвинуть их развитие во времени и обеспечить человеку комфортную старость.

Сестринское дело в гериатрии – одно из направлений деятельности Региональной общественной организации «Ассоциации средних медицинских работников Республики Марий Эл».

Роль секции «Сестринское дело в гериатрии» РОО «Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл» обусловлена ориентацией на обучение и закрепление знаний и умений специалистов сестринского дела в вопросах сохранения физического и психического здоровья, социального благополучия пациентов пожилого и старческого возраста.

С 2002 года Ассоциацией в Республиканском клиническом госпитале ветеранов войн Республики Марий Эл реализуется программа постоянно действующего семинара «Сестринское дело в гериатрии». (Темы: «Проблема старения населения России. Биологические, психологические и психо-социальные аспекты старения. Решение психологических проблем в геронтологии с точки зрения сестринского процесса», «Качество жизни пожилого пациента. Роль медицинской сестры в поддержании качества жизни», «Фармакотерапия в пожилом и старческом возрасте», «Особенности ухода за пожилыми пациентами», «Основные принципы сестринского ухода при паллиативном лечении», «Этика – основа сестринского процесса в гериатрии», «Доврачебная помощь больным с прогрессирующей стенокардией на догоспитальном этапе», «Неотложные состояния при диабете», «Остеопороз», «Болезнь Альцгеймера: как обеспечить уход» и др.).

- 04.03.2003 г. – проведена республиканская конференция «Современные аспекты сестринского дела в гериатрии».
- 25.04.2004 г. – республиканская конференция «Особенности сестринского процесса в гериатрии».
- 05.12.2006 г. – республиканская конференция «Роль медицинской сестры в гериатрии».
- В мае 2009 года по инициативе председателя РОО «Ассоциация средних медицинских сестер РМЭ» Е.Я. Кузьминых была создана «Школа правильного ухода за тяжелобольными пациентами», инициативу поддержала администрация госпиталя. Большую помощь и содействие в обучении оказала компания

Пауль Хартман, специализирующая на производстве продуктов медицинского назначения. Первым руководителем Школы стала медицинская сестра-координатор ГБУ РМЭ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн» Е.В. Мухаметгалиева. Она в 2013 году стала победителем Всероссийского конкурса грантов в номинации «Поддержка тяжелобольных пациентов». От РАМС на реализацию данного проекта был получен сертификат в размере 50000 рублей.

- 21.05.2015 г. – проведена республиканская конференция «Психологические аспекты в работе с гериатрическими пациентами».
- 1 января 2016 года на базе ГБУ РМЭ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн» было открыто первое в Республике гериатрическое отделение круглосуточного стационара на 30 коек. В отделении работают 3 сертифицированных врача гериатра. Всесторонняя поддержка администрации учреждения и Министерства здравоохранения Республики Марий Эл позволила в короткие сроки организовать работу отделения: введена комплексная гериатрическая оценка, разработаны алгоритмы введения больных с острым функциональным дефицитом, внедрены новые технологии (стабилометрия, рентгеновская денситометрия и др.).
- В поликлинике госпиталя организован кабинет гериатрической помощи (врач-гериатр и медсестра).
- Декабрь 2016 г. – по инициативе ООО «АСМР РМЭ» открыта «Школа активного долголетия» на базе ГБУ РМЭ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн».
- Принимали участие: II Всероссийский конгресс по геронтологии и гериатрии, который является ежегодным мероприятием научного медицинского сообщества в области изучения старения, профилактики и лечения возраст – ассоциированных заболеваний.
- 2017 г. Секция «Сестринское дело в гериатрии» приняла активное участие в организации и проведении Республиканской конференции «Паллиативная помощь. Роль медицинской сестры». Участники конференции обсудили практику паллиативной помощи в России и проблемы, которые предстоит решить в этом направлении в республике.

Конференция показала, насколько важной является обсуждаемая проблема и какую серьезную роль играет сестринский персонал в оказании медицинской помощи паллиативным пациентам.

- Май 2017 г. – участие в Республиканском мастер-классе по скандинавской ходьбе по программе «Здоровье пожилых людей».
- Региональная общественная организация «Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл» разработала проект на участие

в конкурсе на предоставление грантов Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, проводимом в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 3 апреля 2017 года № 93-рп «Об обеспечении в 2017 году государственной поддержки некоммерческих неправительственных организаций, участвующих в развитии институтов гражданского общества, реализующих социально значимые проекты и проекты в сфере защиты прав и свобод человека и гражданина».

Цель и миссия нашего проекта – поддержать моральный и психологический тонус пациентов старшего возраста путем работы в интегративном подходе, облегчающих физические и психологические затруднения старения.

ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ЗОЖ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ НЕГАТИВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ГИПОДИНАМИИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

И. В. Янминкуль – главная медицинская сестра

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области
«Областная больница № 14 имени В.Н. Шанаурина» (с.Казанское)*

«Резец годов у жизни на челе за полосой проводит полосу», – так сказал великий Шекспир о неизбежной старости, когда человека начинает подводить здоровье. Эликсир молодости или другое чудодейственное средство, которое могло бы повернуть время вспять – не существует. Но есть система мер, способная восстановить процесс естественной саморегуляции организма и, таким образом, значительно отодвинуть старость и связанные с ней болезни.

Человек может полноценно функционировать, только регулярно двигаясь, а пассивный отдых – неправильный выбор. Ограничение двигательной активности – это путь к раннему старению и целому букету заболеваний. Неподвижность тела отрицательно воздействует не только на мышцы, но и на внутренние органы и физиологические системы. Гиподинамия ослабляет мышечную систему. Кровоснабжение ухудшается, поскольку при гиподинамии резко снижается расход энергии, гипоксия мозга ухудшает память, смекалку.

«Старшему поколению – активное долголетие!» – такой девиз выбран в Тюменской области для функционирующих «Школ активного долголетия». Деятельность таких школ является не просто способом повышения качества жизни пожилых людей, но и дополнительной возможностью их интеграции в современное общество. Создание среди людей старшего возраста подобных школ, как правило, имеет добровольческие корни.

Начать здоровую жизнь никогда не поздно, а старость будет в радость, если человек изменит свой образ жизни на более ранних стадиях жизни, начнет правильно питаться, исключит вредные привычки, займется спортом. Для тех, кто хочет продлить свою жизнь и оставаться активными даже в зрелом возрасте, самое главное сохранить внутренний настрой, желание жить и побеждать все болезни.

Демографическая ситуация в Казанском районе, как и в Тюменской области, да и России в целом, складывается таким образом, что среди населения все больший удельный вес занимают люди старшего поколения, причем динамичное увеличение доли пожилых людей в перспективе будет только увеличиваться.

Из 21848 человек, проживающих в Казанском районе, 6008 человек (27,4 %) – составляют лица пенсионного возраста, из них продолжают работать 978 человек (16 %). 1 раз в три года, в составе взрослого населения до 99 лет, лица пожилого возраста проходят плановую диспансеризацию в амбулаторно-поликлинической сети. На основании статистических данных диспансерного осмотра пожилых людей (в возрасте от 60 лет) за последние три года (2014, 2015, 2016 гг.) к III группе отнесены 93,5 %, во II группе значатся 5,3 %, в I группе состоит 1,2 %. Анализируя структуру III группы, состоят на учете с болезнями системы кровообращения – 42,4 %, с сахарным диабетом – 18 %, с онкозаболеваниями – 2 %, с ожирением – 1,6 %. Все эти сухие статистические факты говорят об отсутствии приверженности у населения к здоровому образу жизни, недостаточности проводимой санитарно-гигиенической работы медицинскими работниками в данном направлении.

ОБ № 14 (с.Казанское) входит в состав медицинских организаций, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, поэтому во исполнение части 2 статьи 79 Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские работники обязаны проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения.

Все взрослое население Казанского района распределено на 6 терапевтических участков, 3 из которых – сельские. Работа по профилактике здорового образа жизни населения на сельских участках ведется в большинстве случаев фельдшерами и акушерками, работающими в 33 ФАПах и амбулатории на территории сельских поселений района.

В статье 33 федерального Закона 323-ФЗ, которая закрепляет за первичной медико-санитарной помощью мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, ведущая роль отводится среднему медицинскому персоналу.

В штате нашей больницы нет врачей по лечебной физкультуре и медицинскому массажу, Заведующий Ильинской участковой больницы, участковый врач-терапевт имеет дополнительную специальность по физиотерапии. В работе врачебно-сестринских реабилитационных бригад, позволяющих возвращать людей и адаптировать их к полноценной жизни, основная роль принадлежит специалистам со средним специальным медицинским образованием: 2 инструкторам по лечебной физкультуре, 3 специалистам по физиотерапии, грязе- и водолечению, и 3 специалистам по медицинскому массажу.

С сентября 2009 года приказом главного врача Областной больницы № 14 были утверждены цели и задачи Группы здоровья, организованной по инициативе инструктора по лечебной физкультуре. Группа здоровья первоначально существовала одна, в ее состав входило 17 человек, женщин и мужчин пожилого возраста, которые охотно посещали занятия со спортивными предметами и на тренажерах. С течением времени стали функционировать 3 Группы здоровья, две из которых включают по 14 человек, а в третьей – 11 человек. В настоящее время Группы здоровья состоят из одних женщин, так как 2 мужчины еще в первый год занятий, выбрав из числа участниц избранниц для брака, перестали посещать Группы здоровья. Зато как это мотивировало женский состав групп! Сегодня самой «юной» участнице 58 лет, а самой возрастной – 87 лет. Некоторые из женщин имеют группу инвалидности по различным заболеваниям, но желание активной жизни, (не существования!) в обществе ведет их по верному пути.

Участницы Групп здоровья – женщины, бодрые духом, а некоторые – активные пользователи интернета. В 2012 г их очень заинтересовал такой вид оздоровления, как скандинавская ходьба, которая только в последние 2–3 года стала очень популярной на территории России из-за малой затратности и большой пользы для здоровья. Поскольку этот вид физических упражнений инструктора ЛФК также давно интересовал, сообща они решили попробовать данный вид оздоровления на себе. При освоении нордической ходьбы тренируется выносливость, сила, подвижность, координация движений, улучшается иммунитет и невосприимчивость к болезням, нормализуется сосудистый тонус, проводится активная вентиляция легких, в целом улучшается качество жизни. Для пожилых людей или людей, проходящих реабилитацию, такая оздоровительная ходьба в целом очень показана, ведь она заключается в сохранении небыстрого и индивидуального темпа движения, который не является помехой для разговора, а это очень привлекательно с точки зрения общения.

База для проведения данного вида оздоровления на свежем воздухе для желающих активно заниматься скандинавской ходьбой у нас в селе Казанское

Казанского района Тюменской области просто замечательная – светлая и чистая березовая роща, которая находится рядом с больницей, практически в центре села. Раньше группе единомышленников приходилось осваивать этот новый вид фитнеса с помощью лыжных палок, позаимствованных у внуков. А в 2013 году, после одержанной победы во Всероссийском конкурсе проектов по здоровому образу жизни, в кабинете лечебной физкультуры появились свои 14 комплектов скандинавских палочек, приобретенные на деньги от Гранта в 50 тысяч рублей!

Работа подобных Школ активного долголетия, включающих несколько Групп здоровья из женщин старшего возраста – это наша общая победа и дополнительный бонус в копилку сохранения здоровья населения района! Эта победа не просто их вдохновила, но и заставила поверить в свои силы. В 2014 году Группа здоровья, как истинные приверженцы скандинавской ходьбы, со своим проектом приняли участие в III выставке социальных проектов общественных объединений и некоммерческих организаций Тюменской области, организованной Правительством г. Тюмени.

Наши участницы не просто украсили выставку своими фотографиями во время занятий и озорными стихами о скандинавской ходьбе, они отвечали заинтересовавшимся на вопросы, показывали сюжеты видеороликов, снятые о них для телевизионных передач и статьи в региональных и российских газетах и журналах о своей Группе Здоровья. Не заставляя себя уговаривать, с большим энтузиазмом пожилые, но такие молодые душой женщины демонстрировали мастер-класс по ходьбе с нордиками, разъясняли, как правильно надевать на руку крепления от палок. В общем, были настоящими пропагандистами здорового образа жизни!

Здоровый образ жизни, поддержание органов и систем в тонусе – не просто увеличивает период активного долголетия, улучшает психоэмоциональное состояние пожилых людей, но и продлевает период сохранности и способности к самообслуживанию людей старшего возраста. Занятия в зале с применением оснащения: мячей, обручей, фитболов, гантелей, скакалок, инструктор ЛФК грамотно чередует с упражнениями на спортивных тренажерах, занятиями на свежем воздухе.

Состав участниц «Групп здоровья» на протяжении восьми лет сменялся неоднократно, часть участниц со временем переехали из района на постоянное место жительства к детям, некоторым участницам посещать группы здоровья не позволяют возрастные ухудшения в состоянии здоровья и ряд других причин. А некоторые женщины, напротив, чувствуя улучшение самочувствия, привели в зал ЛФК с собой подруг, бывших коллег по работе, родственниц.

Здоровье каждой участницы «Школы активного долголетия» находится под наблюдением доверенного врача-терапевта Межецкой Н.М. Участницами до и после проведения занятий ведутся Дневники здоровья. Состояние органов и систем ежеквартально мониторируется при помощи холтеровских мониторов ЭКГ и суточных программных комплексов АД, выполняется спирометрия, 1 раз в квартал выполняется необходимый спектр анализов. В дни посещения занятий участницам Групп здоровья инструктором ЛФК дважды проводится тонометрия, пульсоксиметрия, 1 раз в неделю – измерение веса. По разрешению доверенного врача и после необходимого обследования, желающим периодически назначается водо- или грязелечение, медицинский массаж, при необходимости – физиотерапевтические процедуры.

Ежеквартально инструктором по лечебной физкультуре Шаптала Натальей Михайловной, которая в основном ведет Группы здоровья и курирует участниц, проводится анкетирование, позволяющее узнать приверженность пожилых женщин к здоровому образу жизни, проанализировать их внутреннее самочувствие, выяснить, какой вид физических нагрузок для них наиболее предпочтителен. На вопрос, какой принцип проведения занятий каждая из них бы предпочла (индивидуальный или групповой) и почему, 97 % участниц ответили, что им нравятся занятия в группах из-за возможности общения с единомышленниками. 75 % респондентов нравится индивидуальный подход при назначении физической нагрузки и возможность выбора занятий. Более половины участниц признают, что ощущают после занятий в Группе здоровья не физическую усталость, а новый прилив сил и желание жить полноценной жизнью. 22 участницы радуются снижению веса в результате регулярных занятий физическими упражнениями и улучшению тонуса мышечной ткани. Все участницы считают, что занятия в Группах здоровья улучшили их характер, упорядочили режим дня, мотивировали их ежедневно следить за своим здоровьем, приучили участниц Групп здоровья два раза в день измерять свое артериальное давление.

Повышение грамотности в вопросах здорового образа жизни и профилактики заболеваний, возможно, самый важный аспект в работе подобных Школ активного долголетия. Обучение пожилых людей практическим навыкам и методам укрепления и сохранения здоровья помогает снизить негативные последствия гиподинамии. Работа в «Школах активного долголетия» Групп здоровья помогает формировать новую среду общения, выявлять нереализованный потенциал и давать своеобразный толчок для самореализации личности пожилых людей. Совместные активные занятия очень сплотили участниц: зимой они катаются с горы, ходят на лыжах, летом много времени проводят на свежем воздухе, в лесу, где, чередуя разминочные занятия, собирают целебные

травы, из которых потом целый год пьют волшебные фиточаи, ездят на экскурсии, ходят в плавательный бассейн, занимаются скандинавской ходьбой, отмечают вместе праздники и дни рождения.

Невзирая на время года, на любые погодные условия: в жаркий полдень, ненастный день или зимнюю стужу, Школа активного долголетия в селе Казанское ведет свою активную борьбу с гиподинамией, повышая уровень ответственности населения за собственное здоровье. А мы, медицинские работники, всегда готовы протянуть руку помощи и обучить всех желающих активной жизненной позиции, реализации в себе жизненных сил и умению радоваться жизни в любом возрасте.

Здоровый образ жизни в нашем случае ориентирован не просто на укрепление здоровья людей старшего возраста, но и на более бережное отношение к своему здоровью при выполнении физических занятий, активном отдыхе. Двигательная активность должна быть естественной потребностью человека, она поддерживает жизненный тонус всех органов и функциональных систем. Люди, не желающие пассивно встречать старость, лежа на диване, 2–3 раза в неделю приходят к нам, в кабинет лечебной физкультуры за своей порцией здоровья и это не может не радовать, ведь двигательная активность предполагает некий стимулятор продления жизни. Целой командой средних медицинских работников ведется планомерная работа по поддержанию активной жизни, улучшению состояния здоровья участников «Школы активного долголетия».

А для профилактики гиподинамии необходимо всего лишь выбрать по вкусу любой вид физической активности – плавание, велосипед или скандинавскую ходьбу, и заниматься ими в любое удобное время. Ведь хобби способствует выработке эндорфинов – гормонов хорошего настроения!

СЛУЖБА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ КАК ФОРМА ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ В ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

А.М. Скотти – медицинская сестра кабинета медико-социальной помощи

*Государственное бюджетное учреждение Республики Карелия
«Городская поликлиника № 1», г. Петрозаводск*

1. Как построена работа кабинета медико-социальной помощи.

Служба медико-социальной помощи в ГБУЗ «Городская поликлиника № 1» организована 31 мая 2000 года (предварительная подготовка с октября 1999г). В инициативную группу входили: главный врач поликлиники, главная

медицинская сестра, зав. терапевтическими отделениями, участковые медицинские сестры.

Понимание и содействие оказали преподаватели Отделения повышения квалификации «Петрозаводского базового медицинского колледжа», а так же специалист МЗ РК курировавший реформы Сестринского дела.

На основании приказа МЗ РФ № 297 от 26.08.1999 г «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста Российской Федерации», главным врачом поликлиники было предложено организовать и внедрить сестринскую социальную помощь.

2. Задачи кабинета медико-социальной помощи

- Кабинет организован для долговременной медико-социальной помощи населению старших возрастных групп и инвалидам.
- Профилактика обострений хронических заболеваний у лиц в возрасте: 50+, 60+, 70+, 80+...
- Психологическая адаптация стареющих людей в обществе: создание условий для всестороннего развития личности, пожилой человек – полноправный член нашего общества.
- Обучение простым методам ухода и самоухода, основным правилам личной гигиены.
- Работа с семьей, предупреждение насилия в отношении пожилых и престарелых граждан, ориентация на добро, справедливость и милосердие.
- Способствовать продлению достойной жизни пожилых пациентов и лицам престарелого возраста.

3. Формы работы кабинета медико-социальной помощи

- Консультативная и информативная помощь (прием медицинской сестрой пациентов и дальнейшее консультирование в рамках своей компетентности). Индивидуальные беседы, беседы по телефону.
- Активные медико-социальные патронажи медицинскими сестрами на дому нетранспортабельных, выявление проблем, помощь в преодолении их, работа с семьей (плановые и экстренные).
- Обучающий блок – «Школы пациента» (более 10 различных школ).
- Коллективные занятия (круглые столы, акции, встречи с населением, лекции, семинары, мастер – классы, беседы в группе, арт – терапия).
- Психологическая реабилитация одиноких граждан, а так же лиц попавших в трудную жизненную ситуацию, решение проблем одиночества – проведение вечеров в праздничные даты, посещение театров, музеев, выставок, концертов. Создан и успешно работал в течение 15 лет народный театр «Перевальский», пропагандирующий здоровый образ жизни, нравственные ценности общества.

- Медико-оздоровительная работа в форме выхода на природу:

Дни здоровья (7 апреля) набережная Онежского озера, Скандинавская ходьба с палками, парк района «Перевалка», День пожилых людей (1 октября) «Осенний парк» и т.д. Есть определенные сложности: этот метод работы требует особый контроль за самочувствием пациентов и медицинской сестре необходимо быть предельно внимательной и ответственной – работа в паре (2 м/с)

4. Принципы работы с пожилыми людьми

- Прислушиваться к мнению людей старших возрастных групп.
- Развивать внутренний потенциал этих людей.
- Быть честным относительно возможностей кабинета при оказании помощи людям.
- Осознать и понимать, что возможности людей, которым ты помогаешь, тоже ограничены.
- Уважение индивидуальности, уникальности и своеобразия каждого человека.
- Уважение национальных особенностей человека.
- Принцип добровольности.
- Учет возрастных особенностей этой категории граждан.
- Инициатива и сотрудничество.
- Использование принципа «Обратная связь»
- Соблюдая эти принципы в своей работе, медицинская сестра участвует в построении гражданского общества.

Пожилый человек – полноправный член общества.

5. Что ценного в работе кабинета медико – социальной помощи:

- Уникальность – создан первым в городе и остается по-прежнему единственным кабинетом, который выполняет достаточно большой объем помощи пациентам пожилого и преклонного возраста. Опыт широко используется не только в городе, но и в районах республики, а так же за рубежом.

Модель, выбранная для работы кабинета, признана наиболее удачной и эффективной.

Это в свою очередь способствует повышению престижа профессии медицинской сестры и может быть использовано для обучения молодых специалистов.

6. Что такое «Школа пациента».

Наши болезни не сваливаются на нас на голову, как гром среди ясного неба. Они являются результатом постоянных нарушений законов природы!

Объединение усилий врача, медицинской сестры и пациента в стремлении победить болезнь, если не победить, то научиться надежно и грамотно контролировать свое самочувствие.

В «Школу пациента» приходят люди, заботящиеся о своем здоровье и здоровье своей семьи.

Полноценное и своевременное применение мер профилактики обострений хронических заболеваний существенно продлевает жизнь человеку, а также повышает качество его жизни.

«Научить человека – жить, не болея!» – вот та задача, которую ставит перед собой «Школа пациента».

7. Отчет о проведенных «Школах пациента» за 2016 год:

Название Школы	Число занятий	Число пациентов, принявших участие в занятиях (чел.)
«Легкое дыхание»	37	334
Школа для пациентов с заболеваниями суставов и позвоночника	33	548
Школы ЗОЖ	41	349
Ситти-Данс в ЦСО «Истоки»	62	1510
Танцевально-двигательная терапия	12	274
Школа для маломобильных	12	146

За 2016 год было проведено 222 Школы пациента, при этом число пациентов, посетивших школы составило 3517 человек. Наиболее посещаемые были занятия по Ситти-Данс.

8. Инновационные технологии.

Разработана и пользуется успехом у населения «золотого возраста» совсем новая программа «Легкое дыхание», направленная на профилактику заболеваний дыхательной системы человека. Программа разработана на основе «Норвежской программы» «Организации LHL» и органично вписалась в наши занятия.

Сегодня очень востребованы программы «Школ двигательной активности». Огромной популярностью пользуется оздоровительная программа «Ситти-Данс», которая широко распространена в Скандинавских странах, Европе: Англии, Германии. Программа основана на элементах активизирующей гимнастики, ритмике, танцевальных движениях, хорошей музыке и позитивном настроении. Эти занятия способствуют сохранению памяти, координации, подвижности суставов и позвоночника, повышению жизненного тонуса. Оздоровительная, эффективная, очень красивая методика танцев на стульях быстро нашла своих друзей. Сегодня эта программа идет на нескольких площадках города и петрозаводчане имеют возможность воодушевиться примером активных людей «золотого возраста» и изменить свой устоявшийся уклад жизни.

9. Заключение и выводы: Потребности населения Карелии в медико-социальной помощи высоки. Следует отметить, что с целью повышения уровня общественного здоровья необходимы дальнейшее развитие данной области прикладной медицины. Также необходимы детальные исследования медико-социальных проблем населения, разработки инновационных методов и технологий для их эффективного разрешения.

Рассматривая субъективное благополучие как сложное интегрированное переживание, в нем выделяют пять компонентов.

1. Социальное благополучие связано с удовлетворенностью своим социальным статусом и межличностными отношениями в микросоциальном окружении. Социальное благополучие человека основывается на таких параметрах социальных отношений, как социальная интеграция, возможность подтверждения своей социальной значимости, чувства социального признания, надежности партнеров по общению, возможности получения социальной поддержки.

2. Духовное благополучие – осознание и конструктивное переживание смысла своей жизни, вера в благосклонность судьбы или высших сил в реализации личностных потенциалов на жизненном пути.

3. Физическое благополучие – ощущение физического здоровья и телесного комфорта.

4. Материальное благополучие – удовлетворенность материальной стороной своей жизни, материальной обеспеченностью, надежностью финансового состояния.

5. Психологический (душевный) комфорт – переживание гармонии чувств и желаний, ощущение внутреннего равновесия.

В этой связи делаю выводы, что выбранное направление моей работы -

- правильное и своевременное
- наиболее эффективное и долговременное
- интересное и перспективное
- инновационное и современное.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ГБУЗ «ВОЛГОГРАДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН»

Н.И. Леонтьева – главная медицинская сестра

*Государственное бюджетное учреждение «Волгоградский областной
клинический госпиталь ветеранов войн», г. Волгоград*

Госпиталь ветеранов войн был организован в 1945 году на базе действующего в годы Великой Отечественной войны эвакуогоспиталя № 5466. Эвакогоспиталь № 5466 существовал с марта до декабря 1943 г. 1 декабря 1945 г. приказом Наркома Обороны госпиталь передан в ведение Наркомата Здравоохранения и стал именоваться Сталинградским областным госпиталем для Инвалидов Великой Отечественной войны. В госпитале было развернуто 240 коек.

В настоящее время коечный фонд госпиталя составляет 356 коек, в структуре: хирургическое, терапевтическое, неврологическое, психотерапевтическое, гериатрическое, реанимационное, физиотерапевтическое, отделение медицинской реабилитации, диагностические отделения, консультативная поликлиника.

В госпитале трудится высококвалифицированный коллектив. Специалисты со средним медицинским образованием 128 человек, высшую квалификационную категорию имеют – 76 человек (59 %), первую-10, вторую –1, отличники здравоохранения-3 человека.

Госпиталь активно занимается проблемами гериатрии, так как 90 % пациентов участников Великой Отечественной войны – это лица пожилого и старческого возраста.

Медицинские работники госпиталя ставят перед собой цель – достижение активного долголетия своих пациентов, так как в огромном большинстве люди умирают не от самой старости, а от болезней, наступающих в старости, которые необходимо и возможно лечить. Сотрудники ГБУЗ «ВОКГВВ» на протяжении многих лет успешно занимаются вопросами сохранения здоровья пожилых людей и улучшения их самочувствия.

В целях совершенствования медико-социальной помощи гражданам пожилого и старческого возрастов, в том числе, ветеранам, повышения качества их жизни, и во исполнение приказа Министерства здравоохранения РФ от 28.08.1999 г. № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации», приказа Комитета по здравоохранению Администрации Волгоградской области от 31.12.2004 г. № 1265 «Об организации Волгоградского областного гериатрического центра на базе ГУЗ «Волгоградский областной клинический госпиталь

ветеранов войн», Волгоград», 31.12.2004 г. в ГУЗ «ВОКГВВ» на функциональной основе создан Волгоградский областной гериатрический центр.

С 2011 года в полном объеме выполняются мероприятия долгосрочной областной целевой программы «Повышение качества жизни пожилых людей Волгоградской области», государственных программ «Социальная поддержка граждан», «Формирование доступной среды жизнедеятельности для инвалидов и маломобильных групп населения Волгоградской области».

В рамках реализации «Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года», утвержденной Распоряжением Правительства Российской Федерации от 05 февраля 2016 г. № 164-р, порядка медицинской помощи по профилю «гериатрия» (приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.01.2016 г. № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия») функционирует областной многопрофильный гериатрический центр в ГБУЗ «ВОКГВВ» мощностью 180 коек, имеющий в структуре гериатрическое, терапевтическое, неврологическое, хирургическое с урологическим и ортопедическим профилем отделения, гериатрическое отделение на 30 коекв ГУЗ «Клиническая больница № 11».

В рамках реализации пилотного проекта Министерства здравоохранения Российской Федерации «Территория заботы» на территории Волгоградской области обеспечена подготовка врачей по специальности «гериатрия» на базе ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ в количестве 24 человек, в том числе, для организации гериатрических кабинетов – 19 человек.

Подготовлены два ассистента кафедры терапии и эндокринологии ФУВ ВолгГМУ на цикле для преподавателей медицинских университетов по гериатрии на базе ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ, что делает возможным организацию на базе данной кафедры ТУ по гериатрии для врачей терапевтов участковых, кардиологов, неврологов, работающих в первичном звене системы здравоохранения Волгоградской области.

Проведено обучение среднего медицинского персонала на базе ГАПОУ «Волгоградский медицинский колледж» на цикле ТУ «Сестринское дело в гериатрии» – 34 чел.

С 1 августа 2017 года открываются 19 гериатрических кабинетов для оказания медицинской помощи людям пожилого и старческого возраста в амбулаторно-поликлинических учреждениях города и области. Таким образом, сформирована трехуровневая система оказания медицинской помощи пожилым людям.

Гериатрический центр госпиталя оказывает организационно – методическую и практическую помощь специалистам общей лечебной сети по оказанию гериатрической помощи пожилым гражданам. Проводит совещания, конференции, обучение специалистов с высшим и средним медицинским образованием по актуальным вопросам гериатрии. Организует консультации, в том числе выездной бригадой в районах области, плановое стационарное лечение пожилых граждан в госпитале.

При обследовании граждан пожилого и старческого возраста в медицинских организациях необходимо проводить комплексную гериатрическую оценку (далее – КГО). КГО – междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку не только медицинских, но и психологических, социальных проблем и функциональных способностей пожилого человека. КГО проводится с целью выявления у пациентов пожилого и старческого возраста синдрома старческой астении, определения структуры синдрома старческой астении, степени его выраженности, определения тактики лечебно-реабилитационных мероприятий и определения мер социальной поддержки. Для этого разработаны определенные методики (шкалы). Первый этап КГО – доврачебный, проводится средним медицинским персоналом. Исследования первого этапа КГО включают: антропометрические исследования (рост, вес, ИМТ), кистевая динамометрия, исследование по шкале «Возраст не помеха», минимальное психологическое исследование (Mini Cog), оценки функциональных способностей стареющего человека по шкале KatzADL.

В госпитале организовано 5 школ здоровья, а также группы для занятий арт-терапией, развития мелкой моторики и т.д., в которых ведут занятия медицинские сестры.

За год в госпитале получают лечение более 7500 пациентов, из них около 90 % лица пожилого и старческого возраста, которым проводится до 500 операций лицам пожилого и старческого возраста.

С 2003 года в госпитале организована работа сестринского персонала на основе сестринского процесса, с учетом индивидуальных особенностей пациента. Внедрены стандартизированные формы медицинской документации: по профилактике и лечению пролежней, протоколы ухода за венозными катетерами и т.д.

Мы много учимся, постоянно совершенствуем знания медицинских сестер в области гериатрии. Постоянно внедряются медицинские методики лечения и реабилитации с учетом возраста наших пациентов, гериатрического обследования пациентов (риск падения и получения травм, способность к самообслуживанию, уход после инсульта, уход при наличии полиморбидности заболеваний, осложнения, связанные с медикаментозным лечением), особое

внимание уделяем правилам общения. Медицинские сестры знают своих пациентов, обращаются к ним по имени, отчеству, формируют доверительные уважительные отношения. Результат – отсутствие жалоб на специалистов со средним медицинским образованием. Однако персоналу нашего учреждения необходимо решать проблемы, зачастую не связанные с оказанием медицинской помощи.

Оказание помощи гражданам старшего поколения невозможно без взаимодействия системы здравоохранения и системы социальной защиты населения. Лечебные учреждения амбулаторного профиля даже после открытия гериатрических кабинетов ввиду отсутствия в их штате социальных работников не смогут в полной мере обеспечить помощь пациентам пожилого и старческого возраста с синдромом старческой астении.

Медико-социальная помощь лицам пожилого возраста в госпитале организуется при тесном взаимодействии с кафедрами семейной терапии, лучевой диагностики, медицинской реабилитации Волгоградского государственного медицинского университета, Управлением социальной защиты населения, отделением Пенсионного фонда по Волгоградской области, Главным бюро медико-социальной экспертизы, Фондом социального страхования по Волгоградской области, ветеранскими общественными организациями, представителями Волгоградской епархии, волонтерами – студентами Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоградского областного медицинского колледжа и равнодушными гражданами.

Старшим медицинским сестрам – управленцам среднего звена делегированы новые полномочия. Они выполняют важную роль координаторов, консультантов, логистов: взаимодействуют с представителями организаций, по назначению врача организуют обследование больного при оформлении документов на медико-социальную экспертизу, разработку индивидуальной программы реабилитации, содействуют в получении технических средств реабилитации, организуют транспортировку больных, доставку документов, организуют плановую госпитализацию (по талонам), сообщают в поликлинику по месту жительства сведения о выписке больного, вносят данные в программу «Инфоклиника». Регулярно участвуют в организации встреч с представителями вышеперечисленных ведомств, в ходе которых пациенты получают информацию по вопросам пенсионного обеспечения, бесплатных социальных услуг, гарантированных государством, обеспечения техническими средствами реабилитации, медицинской помощи и др. Организуют работу волонтеров, связываются с родственниками. Обеспечивают участие пациентов в досуговых мероприятиях. Таким образом, при предоставлении комплексной медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста значительно

расширены функции старших медицинских сестер в рамках профессиональных компетенций, что позволяет оперативно реагировать и успешно решать задачи, стоящие перед коллективом госпиталя.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ С ПОЖИЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ В СЕЛЬСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

О. И. Журавлева – главная медицинская сестра

*Государственное бюджетное учреждение Астраханской области
«Камызякская районная больница»*

Более 15 лет назад был принят приказ Минздрава России от 28.07.1999 г. № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в РФ». Но, несмотря на это, гериатрическая помощь в нашей стране не систематизирована до настоящего времени.

Важная роль в уходе за пожилыми людьми отводится участковой службе. Одной из основных функций в работе с пожилыми людьми является проведение комплексной оценки физического состояния, функционального статуса, психического здоровья, и социально-экономических условий жизни пациента.

При проведении оценки необходимо определить текущее состояние здоровья: насколько быстро идет выздоровление, насколько серьезны имеющиеся признаки и симптомы. Оценить домашнюю среду: имеются ли факторы опасности для пациента. Пациент проживает в одиночестве, или нет. Оценить уровень способности к уходу за собой. Оценить уровень необходимой сестринской помощи, потребности пациента и его семьи в обучении.

Первостепенная роль в сельском здравоохранении по уходу и наблюдению за пожилыми пациентами возлагается на медицинских сестер и фельдшеров ФАПов.

Посещая пациентов на дому, фельдшер, медицинская сестра обращает внимание на все изменения в его состоянии. Ведет необходимую документацию, своевременно информирует об изменениях врача, выполняет роль психолога, собеседника, что особенно важно для одиноких пожилых пациентов.

С 2014 года на ФАПах Астраханской области внедрено новое оборудование дистанционной передачи кардиограммы. Это позволяет медицинской сестре и фельдшеру передать ЭКГ исследование врачу кардиологу на любое расстояние, и незамедлительно получить консультацию.

При поликлинике создана мобильная бригада, работа которой осуществляется согласно графика. Специалисты мобильной бригады выезжает во все

населенные пункты. В состав бригады входят врачи всех специальностей, в том числе узких (хирурги, гинекологи, офтальмологи, неврологи, педиатры и т.д.). Сестринская помощь на дому включает квалифицированную оценку физического, психологического, социального состояния и среды проживания. К сестринским вмешательствам относятся внутривенная терапия и инъекции, парентеральное питание, венепункция, введение катетеров и уход за ними, уход за пролежнями, уход за ранами, уход за стомами, а также обучение пациента и семьи.

Инструктирование пациента и членов семьи относительно навыков и стратегий самопомощи, и проведение мероприятий по поддержанию и укреплению здоровья (консультирование по вопросам правильного питания, программ лечебной физкультуры, профилактики стресса). Медицинская сестра выступает в роли координатора ведения случая заболевания и наблюдает за оказанием помощи на дому. Это особенно важно в нашем регионе, когда удаленность населенных пунктов от РБ, от 4 до 51 км. Действуют понтонные и паромные переправы через реки, и даже переправы на лодках.

Число лиц пожилого и старческого возраста составляет 34 % от всего взрослого населения. В районе организована медико-социальная помощь лицам пожилого и старческого возраста, которая заключается в первичной медико-санитарной, стационарной, паллиативной помощи, а также органов социальной защиты, церкви, общественных организаций, волонтерских движений.

Для доступности лекарственного обеспечения сельского населения на каждом ФАПе организована розничная торговля медикаментами. Пациентам, которые не могут самостоятельно приобрести лекарственные средства. Или получить их по льготному обеспечению, лекарства доставляются на дом.

Осуществляется взаимосвязь медицинских работников ФАПа:

- с социальной службой – 1 раз в неделю работник социальной службы осуществляет работу с пациентами (помощь в поиске родственников, оформление немедицинских документов (паспорт и т.д.);
- с МСЭ – оформление инвалидности. Выезд специалистов из г. Камызяк к постели пациента;
- с Советом ветеранов – помощь в памятные даты.

Организовано социальное обслуживание на дому, центр дневного пребывания, где пожилые люди могут общаться, получать лечение, улучшенное питание.

Таким образом, в нашем случае, можно говорить о преемственности между организациями: первичная медико-санитарная помощь (участковая служба, медицинские работники ФАПа) – стационар – органы социальной защиты – общественные организации.

В этой связке происходит передача информации о данной категории пациентов, при этом пациент не теряется, он находится под присмотром, что говорит о лучшем качестве комплексного ухода и большем спектре услуг, лечения, образа жизни для пожилых людей.

Главные качества, помимо профессионализма, которые должны быть присущи работникам этих служб – душевная доброта и сострадание.

Наши медицинские работники – обладают душевной добротой, отзывчивостью, равнодушием, состраданием и любовью к своей профессии!

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ЛИЦ
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ГБУЗ РК
«БОЛЬНИЦА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ».
МОДЕЛЬ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ:
БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
И УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ**

Н. А. Матвеева – начальник отдела по организации и обеспечению ухода

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Республики Карелия «Больница скорой медицинской помощи»*

«Уникальный подход к каждому пациенту»

Общеизвестно, что в России, как и во многих развитых странах мира, увеличивается число лиц пожилого и старческого возраста, сокращается смертность в старших возрастных группах, увеличивается средняя продолжительность жизни. Расширение сферы медицинского обслуживания, сети медицинских и социальных учреждений для лиц пожилого возраста, качественная перестройка системы медико-социального обслуживания данной категории граждан – требование времени. Пожилым людям необходима доступная медицинская помощь и достойное социальное обслуживание.

Актуальность проблемы:

Медико-социальное обслуживание – это комплексная услуга для лиц, нуждающихся одновременно и в лечении, и в социальном сопровождении. Целью медицинского вмешательства и социальной поддержки является лечение и, тем самым, повышение качества жизни пациента. ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи» – крупное лечебное учреждение, оказывающее медицинскую помощь лицам разных возрастных групп. Категория пациентов пожилого и старческого возраста является преобладающей. Лечебный процесс осложняют парамедицинские проблемы, которые

отвлекают медицинских работников от лечебного процесса, заставляют выполнять несвойственные функции, требуют решения юридических, бытовых и прочих вопросов в период пребывания пациента в лечебном учреждении. Ситуация осложняется порой бездействием и нежеланием родственников пациента участвовать в решении различных парамедицинских вопросов.

Объектом исследования является система взаимодействия ГБУЗ РК и учреждений социального обслуживания Карелии.

Предмет исследования – лица пожилого возраста и ситуации, возникающие в период пребывания пациентов БУЗ РК БСМП.

Цель исследования: сформировать предложения эффективного межведомственного взаимодействия между ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи» и учреждениями социального обслуживания Республики Карелия для пожилых пациентов, попавших в сложную жизненную ситуацию.

Задачи исследования:

1. Анализ статистических данных поступления и лечения пациентов в ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи».
2. Изучить мнение медицинских сестер по востребованности знаний социального обслуживания пациентов.
3. Определить спектр трудных жизненных ситуаций, которые сопровождают пациентов в период нахождения в ГБУЗ БСМП и влияют на качество жизни (лечения) пациента.
4. Составить реестр учреждений социального обслуживания (государственных и частных), с которыми контактирует ГБУЗ БСМП.
5. Определить вид социально ориентированных функций, которые вынуждено оказывать ГБУЗ РК БСМП.
6. Разработать практические предложения по совершенствованию взаимодействия межведомственного взаимодействия между ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи» и учреждениями социального обслуживания Республики Карелия для пожилых пациентов.
7. Подготовить информационный материал в помощь родственникам пациентам по вопросам социального обслуживания.

Практическая значимость работы состоит в том, что на основании углубленного анализа показателей работы больницы скорой помощи разработаны практические рекомендации по оптимизации функционирования, улучшению доступности и повышению качества оказываемой медицинской помощи.

Методы и результаты исследования: Больница скорой медицинской помощи -многопрофильное лечебное учреждение стационарного типа, предназначенное для оказания преимущественно экстренной специализированной

медицинской помощи по основным профилям заболеваний ежедневно и круглосуточно. Заболеваемость пациентов, обращающихся за медицинской помощью распределилась: I–болезни сердечно-сосудистой системы – 33,2% в структуре заболеваемости; II – болезни органов дыхания – 20,5%; III– травмы – 19,6%; IV – нервной системы– 12,7%; V – болезни органов пищеварительной системы– 7,4%. 72 % пациента ГБУЗ РК Больница скорой медицинской помощи» – лица пожилого и старческого возраста. Из 100 % лиц пожилого возраста, обратившихся за медицинской помощью, 88 % имеют отягощенный медицинский анамнез в виде букета сопутствующих заболеваний (результаты анализа статистических данных).

Использование метода опроса больных и их родственников позволило определить спектр трудных жизненных ситуаций, в которые попали пациенты пожилого возраста: 41 % имеют инвалидность по какому-либо заболеванию, 26 % столкнулись с проблемой оформления инвалидности на догоспитальном этапе, 22 % не знают о механизме оформления инвалидности, но нуждаются в ней, 11 % не являются инвалидами. Спектр трудных жизненных ситуаций разнообразен: одинокое проживание, отказ родственников в их бытовом сопровождении, отсутствие денежных средств на приобретение предметов ухода и реабилитации, пьющие родственники, недостаточное медицинское обслуживание со стороны территориальной поликлиники, недостаточное, а порой полное отсутствие социального обслуживания, отсутствие дома, необходимой одежды и прочее. Ситуация осложняется психологическими проблемами, такими как недоверие медико-социальным службам.

Анкетирование медицинских работников по вопросам социального обслуживания показало отсутствие знаний о механизмах оформления правовых документов (доверенность на пенсию, оформление документов для социального обслуживания на дому после выписки пациента из стационара). Вопросы, связанные с приобретением и использованием средств бытовой реабилитации, доказывают необходимость тематического обучения медицинских сестер по данным вопросам. Медицинские сестры не осведомлены о механизмах социальной поддержки пациентов пожилого возраста и не осведомлены о центрах социального обслуживания, что еще раз доказывает профессиональную некомпетентность в данном вопросе. Изучение же спектра социальных услуг в Республике Карелия показывает наличие большой системы социального обслуживания населения как на бюджетной основе, так и с частичной компенсацией материальных затрат социального сопровождения пациентов. Ситуация осложняется оформлением большого количества документов, заполнение которых требует профессиональных знаний, длительного промежутка времени.

Социальный работник в условиях работы больницы скорой медицинской помощи- специалист востребованный, функциональные обязанности которого постоянно расширяются

Выводы:

1. Социальная работа в системе здравоохранения объединяет смежные виды деятельности, которые диктуют необходимость выработки функций специалиста нового типа. Такой специалист объединяет в одном лице социального и медицинского работника.
2. Информирование органов социальной защиты о лицах пожилого возраста, нуждающихся в социальном обслуживании.
3. Профессиональные компетенции специалиста Сестринского дела должны быть сформированы в процессе обучения в медицинском колледже. Требование времени – добавить в программу обучения студентов вопросы социального сопровождения пациентов.
4. Социальный работник в условиях больницы скорой медицинской помощи – необходимый специалист.

СИМПОЗИУМ
«СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ»

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ. ТУБЕРКУЛЁЗ. СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЁЗ

Т. В. Кудряшова – заведующая отделением последипломного образования

ОГБПОУ «Ивановский медицинский колледж» г. Иваново

В связи с распространением ВИЧ-инфекции среди населения субъектов Российской Федерации, отмечается увеличение числа заболевших сочетанной патологией ВИЧ/туберкулез.

Иммунодефицит повышает риск заболевания туберкулезом и способствует возникновению тяжелых форм туберкулеза. Туберкулезный процесс у больных с сочетанной патологией ВИЧ/туберкулез имеет множественную локализацию и носит черты генерализованного туберкулезного процесса. Поражаются органы дыхания, головной мозг, внутригрудные, внутрибрюшные лимфатические узлы, кишечник, женские половые органы, периферические лимфатические узлы, плевра, перикард и др. Как правило, эти больные поступают в стационар противотуберкулезного диспансера в тяжелом состоянии и требуют наблюдения в палате интенсивной терапии реанимационного-анестезиологического отделения.

При лечении этой категории больных соблюдаются все те же принципы противотуберкулезной терапии, используется парентеральное введение химиопрепаратов, и несколько удлиняются сроки лечения. Чем раньше выявлен туберкулез у ВИЧ-инфицированных пациентов, тем больше шансов на излечение.

Основным методом своевременного выявления туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных является флюорографическое обследование органов дыхания 1 раз в полгода и другие методы лучевой диагностики для выявления внелегочной локализации туберкулеза. При наличии кашля с выделением мокроты – исследование мокроты на микобактерии туберкулеза методом микроскопии.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**С. В. Виноградов – заместитель главного врача
по работе с сестринским персоналом**

ОБУЗ «ОКПБ «Богородское» (Ивановская область), к.м.н.

Социально значимые заболевания относятся к наиболее актуальным вопросам современности. Они являются одним из основных угроз здоровья населения представляют собой колоссальный ущерб для общества, связанный с высокой заболеваемостью, временной нетрудоспособностью, инвалидностью и смертностью. Комплексный подход к лечению пациентов с данной группой за-

болеваний требует огромных затрат на диагностику, реабилитацию, профилактику преждевременной смертности, социальную поддержку пациентов, а также превентивную борьбу с преступностью (при наркомании и алкоголизме).

Приоритетным решением проблемы социальных заболеваний является предупреждение факторов риска их развития с проведением современных технологий профилактики, что позволит целенаправленно и успешно использовать экономические и медицинские ресурсы на первичную профилактику социально значимых заболеваний и оздоровление населения.

В этой связи, сестринский персонал должен рассматриваться как ценный ресурс здравоохранения для предоставления населению доступной, приемлемой и экономически рентабельной помощи в области профилактики социально значимых заболеваний.

Роль среднего медицинского персонала в профилактике социально значимых заболеваний среди населения является одной из самых главных составляющих в работе среднего медицинского персонала, как первичного, так и стационарного звена здравоохранения.

Существует множество методов обучения и много возможностей в качестве профилактики СЗЗ. Однако без заинтересованности самого пациента невозможно достичь желаемых результатов. Необходимо добиваться, чтобы пациенты были активными участниками планирования и сохранения своей здоровой жизни. И роль медицинской сестры состоит в том, чтобы помочь пациентам с таким планированием, а не чтобы контролировать процесс.

Основная роль медицинских сестер в профилактике социально значимых заболеваний – это пропаганда медицинских знаний о здоровом образе жизни, о путях и методах сохранения здоровья и предупреждение заболеваний. Каждый медицинский работник ежемесячно (не менее 4 часов рабочего времени) должен посвящать санитарно-просветительной работе. С валеологических позиций, знание форм и методов санитарно-просветительной работы имеет большое значение для убеждения и пропаганды здорового образа жизни среди населения и формирования «психологии» здоровья. Формы санитарно-просветительной работы, используемые в работе медицинскими сестрами, могут быть активные и пассивные, и должны быть рассчитаны на определенную аудиторию. Санитарно-просветительная работа может быть индивидуальной, коллективной и массовой.

Таким образом, роль медицинской сестры в профилактике социально значимых заболеваний давно вышла за рамки медицинского и стала понятием социологическим, а ее профессиональная деятельность на современном этапе обеспечивает единство и согласованность трёх уровней жизнедеятельности человека: социального, психологического и биологического.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

**О. С. Якушева – старшая медицинская сестра
хирургического отделения № 3**

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клинический онкологический диспансер», г. Омск*

Здоровье – наивысшая ценность в жизни каждого человека. Только здоровый человек может быть по-настоящему счастлив, успешен и активен в работе.

Обеспокоенность и повышенное внимание к онкологическим проблемам – одна из характерных черт здравоохранения всех стран мира. Это обусловлено, прежде всего, устойчивой тенденцией роста онкологической заболеваемости, которая и в будущем будет расти, что объясняется рядом объективных и субъективных причин – старением населения, экологическими, экономическими и другими факторами.

Рак молочной железы представляет серьезную медицинскую и социальную проблему. Согласно статистике, более 1 700 000 женщин по всему миру страдают от этой патологии, примерно 500 000 случаев заканчиваются трагическим исходом.

В Омской области в 2016 году заболеваемость раком молочной железы составила 23 %, непосредственно в Омске – 11,2 % (в 2015 году – 11,1 %).

Главная биологическая функция молочной железы – продукция молока для вскармливания новорожденного. Молочные железы – также важная составляющая изображения женского тела – имеют величайшее социальное значение как символ материнства, женственности и сексуальной привлекательности.

Потеря молочной железы как части тела играет важную роль в жизни женщины, приводит к серьезным психологическим проблемам. Для многих женщин, особенно с высокими эстетическими запросами, восстановление органа имеет определяющее значение в лечении рака молочной железы.

Актуальность медико-социальной реабилитации пациенток и повышение качества их жизни привели к необходимости выполнения реконструктивно-пластических операций.

В настоящее время пластические операции занимают главное место в программе реабилитации и положительно влияют на социально-психологическую реабилитацию женщин, так как они не только решают проблему косметических последствий, но и уменьшают психологический стресс, вызванный

хирургическим вмешательством, дают большинству женщин вернуться к прежнему образу жизни. Поэтому пластические операции приобретают все большее значение как единственный конструктивный путь к психологической и социальной адаптации пациенток.

Сейчас ситуация существенно изменилась, в связи с внедрением новых медицинских технологий. В онкологическом диспансере на базе хирургического отделения № 3 уже в течение ряда лет проводятся так называемые органосохраняющие и реконструктивно-пластические операции, такие как:

- одномоментная реконструкция – реконструкцию молочной железы выполняют одномоментно с оперативным вмешательством по поводу РМЖ (одноэтапная методика с использованием двухкамерных экспандеров);

- Отсроченную реконструкцию проводят через определенное время после мастэктомии (12-24 месяца).

- Так же проводят реконструкцию с использованием собственных тканей – торакодорсальная трансплантация (метод реконструкции, основанный на использовании лоскута широчайшей мышцей спины).

- Использование TRAM-лоскута (перемещение тканей на прямых мышцах живота без использования синтетических имплантов).

К сожалению, одномоментная реконструкция не всегда может быть выполнена из-за наличия факторов, связанных с распространенностью онкологического процесса:

1. характеристика первичного опухолевого очага;
2. поражение регионарных лимфатических узлов;
3. возраст пациенток;
4. локализация опухоли;
5. гистологическая форма рака;
6. содержание рецептора эстрогена и прогестерона в первичной опухоли.

При невозможности проведения органосохраняющих операций в отделении проводятся такие операции как:

1. Мастэктомия по Холстеду.
2. Мастэктомия по Пейти.
3. Мастэктомия по Маддену.
4. Мастэктомия с сохранением обеих грудных мышц.
5. Радикальная резекция молочной железы.
6. Ампутация молочной железы.

Именно после таких операций обычным вариантом восстановления внешнего вида и очертаний тела является ношение специального экзопротеза, но ношение наружного протеза часто ограничивает выполнение некоторых видов работ, занятие спортом.

Увеличение продолжительности жизни и показателей общей и безрецидивной выживаемости, к сожалению, не дает поводов для оптимизма, так как все более остро встает вопрос повышения качества жизни пациенток, резко снижающегося в результате проведенного радикального лечения. Парадокс состоит в том, что не рак молочной железы оказывает основное инвалидизирующее действие, а именно радикальное лечение ведет к возникновению стойкой психосоциальной дезадаптации. Шок от хирургического вмешательства, онкологический страх, угроза разрушения семьи, проблема потери работы, разрыв социальных связей – с этим вынуждена сталкиваться женщина после радикального лечения рака молочной железы.

Многочисленные исследования выявили низкую информированность пациенток с данной патологией в вопросах самообследования, диагностики и лечения рака молочной железы. Для обеспечения высокого уровня оказания сестринской помощи онкологическим пациенткам было решено уделить дополнительное внимание обучающей функции медицинской сестры.

Современной формой осуществления такой деятельности являются школы здоровья. С 2009 г. на базе хирургического отделения № 3 бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клинический онкологический диспансер» открыта школа здоровья «Реабилитация пациенток после мастэктомии», где проводятся обучающие мероприятия для пациенток и их родственников с последующим анкетированием и тестированием.

Целью организации является формирование адекватного отношения пациенток к заболеванию, лечению, выполнению всех рекомендаций медицинских работников и мотивации к выздоровлению.

Задачами обучения в школе здоровья являются:

1. Предоставление пациенткам необходимой информации о заболевании, стоящих перед ними проблемах и путях их решений. Силами медицинских сестер и врачей были созданы методические рекомендации по обучению пациенток, с учетом восприятия имеющегося онкологического заболевания.
2. Формирование адекватного отношения к заболеванию и правильной оценки своего состояния.
3. Помощь в организации здорового образа жизни, способствующего профилактике осложнений, путем повышения их гигиенической грамотности и медицинской активности.
4. Привитие навыков правильного поведения, способствующих улучшению качества жизни пациенток.
5. Обучение пациенток методам самоконтроля своего состояния, методам необходимых реабилитационных мероприятий, с учетом психологического и эмоционального состояния.

Занятия проводятся по составленному плану, в специально оборудованном кабинете, с достаточным количеством наглядного материала.

В структуре занятий 20-30 % составляет лекционный материал, 30-50 % -практические занятия, 20-30 % отводится на обсуждения, дискуссии, ответы на вопросы; 10 % – на индивидуальное консультирование.

Занятия проводятся в виде лекций, бесед, дискуссий. При желании пациенток организуются круглые столы с теми, кто уже перенёс подобную операцию, лечение и имеет практический опыт в преодолении такого недуга.

Численность группы составляет от 5 до 15 человек. Длительность– 40-50 мин., обучающий цикл – 4 занятия.

В структуру занятий входят следующие темы:

1. Лечебная гимнастика для женщин после мастэктомии. Восстановление подвижности руки.
2. Поговорим о внешности: подбор протеза молочной железы; подбор белья; уход за протезом.
3. Уход за рукой: профилактика лимфостаза; профилактика рожи; уход за послеоперационным швом.
4. Заключительное занятие (подведение итогов).

Во время занятий обучаемые ведут записи и дневник самоконтроля, проводят самооценку. Все проведенные занятия фиксируются в журнале обучения. Данные материалы оформлены в папку «Школа здоровья «Реабилитация пациенток после мастэктомии»».

К последнему занятию пациентка самостоятельно применяет полученные знания для контроля состояния своего здоровья, проводит самооценку, выполняет рекомендованный комплекс упражнений. Пациентки представляют, кто и как дальше будет наблюдать их, какие предосторожности следует соблюдать в дальнейшем. После окончания лечения они будут находиться под наблюдением онколога.

За период работы школы прошли обучение 4871 человек (2009 г. –388, 2010 г. –424, 2011 г. – 547, 2012 г. –622, 2013 г. –741, 2014 г. –744, 2015 г. –653, 2016 г. –752). С каждым годом количество слушателей увеличивается.

Итоги работы школы здоровья:

1. Разработана дифференцированная программа физической реабилитации пациенток после хирургического лечения злокачественных опухолей молочной железы с учетом тяжести заболевания и реабилитационных этапов.
2. Сократились сроки реабилитации с 6 до 1,5–2 месяцев.
3. Уменьшилась выраженность постмастэктомических осложнений (выраженный болевой синдром в плечевом суставе, тугоподвижность плечевого

сустава на стороне операции, отек верхней конечности на стороне операции, нарушение осанки, снижение мышечной силы на стороне операции, атрофия мышц плечевого пояса).

4. Лечебная гимнастика способствовала наиболее раннему восстановлению работоспособности пациенток после мастэктомии.

5. Ведение дневника самоконтроля помогло оценить уровень усвоения навыков пациентками.

6. Занятия в школе здоровья помогли пациенткам сформировать адекватное отношение к заболеванию, лечению, понять необходимость выполнения всех рекомендаций медицинских работников, тем самым создать мотивацию к выздоровлению.

Работа в школе здоровья является важной составляющей в системе здравоохранения по обучению профилактики, оказания моральной и психологической помощи, где основная нагрузка по адаптации пациента лежит на медицинских сестрах.

СИМПОЗИУМ
«ПСИХИАТРИЯ»

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И НОВЫЕ ФОРМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

Г. Л. Егошина – главная медсестра

ГБУ РМЭ «Республиканская психиатрическая больница»

Е. А. Суслова – главная медсестра

ГБУ РМЭ «Республиканский наркологический диспансер»

Мировое сообщество столкнулось лицом к лицу с проблемой повышения уровня смертности и развития инвалидности вследствие роста числа больных с хроническими заболеваниями.

Подобный рост уровня заболеваемости имеет много причин, большинство из которых лежат за пределами влияния системы здравоохранения. Однако здравоохранение ведет борьбу с хроническими заболеваниями, и медсестры вносят огромный вклад не только в их профилактику, но и в предоставление помощи миллионам пациентов, страдающих хроническими заболеваниями.

Сестринскому персоналу очень важно понимать масштаб проблемы, задачи, связанные с их решением, которые необходимо предпринять для поддержания здоровья, профилактики болезней и обеспечения соответствующего ухода тем, кто в этом нуждается. Медсестры являются той профессиональной группой, которая может творчески решать проблемы пациентов с хроническими заболеваниями.

Большая роль в мотивации участия медсестер в проведении профилактических мероприятий принадлежит Общественной организации Ассоциации медицинских сестер России. Она всецело поощряет сестринские нововведения и считает очень важным их распространение.

Проводятся тематические мероприятия для населения: флешмобы, лекции, беседы, дни профилактики здоровья, конкурсы рисунков (плакатов) и другие мероприятия с участием медицинских сестер. Секция «Сестринское дело в психиатрии и наркологии» РОО «Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл» принимает в них активное участие.

Психическое здоровье и психическое благополучие – это важнейшие составляющие высокого качества жизни, позволяющие людям считать свою жизнь полноценной и значимой и являться активными и созидательными членами общества. Хорошее психическое здоровье является важным фактором, обеспечивающим социальное единство, производительность труда, общественное спокойствие и стабильность среды обитания, что способствует росту социального капитала и экономическому развитию общества.

Профилактический принцип медицины положен и в основу психиатрии. Стало традиционным проведение различных мероприятий в организациях здравоохранения Республики Марий Эл с непосредственным участием медицинских сестер. Медицинские сестры принимают активное участие в акции посвященной Международному дню психического здоровья, используя различные формы и методы проведения профилактической работы.

Состоялись беседы с пациентами и их родственниками, выпущены и распространены памятки, листовки, буклеты на различные темы. Оформлены стенды, уголки психического здоровья. Проведены конференции для медицинских работников, конкурс памяток для населения среди специалистов со средним медицинским образованием на тему «Защита психического здоровья». Всего вовлечены в акцию в 2016 году 181 специалист со средним медицинским образованием, 305 пациентов и их родственников.

Инновационным мероприятием стало проведение Республиканского конкурса презентаций среди специалистов со средним медицинским образованием посвященного Всемирному Дню психического здоровья на тему «Психическое здоровье – основа нашего благополучия».

Задачи конкурса:

- формирование мотивации населения к сохранению своего здоровья;
- повышение уровня психиатрических знаний и понимания проблем, связанных с психическими заболеваниями;
- формирование в общественном сознании адекватного представления о психических больных, преодоление стигмы в психиатрии.

Конкурсные работы представили 19 специалистов со средним медицинским образованием, из них 8 заняли призовые места и награждены почетными грамотами Министерства здравоохранения и памятными подарками Ассоциации. Презентации посвящены профилактике депрессии, стрессов, употреблению наркотических веществ, сохранению психического здоровья. Большой интерес вызвала работа медицинской сестры госпиталя ГБУ РМЭ «РКГВВ» Дорофеевой М.М. «Трудоголизм – болезнь XXI века».

Призовые конкурсные работы представлены на Республиканских конференциях и семинарах для специалистов со средним медицинским образованием. Материал используется для работы с населением.

В парке культуры г. Йошкар-Ола была проведена акция для молодежи «Наркостоп» в честь международного дня борьбы с употреблением наркотиков и их незаконным оборотом.

В современном обществе стремительно происходят процессы трансформации социальной культуры человечества. С одной стороны культивируются традиционные ценности такие, как: патриотизм, товарищество, любовь,

сострадание, нравственность, доброжелательность и другие. Но, вместе с тем, в век научных открытий, больших возможностей появляются и большие соблазны, устоять которым молодому человеку, с не до конца сформировавшейся личностью, очень сложно. Вместо выбора в пользу правильного образа жизни, образования, семьи, карьеры, некоторые молодые люди выбирают сомнительные ценности, ставящие под угрозу не только свою жизнь, но и национальную безопасность нашего государства.

По оценке ООН, наркомания и связанный с ней незаконный оборот наркотиков в настоящее время являются одной из главнейших проблем безопасности цивилизации наряду с другими угрозами общемирового масштаба. Глобальность этой проблемы обусловлена тремя основными параметрами – пространством наркопотребления, его масштабом и последствиями для общества.

Особую опасность данная проблема представляет для молодого поколения. В активном приобщении подростков и молодежи к психоактивным веществам определяющую роль, безусловно, играет недостаточность личностных защитных механизмов: незрелость волевых, интеллектуальных, эмоциональных систем.

В этой связи обуславливается актуальность проведения профилактических мероприятий антинаркотической направленности, а также появляется необходимость в поиске новых разнообразных форм и методов их проведения.

Главной целью акции было напомнить молодежи о вреде и последствиях употребления наркотиков, а также пропаганда здорового образа жизни.

Все организации, которым не безразлична судьба молодежи и Республики вышли в город с целью пропаганды здорового образа жизни. Секция «Сестринское дело в психиатрии и наркологии» РОО «Ассоциация средних медицинских работников РМЭ» традиционно вышли в Парк Культуры с «Палаткой здоровья» – где жители и гости Республики могли поучаствовать в лотерее «Чистый билет» и выиграть спортивные призы, а также поучаствовать в шуточной акции «Забей на свои вредные привычки». Стоит отметить, что не только молодежь, но и взрослые и даже малыши активно участвовали в этой акции. Практически не осталось свободного места возле трех пеньков «Наркомания», «Алкоголь», «Курения» в каждый из этих пеньков забивалось большое количество гвоздей, никто не остался равнодушным к такой злободневной проблеме нашего времени, как зависимость от психоактивных веществ. «Республика Марий Эл – территория без наркотиков!» – главный девиз акции.

Специалисты наркологического диспансера в «Палатке здоровья» консультировали по всевозможным волнующим вопросам жителей Республики

и вручали памятки о вреде алкоголя, Спайса, как бросить курить и о мифах употребления наркотиков.

Хочется выразить всем огромную благодарность за участие в нашей акции и напомнить, что в этой борьбе не должно быть равнодушных – вместе мы победим и наше подрастающее поколение выберет здоровый образ жизни!

РОО «Ассоциация средних медицинских работников РМЭ» и секция «Се-стринское дело в психиатрии и наркологии» желает Вам сохранять всегда покой и уверенность в себе, проявлять лишь добрые эмоции и искренние чувства, ценить каждый жизненный момент и дарить людям радость и улыбки. Доброго здоровья, морального и физического, благополучия и успеха в свершении дел.

Рецепт психического здоровья

Для сохранения психического здоровья человеку необходимо эмоциональное благополучие.

Его составляющие:

- умение общаться (необходимо умение строить добрые порядочные отношения с людьми);*
- двигательная активность (способствует снижению нервно-психического напряжения);*
- полноценный отдых;*
- соблюдение режима дня и здорового питания.*

Необходимо использовать эмоций:

- положительных 35 % (30 %- интерес, 5 %- радость);*
- нейтральных 60 %;*
- отрицательных эмоций 5 %*

ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Е. А. Романова

ГБУЗ МЗ Республики Карелия «Республиканская психиатрическая больница»

Одной из актуальных проблем медицины на современном этапе является широкая распространенность сосудистых заболеваний. По данным ВОЗ улучшения в сфере здравоохранения в прошлом веке способствовали тому, что жизнь людей стала более продолжительной и здоровой [1]. Это привело к увеличению числа людей с неинфекционными заболеваниями, в том числе и с сосудистыми заболеваниями головного мозга, клиническая картина которых сопровождается психическими нарушениями, являющимися одними из

основных среди клинических проявлений сосудистых заболеваний головного мозга и значительно утяжеляющими течение заболевания. Конечной стадией этого процесса является сосудистая деменция, наносящая удар не только по самим пациентам, страдающим этим недугом. Огромное бремя ложится и на родственников, не умеющих вовремя распознать первые признаки начинающегося заболевания, которые чаще всего они связывают с особенностями характера их близкого человека. К сожалению, многие люди с деменцией так и не получают своевременной медицинской помощи, потому что родные считают их состояние «нормальным» и ассоциируют его со старостью. Чаще всего к врачу обращаются в тот период, когда замедлить процесс уже невозможно. Родные и близкие пациента, обращаясь в медицинские организации, ищут уже в большей степени поддержки и помощи в уходе за пациентом, а зачастую целью обращений является простое желание отдохнуть, потому что к этому времени проявляются поведенческие нарушения в клинике заболевания и жить вместе с родным человеком становится все труднее. Сталкиваясь в своей работе с такими ситуациями, мы часто слышим от родственников: «Помогите, хоть немного отдохнуть (или наоборот спокойно работать), а то я сам в ближайшее время окажусь в вашем учреждении в качестве пациента».

Не вызывает сомнения, что лучшим лечением любого заболевания является его профилактика.

Меры первичной профилактики сосудистой деменции включают поиск факторов риска (сахарный диабет, гиперхолестеринемия, ожирение, гипертония, ишемическая болезнь сердца, стрессы, черепно-мозговые травмы, курение, малоподвижный образ жизни) и их лечение до появления симптомов ишемического поражения головного мозга. Вторичная профилактика включает предотвращение повторных эпизодов нарушений мозгового кровообращения или прогрессирующего дефицита когнитивных функций. Если своевременно и правильно лечить заболевание, можно не только улучшить качество жизни пациента, но и снизить риск возникновения инсульта и прочих тяжелых осложнений.

В решении задачи профилактики сосудистой деменции ведущая роль принадлежит санитарно-просветительной работе среди населения. Расширенная практика медицинских сестер на современном этапе должна включать в себя мероприятия по профилактической работе с населением. Медицинские сестры так же могут сыграть важную роль в проблеме распознавания начальных симптомов сосудистого слабоумия путем предоставления информации пациентам, входящим в группу риска и их родственникам. Это важно для повышения осведомленности как общества в целом, так и самих специалистов.

С целью определить роль медицинской сестры в профилактике психических нарушений при сосудистых заболеваниях головного мозга, а также выяснить осведомленность населения о факторах риска и методах профилактики сосудистой деменции на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения МЗ Республики Карелия «Республиканская психиатрическая больница» было проведено исследование.

Актуальность исследования, обусловлена высоким ростом сосудистых заболеваний головного мозга, и, как следствие, ростом психических нарушений, связанных с этим.

На первом этапе исследования было проведено анкетирование населения, в котором приняли участие 77 человек в возрасте от 18 до 70 лет, 49 из них женщин и 28 мужчин. В уровне образования респондентов преобладает среднее специальное образование.

Среди факторов риска, выявленных у респондентов, необходимо выделить преобладание избыточной массы тела. Только у 38 % индекс массы тела соответствует норме, у 1 % (1 чел.) имеется дефицит массы тела, 32 % имеют избыточную массу, а 29 % страдают ожирением.

Выяснилось так же, что у респондентов с 1, 2 и 3 степенью ожирения уже имеются такие заболевания как сахарный диабет и гипертоническая болезнь, что еще больше повышает риск сосудистых заболеваний головного мозга. У пациентов с избыточной массой тела отмечаются те же заболевания: здоровыми себя считают 44 % респондентов.

Обращает на себя тот факт, что 61 % опрошенного населения либо периодически принимают алкоголь или выпивают часто (более 1 раза в неделю), 33 % респондентов курят. Для мужчин эта проблема наиболее актуальна. Основная часть респондентов не контролируют свой вес, а также показатели уровня холестерина и сахара в крови.

Анализ литературы дал понять, что своевременный прием лекарственных препаратов, назначенных лечащим врачом при гипертонической болезни, атеросклерозе сосудов головного мозга, сахарном диабете и др., в том числе является профилактикой психических нарушений при заболеваниях головного мозга.

Анкетирование позволило выяснить, что более половины респондентов регулярно выполняют рекомендации лечащего врача. Остальная часть не регулярно их выполняют или не обращаются к врачу.

Вызвал интерес вопрос, по каким причинам респонденты не обращаются к врачу или не выполняют рекомендаций. Самыми популярными явились ответы: нет средств на покупку лекарств, недостаток времени и отсутствие возможности попасть на прием к специалистам. Обратил на себя внимание

и тот факт, что 39 % респондентов, указавших эти причины, имеют в анамнезе сахарный диабет или гипертоническую болезнь.

Анализ анкетирования показал низкий уровень знаний населения о мерах профилактики сосудистого слабоумия и факторах риска. По мнению населения, самым популярным ответом стал фактор приема алкоголя и курение.

С целью определить роль медицинских сестер в профилактике сосудистого слабоумия необходимо было провести анкетирование медсестер, в котором приняли 73 специалиста сестринского дела нескольких медицинских учреждений г. Петрозаводска.

Анализ анкетирования показал хороший уровень знаний медицинских сестер о проблеме сосудистых заболеваний и деменции.

Так же выяснилось, что 71 % респондентов уже занимаются профилактикой и на первом месте были выделены следующие темы для работы с населением в этом направлении: здоровый образ жизни, профилактика ожирения, осложнений сахарного диабета, и артериальной гипертензии.

Расширенная сестринская практика на современном этапе, должна включать профилактическую работу не только среди пациентов, но и среди остального населения.

Результаты опроса показали, что почти половина медицинских сестер готовы вести такую работу. Из них испытывают необходимость в получении дополнительных знаний 67 % респондентов у остальных медсестер не возникает такой необходимости.

На основе результатов проведенного исследования были сделаны следующие выводы: обзор литературы по предмету исследования показал актуальность, своевременность и проблемную многогранность рассматриваемой темы. Анкетирование позволило выявить хороший потенциал медицинских сестер для их самостоятельной профилактической работы с населением. Изучена роль медицинской сестры в профилактике сосудистых заболеваний головного мозга. 21 % опрошенного населения отмечают, что именно от медицинских сестер они получают информацию о факторах риска сосудистых заболеваний. Помимо этого наибольшая часть медицинских сестер говорят о том, что успешно занимаются профилактической работой с пациентами по различным темам. Определен низкий уровень информированности населения о факторах риска и профилактике сосудистых заболеваний головного мозга. В ходе анкетирования было установлено, что у основной массы респондентов имеется высокий риск сосудистых заболеваний.

Таким образом теоретическая и практическая части нашего исследования позволили подтвердить, что риск развития сосудистых заболеваний головного мозга напрямую зависит от уровня информированности населения

о факторах риска и важная роль в этом должна принадлежать медицинской сестре.

Результатом исследования явилось пособие по профилактике сосудистого поражения головного мозга, в том числе по раннему распознаванию первых признаков заболевания. Выпущено пособие для занятий на развитие мелкой моторики у пожилых людей, которые оказывают огромное влияние на развитие речи, служат средством поддержания работоспособности коры головного мозга, укрепляют память, мышление, внимание и наблюдательность. В сочетании с хорошим настроением и радостными эмоциями дают замечательные результаты.

В программу социально-бытовых тренингов, которые проводят с пациентами медицинские сестры, включены блоки занятий по темам “Здоровый образ жизни”, “Курение и здоровье”. С пациентами, у которых имеются в анамнезе такие заболевания как сахарный диабет и гипертоническая болезнь, проводятся занятия с целью повышения приверженности к выполнению врачебных назначений и рекомендаций, формированию ответственности у пациентов за сохранение собственного здоровья, повышения знаний, умений и навыков по самоконтролю за своим состоянием. Данные занятия проводятся с ноября 2016 года и уже можно подвести некоторые итоги: у пациентов изменилось отношение к поведенческим привычкам и факторам риска, многие из обучающихся в группах понимают важность контроля параметров артериального давления, холестерина и сахара крови, стали регулярно контролировать свой вес. Повысился авторитет медицинской сестры как источника информации.

В конце хочется отметить, что остановить процесс роста сосудистых заболеваний головного мозга возможно и для этого необходимо использовать потенциал медицинских сестер. 1. Доклад ВОЗ «Деменция – приоритет общественного здравоохранения», 2012 г.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АЛЬЯНС В ВОСПРИЯТИИ ПАЦИЕНТА ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА: НЕОБХОДИМОСТЬ ТЕСНОГО КОНТАКТА С МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ И МЛАДШИМ ПЕРСОНАЛОМ

Жан-Мануэль Морвиллес

Регистрированный медицинский брат, д-р философии, ассоциированный исследователь Парижского университета Сорбонна, Заведующий кафедрой сестринских исследований Laboratoire Educationset Pratiquesde Santé (LEPS), (EA 3412), UFRSMBH, F-93017, член Residoc, ведущий руководитель психиатрической клиники Мейсон Бланше

Н. Квессаладзе

Регистрированная сестра со специализацией в психиатрии, старшая медицинская сестра психиатрической клиники МейсонБланше

Исходные данные:

После исследования Н. Perlau вопрос о роли отношений в работе с психиатрическими пациентами получил определение центрального для профессии психиатрической медицинской сестры. В ее дизайне терапевтические взаимоотношения трансформировались в Терапевтический альянс (Zetzel), или Поддерживающий Альянс (Luborsky) или Рабочий Альянс (Bordin). Недавние публикации подтверждают, что данные концепции все еще актуальны, несмотря на появление компьютеризированных инструментов (например, серьезных игр, Fovetetal., 2016), а также что они остаются основным определяющим фактором в оказании помощи пациентам, страдающим от психических расстройств.

Цель:

Получить представление о Терапевтическом альянсе с точки зрения пациента. Каким пациенты видят процесс формирования ТА с сестринским персоналом? И, например, оказывает ли влияние способ госпитализации пациента (если это происходит по судебному предписанию) на установление ТА?

Методы:

Качественное исследование было проведено на основе использования полуструктурированных интервью с пациентами четырех отделений стационара клиники Мейсон Бланше в период с июля 2014 по июль 2018 гг. все интервью были записаны и расшифрованы, а полученные данные проанализированы с помощью программного обеспечения Nvivo.

Результаты:

К участию были привлечены 28 пациентов. Сообщения об установлении ТА высокого качества оказались не связанными ни со способом госпитализации,

ни с диагнозом пациентов. Ведущим фактором формирования ТА выступили тесные взаимоотношения, связанные с концепцией привязанности. В ходе выступления мы разовьем концепцию Проксимальной зоны Терапевтического альянса в дополнение к имеющимся данным, показывающим, что пациенты психиатрического стационара могут видеть в медицинских сестрах людей, к которым испытывают привязанность (публикации Gwen Adshead (1998) или Kenneth Ma (2007)). В отношении тесной привязанности в частности были выделены три темы:

1. во время соматического лечения (“Я один с медицинской сестрой”);
2. во время терапевтического общения лицом к лицу (“медсестра дала мне совет”; “они мне все объясняли”; “они слушают меня”);
3. непрерывного присутствия (“Меня сопровождали”; “они знали, как мне помочь”; “они присутствуют, реагируют, относятся уважительно”)

Данное исследование профинансировано Министерством здравоохранения Франции в рамках поддержки программ исследований медицинских сестер в 2013 г. и парамедиков.

СПОСОБЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

**О. Г. Чаркова – старшая медицинская сестра
амбулаторно-поликлинической службы**

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Наркологический диспансер», г. Омск*

Изменение личности в период заболевания, нестабильность психоэмоционального состояния усугубляют течение заболевания, отрицательно влияют на все сферы жизнедеятельности пациента. В результате проведенного исследования установлено, что уровень психоэмоциональных расстройств у пациентов наркологического стационара можно снизить путем применения в работе способов дополнительного немедикаментозного воздействия. Это стало возможным, благодаря использованию программы, способствующей снижению психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания в наркологическом стационаре. Программа позволила создать в отделении благоприятную больничную среду, что положительно сказалось на психоэмоциональном состоянии пациентов.

Актуальность: в процессе формирования алкогольной зависимости у пациентов происходит тяжелая деформация психоэмоциональной сферы, что

отрицательно влияет на уровень качества жизни. В этой связи представляется актуальной попытка реализации дополнительных сестринских вмешательств, направленных на снижение уровня психоэмоциональных расстройств.

Цель исследования – оценить эффективность сестринской помощи с использованием психотерапии средой в уменьшении выраженности психоэмоциональных расстройств пациентов наркологического стационара.

Практическая значимость – посредством изменения форм сестринской помощи и создания благоприятной среды в отделении удалось достигнуть клинически значимого снижения уровня тревожности у пациентов наркологического стационара.

Методы исследования: тестирование (госпитальная шкала тревоги и депрессии (A.S. Zigmond, R.P. Snaith); методика «Определение уровня тревожности» (Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин); диагностика личностной агрессивности (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев); SF-36 (TheShortForm-36). Оценка параметров проводилась в начале терапии, на 7, 14, и 21 день стационарной помощи.

Одним из важнейших методов лечения наркологических заболеваний является психотерапия. Психотерапия – это комплекс лечебных воздействий на психику и через психику. Психотерапевтические методы – это специальные приемы воздействия на сознание человека с целью оказания ему помощи в разрешении его психологических проблем. Рассмотрим некоторые из психотерапевтических методов:

- **терапия средой** – под средой имеют в виду все, что окружает пациента в стационаре (вещи, люди, процессы, события);
- **терапия занятостью** – это преимущественно проявление различных индивидуальных интересов, т. е. занятия типа хобби;
- **арт-терапия** – метод, который дословно можно перевести как «лечение искусством». Применительно к нашей публикации под арт-терапией следует понимать такие ее виды, как рисование, живопись, графика, лепка, оригами, библиотерапия, музыкотерапия, цветотерапия, игротерапия и т.д. Учитывая тот факт, что полный комплекс мероприятий по вышеперечисленным методикам может осуществить только специалист с соответствующей квалификацией, мы использовали отдельные элементы данных психотерапевтических методик, такие как просмотр видеоматериалов, прослушивание музыкальных произведений, рисование, оригами, чтение, настольные игры.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования были сформированы две группы: группа сравнения и основная группа по 15 человек каждая, все женщины, в возрасте 30-50 лет, со 2 стадией хронического алкоголизма на 7 день нахождения в стационаре на восстановительном лечении с одинаковой медикаментозной терапией. В отделении существует определенный

распорядок дня, который предусматривает распределение лечебно-диагностических и иных мероприятий в течение дня. В группе сравнения пациенты получали наркологическую помощь в полном объеме, соблюдая уже имеющийся распорядок дня, в основной группе в уже имеющийся распорядок дня были включены элементы малой психотерапии:

- музыкальное сопровождение при выполнении манипуляций, направленное на формирование положительных эмоций;
- рисование самостоятельно, по заданной тематике, направленное на усвоение прослушанного материала профилактической беседы;
- чтение, рисование, оригами, настольные игры, просмотр фильмов, сказок, способствует организации свободного времени пациентов, в котором происходит переключение внимания и создание позитивного настроения.

На основании опыта работы медицинских сестер отделения в период проведения экспериментальной части исследования была разработана программа оказания сестринской помощи, которая должна способствовать снижению уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания в стационаре.

Достигнутый результат: уменьшились факторы, приводящие к чрезмерному психоэмоциональному напряжению и тревожности. Сформировалось адекватное конструктивное поведение. Внутри отделения созданы доброжелательная атмосфера и благоприятные условия для оказания квалифицированной и качественной наркологической помощи. В результате применения данной программы получены следующие результаты:

- **Госпитальная шкала тревоги и депрессии (А.С. Zigmond, R.P. Snaith)** – показатели госпитальной шкалы тревоги и шкалы депрессии на 7 день нахождения в стационаре в обеих группах указывают на клинически выраженные уровни. В группе сравнения данный показатель остается высоким на протяжении всей госпитализации, а в основной группе показатель снижается до субклинически выраженной депрессии и тревоги.
- **Определение уровня тревожности по методике (Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина)** – показатели личностной тревоги преобладают над показателями ситуативной (реактивной) тревоги. Показатели в обеих группах на 7 день нахождения в стационаре по шкале «ситуативная (реактивная) тревога» характеризуются как умеренная тревожность, а показатели по шкале «личностная тревога» характеризуются как высокая тревожность. Данная ситуация меняется с 14 по 21 день, показатели в группе сравнения растут, показатели же в основной группе наоборот падают.
- **Диагностика личностной агрессивности (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев)** представлена показателями по 8 шкалам: наступательность, неуступчивость,

нетерпимость к мнению других, мстительность, компромиссность, вспыльчивость, обидчивость, подозрительность. Эти показатели складываются в три подшкалы: показатель позитивной агрессивности; показатель негативной агрессивности; показатель конфликтности. При рассмотрении подшкал был получен следующий результат: показатели позитивной агрессивности и конфликтности с 7 по 21 день лечения в группе сравнения имеют тенденцию к росту, а показатели основной группы имеют тенденцию к уменьшению. Показатели негативной агрессивности сокращаются в обеих группах.

• **Показатели опросника SF-36 (TheShortForm-36)** имеют положительную динамику в основной группе и отрицательную в группе сравнения.

Исходя из определения понятия психотерапии, можно сделать вывод, что действия, осуществляемые медицинскими сестрами в рамках медицинской организации, имеют психотерапевтическую природу. Использование элементов психотерапии с целью укрепления установки пациента на лечение и трезвость должно стать одним из обязательных пунктов должностной инструкции медицинских сестер наркологического диспансера. Проведение гигиенического воспитания и пропаганды здорового образа жизни, осуществление профессиональной деятельности в соответствии с Этическим кодексом медицинской сестры России – это должностные обязанности каждого медицинского работника, которые сами по себе имеют психотерапевтический эффект. Эмпирически нельзя не признать эффективность применения психотерапевтических элементов при психоэмоциональных расстройствах. Проведенное нами исследование позволило обосновать исходные позиции и определить инструменты воздействия: терапия средой, терапия занятостью, арт-терапия, элементы, которые целесообразно применять на практике в работе медицинских сестер.

Объем и функции медицинской сестры любой медицинской организации многогранны и достаточно насыщены. Рабочий день медицинской сестры расписан по минутам, высокая нагрузка на персонал усугубляется такой проблемой как дефицит кадров. Одной из задач, была разработка такой программы, которая бы позволила улучшить результаты лечения, не увеличивая нагрузку на медицинских сестер в течение смены. Представленная нами программа, включающая элементы психотерапии, хорошо совместились с уже имеющимся распорядком дня и должностными обязанностями медицинской сестры. А её положительный эффект позволил пациентам отвлечься от своих тягостных мыслей и погрузиться в атмосферу внимания, понимания и заботы.

Выводы:

– проблема психоэмоциональных расстройств у наркологических пациентов в группе сравнения ярко выражена;

- использование методов малой психотерапии позволяет достигнуть выраженного снижения уровней тревожности и депрессии;
- предлагаемые методы могут быть интегрированы в процесс оказания наркологической помощи с использованием разработанной программы;
- разработана программа сестринской помощи, способствующая снижению уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания в наркологическом стационаре.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Л. В. Долбилова – старшая медицинская сестра

*Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области
«Вологодская областная психиатрическая больница»*

Профилактическая работа – это система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшения их неблагоприятных последствий.

Одним из основных принципов охраны здоровья в соответствии с Федеральным законом РФ от 12 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является приоритет профилактики.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» определяет в числе должностных обязанностей медицинской сестры, проведение санитарно-просветительной работы среди пациентов и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

Профессиональные компетенции медицинской сестры включают в себя проведение профилактических мероприятий.

В недавнем прошлом формами санитарно-просветительной работы медицинских сестер являлись беседы с пациентами на актуальные темы, выпуск средств наглядной пропаганды, в основном санитарных бюллетеней, а также участие в международных днях здоровья.

С целью актуализации работы в данном направлении, главным врачом приняты локальные акты, регулирующие профилактическую работу в БУЗ ВО «Вологодская областная психиатрическая больница»:

1. Положение «О кабинете профилактики» от 26.01.2015., на основании которого создан кабинет профилактики. Профилактическая работа входит в трудовую функцию всех специалистов нашего учреждения: врачей, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, педагогов, медицинских сестер и социальных работников. Кабинет профилактики координирует данный вид деятельности.

2. Приказ «Об организации профилактической работы в БУЗ ВО «Вологодская областная психиатрическая больница». № 66-ПР от 24.03.2015.

3. Приказ № 99-ПР от 29.04.2015 утверждает «Положение о профилактической работе в БУЗ ВО «ВОПБ», регламентирует направления профилактической работы, определяет ее цели и задачи.

С целью повышения качества профилактической работы в БУЗ ВО «ВОПБ», формирования и развития навыков работы среднего медицинского персонала в 2015 году проведены общебольничные образовательные мероприятия: сестринская конференция и профессиональный конкурс на тему «Эффективные формы санитарно-просветительной работы».

Перед конференцией слушатели – медицинские сестры прошли анкетирование по вопросам профилактики. В анкетировании приняли участие 69 медицинских сестер. По его результатам, большинство медицинских сестер считают, что болезнь легче предупредить и поэтому признают профилактику приоритетной задачей здравоохранения. Основным направлением санитарно-просветительной работы в учреждении психиатрического профиля считают гигиеническое воспитание. Все опрошенные, при проведении данной работы, использовали в основном беседы с пациентами. Большинство считает, что, учитывая сильную загруженность медицинской сестры, ее участие в профилактической работе возможно посредством печатной и наглядной пропаганды.

В ходе конференции, слушателям был представлен теоретический материал по организации профилактической работы, обозначены основные направления санитарного просвещения в лечебно-профилактических учреждениях и основные задачи медицинского работника. Также экспериментально доказано преимущество активных форм профилактической работы и предложены наиболее актуальные и эффективные методы. Это целевое (практическое и теоретическое) обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием – школы здоровья, интерактивные занятия, профилактические массовые мероприятия викторины, дни здоровья, спартакиады, флэш – мобы.

С этой же целью проведен профессиональный конкурс «Эффективные формы профилактической работы» для специалистов со средним професси-

ональным образованием, который закрепил полученные в ходе конференции знания. На первом этапе конкурса участники представили средства печатной пропаганды: памятки, санитарные бюллетени. На втором этапе технологические карты и средства устной пропаганды, конспекты интерактивных мероприятий. В заключении специалисты приняли участие в викторине на знание теоретических основ профилактической работы.

В соответствии с положением о профилактической работе, всем категориям специалистов, участвующим в ней определены формы и нормы нагрузки.

Для отделений, в соответствии со штатным расписанием, определены нормы профилактической работы из расчета 2 часа в месяц на 1 штатную должность /если в отделении 10 штатных должностей медицинских сестер, значит годовая норма составит 200 часов с учетом отпускного периода 2 месяца/.

Для обеспечения эффективной и рациональной работы, отделения формируют годовой план для каждой группы специалистов. Руководители подразделения, при составлении плана, учитывают потенциальную наполняемость отделений в тот или иной период. Ежемесячная нагрузка на специалистов может варьироваться, но выполнение годового плана профилактической работы должно быть обеспечено.

Рекомендации по составлению плана профилактической работы отделения для среднего медицинского персонала на месяц:

1. В план работы отделения включаются, запланированные общебольничные мероприятия, посвященные дням здоровья ВОЗ.

2. Организуется работа школ «Здорового образа жизни», обеспечивая охват пациентов 80 % от выписанных. Исходя из полученного показателя и назначений врача, формируются группы по 6–7 человек, которые будут заниматься по программе школы 6 занятий.

3. Проведение профилактических бесед формируется согласно мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний, запланированных на данный месяц.

4. В план включается разработка средств наглядной пропаганды на актуальные темы.

5. Включаются дополнительные интерактивные занятия на актуальные темы (психопрофилактика, профилактика ИЗ, профилактика НИЗ).

Школа здорового образа жизни.

В 2016 году разработаны «Методические рекомендации по организации и проведению обучения пациентов основам здорового образа жизни», а именно профилактики основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний. Данный документ разработан специалистами при поддержке кабинета профилактики БУЗ ВО «Вологодская областная психиатрическая

больница», рецензентом выступил главный внештатный психиатр Вологодской области, главный врач Вологодской областной психиатрической больницы Фалалеева Ольга Игоревна.

Специалисты со средним профессиональным образованием прошли поочередное обучение по проведению школ здоровья. Дополнительно проводилось обучение на рабочих местах поданному виду профилактической работы.

Методологической основой занятий в Школе Здоровья является интерактивное занятие, учитывающее различный уровень подготовки пациентов. В ходе проведения занятий должен быть установлен открытый диалог по проблемам хронических неинфекционных заболеваний, методам профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни. Работу предлагается вести в группах 5–7 человек.

Методы обучения: беседа, практическая работа, семинар, работа малыми группами; тестирование; деловая игра, интерактивная лекция.

Занятия в Школе имеют единую структуру и состоят из 4-х частей:

- Организационная часть (приветствие пациентов, решение основных организационных моментов).
- Мотивационная часть (оглашение темы занятия, определение актуальности, формулирование основных дидактических целей занятия).
- Основная часть (достижение поставленных целей занятия путем интерактивного обучения).
- Заключительная часть (подведение итогов занятия, заключение основных выводов, рефлексия).
- Школа посвящена профилактике развития неинфекционных заболеваний: сердечнососудистые, онкологические, хронические бронхолегочные заболевания, сахарный диабет. Направлена на предотвращение развития основных факторов риска: потребление табака, недостаточная физическая активность, нездоровое питание, употребление алкоголя. Школа здоровья состоит из 6 занятий на темы: «Здоровый образ жизни», «Мы – это то, что мы едим», «Стресс, как он есть», «Жизнь без алкоголя», «Курить или не курить?», «Компьютер. Увлечение или зависимость».

В процессе занятий, используются анкеты, опросники по оценке знаний участников школы и раздаточный материал: тесты «Твое здоровье», «Устойчивы ли вы к стрессу?», «Справляетесь ли Вы со стрессом?», «Самоконтроль в стрессовых ситуациях», тест на интернет-зависимость. Пациентам предлагаются: вариант правил питания, вариант рейтинга вредных продуктов, варианты диет.

Интерактивные занятия, викторины.

В профилактической работе нашего учреждения широко используются интерактивные занятия и викторины для пациентов. Цель интерактивного

обучения – повышение эффективности образовательного процесса. Интерактивные формы проведения занятий предполагают обучение в сотрудничестве. Все участники взаимодействуют друг с другом, обмениваются информацией, совместно решают проблемы, моделируют ситуации.

Для проведения занятий медицинскими сестрами, выбирается актуальная тема и готовится методический материал.

Например, в рамках «Всемирного дня без табака», проводятся интерактивные групповые занятия с использованием разработанной учебно-методической карты. Целью данных занятий является формирование мотивации к здоровому образу жизни и критического отношения к курению.

В теоретической части пациентам предлагается рассказать о том, что они знают о табаке и табакокурении, после чего обсудить преимущества отказа от курения. В процессе обсуждения акцентируется внимание на положительных аспектах отказа от курения.

В практической части занятия участникам предлагается написать анонимное «Письмо курильщику» с целью осознания негативного влияния курения на здоровье. В данном письме пациенты рассказали о вреде курения, дали советы о том, как избавиться от зависимости, привели примеры из собственной жизни.

Занятия с пациентами проводятся также на актуальные темы по профилактике социально-значимых заболеваний, например, туберкулеза. По данной теме подготовлено занятие, в рамках которого пациентам предлагается посмотреть видеоматериал, представленный в доступной форме, прослушать лекцию с презентацией. Для закрепления полученных знаний, с пациентами проводится викторина. Данные занятия возможно проводить с большой группой пациентов, предварительно разделив их на команды в последствии определив победителя по результатам ответов. При проведении занятия используется мультимедийная установка.

Просмотр и обсуждение видеофильмов на актуальные темы.

Использование аудиовизуальных средств предполагает до 20 % усвоения материала. Демонстрация слайдов, фильмов и видеофильмов делает процесс подачи информации более интересным, красочным. На занятиях можно использовать как художественные, так и документальные видеофильмы, фрагменты из них, а также видеоролики и видеосюжеты.

Видеофильмы соответствующего содержания можно использовать на любом из этапов занятий в соответствии с его темой и целью, а не только как дополнительный материал.

Методика проведения:

– Перед показом фильма, перед пациентами ставятся несколько (3–5) ключевых вопросов. Это будет основой для последующего обсуждения.

– Можно останавливать фильм на заранее отобранных кадрах и проводить дискуссию.

– В конце просмотра или лекции совместно с пациентами подводятся итоги и озвучиваются выводы занятия.

В нашей больнице мы используем видеоматериал на темы: алкогольная зависимость, табакокурение и многие другие.

Спортивно-массовые мероприятия.

Традиционнов БУЗ ВО «Вологодская областная психиатрическая больница» в рамках «Всемирного дня здоровья», проводится общепольничное спортивно-массовое мероприятие в виде танцевального флеш-моба. Команда лидеров демонстрирует комплекс упражнений, которые предлагается выполнить пациентам и сотрудникам. Предшествует мероприятию вступительное слово главного врача с рассказом об истории и девизе «Всемирного дня здоровья».

Общепольничная «Спартакиада» – это многолетний формат спортивно-массового мероприятия, организуемого в нашей больнице. Спартакиада проводится с целью пропаганды здорового образа жизни, физической культуры и спорта, преодоления социальной депривации пациентов, восстановления нарушенных навыков общения, активизации позитивного межличностного взаимодействия среди пациентов и сотрудников больницы. Проводится торжественное открытие мероприятия, на котором представляются команды-участницы. Каждая команда представляет какое-либо подразделение. К участию в соревнованиях допускаются и пациенты, и сотрудники больницы. Затем в соответствии с планом «Спартакиады», команды принимают участие в соревнованиях по волейболу, пионерболу, футболу, шашках, шахматах, настольному теннису, дартсу и эстафете. Соревнования проводятся в течение рабочей недели. Победители награждаются дипломами и призами.

В период с 2015 года профилактическая работа в нашем учреждении систематизирована и приобрела разнообразные формы воплощения. Персонал обучен новым методикам проведения профилактических занятий. Специалистами кабинета профилактики регулярно осуществляется контроль над эффективностью проводимых мероприятий в отделениях, предоставляются рекомендации персоналу для более успешной и качественной работы.

В 2016 году число обученных пациентов по программам школ здорового образа жизни составило 2973 человека. Обучение проходило в 15 подразделениях учреждения. Число лиц, обученных здоровому образу жизни, составило 8634 человека /58 % от числа обратившихся.

ТРЕНИНГ САМОРЕГУЛЯЦИИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

О. Н. Селифанова – старшая медицинская сестра

Государственное казённое учреждение здравоохранения Владимирской области «Областная психиатрическая больница № 1»

«Чтобы иметь в жизни то, чего Вы никогда не имели, делайте то, чего раньше никогда не делали».

Роберт Кийосаки

Профессиональная деятельность медицинских работников является одним из наиболее напряженных (в психологическом плане) видов социальной деятельности: труд медицинской сестры входит в группу профессий с большим числом стресс-факторов. Такая ситуация потенциально содержит в себе увеличение нервно-психического напряжения личности.

В настоящее время проблема сохранения психического здоровья медицинских работников стала особенно острой. Установлено, что Профессия психиатрической медицинской сестры – это трудная профессия; она требует большого терпения, самообладания и постоянной работы над собой. Необходимо уметь искусно разрядить свои негативные чувственные установки не только в отношении к больным, но также и к персоналу.

На базе ГКУЗ ВО «Областной психиатрической больницы» было решено организовать специализированные психологические тренинги для медицинских работников. Проводит их штатный психолог ГКУЗ ВО ОПБ № 1.

Цель тренинга: укрепление потенциала и создание условий дальнейшего профессионального и личностного успеха.

Задачи: снятие эмоционального напряжения, релаксация, саморегуляция, самосовершенствование, поиск ресурсов профилактики эмоционального выгорания.

Тренинг – программа с элементами научения и отработка этих навыков в кругу учебного процесса.

Это мультимодальная программа – т.е.используются техники из различных направлений (арттерапия, ролевые игры, гештальт-терапия, драма-терапия).

Занятия с медицинскими сёстрами проходят в отдельном помещении небольшими группами, максимально 8–10 человек. Продолжительность занятий 60 минут.

Существуют определённые правила для участников психологических тренингов:

- комфортность;
- активность;
- доверие;
- не оценивать, не обсуждать, не перебивать;
- конфиденциальность;
- не опаздывать;
- не пользоваться телефоном.

В ходе проведения занятий ведётся открытый диалог по проблемам. Медицинские работники включаются в познавательную работу, т.е. принимают участие в тренингах, играх, занимаются самодиагностикой, получают консультации по запросу. Психолог использует методики, которые включают способы и приемы психопрофилактической работы, направленные на сохранение и укрепление психологического здоровья медицинских работников. Первое занятие начинается со знакомства, затем следует принятие правил игры, проводится психологическая гимнастика. Для повышения самооценки используется упражнение «Карусель поглаживаний».

Следующие занятия направлены на снятие напряжения и тревожности, формирование обстановки взаимодействия, использование интегративных методик (арттерапия, упражнение «Волшебные ладошки» (коллективное творчество), упражнение «Интервью в парах» (для более близкого знакомства участников группы и совершенствования навыков самопрезентации). Используются упражнения на невербальное общение. Совершенствуются навыки конструктивного общения.

При этом поддерживается обратная связь с участниками психологических тренингов. Каждый раз после занятия каждый высказывает своё отношение к занятию и впечатление от него.

К следующему занятию участникам даётся домашнее задание. Одно из интересных домашних заданий «Зато...». Цель упражнения: снижение уровня фрустрации или стресса. Поиск возможных путей ее разрешения.

Каждому участнику игры предлагается вкратце описать какое-либо несбывшееся желание, какую-либо актуальную стрессовую или конфликтную ситуацию, неразрешенную на данный момент или запомнившуюся как трудноразрешимая. На следующем занятии каждая ситуация разбирается в группе, и участники должны привести как можно больше доводов к тому, что данная ситуация вовсе не трудноразрешимая, а простая, смешная или даже выгодная с помощью связок типа: «зато...», «могло бы быть и хуже!», «не очень-то и хотелось, потому что...» или «здорово, ведь теперь ...». После того, как высказаны все возможные варианты отношения к данным ситуациям,

тренер предлагает обсудить результаты и ту реальную помощь, которую получил для себя каждый участник.

Такие упражнения настроены на повышение уровня жизненного оптимизма и создание хорошего настроения на работу.

Выводы

Сотрудники психиатрической больницы положительно оценили эффект от участия в тренинге и выразили уверенность в том, что смогут применить полученные знания и навыки на практике.

В результате занятий было отмечено следующее:

- улучшился психологический микроклимат в коллективе;
- повысилась самооценка и отношение к своим возможностям;
- повысилось профессиональное мастерство медицинских работников;
- медицинские работники с лёгкостью применяют знания, умения и навыки, необходимые для снятия эмоционального напряжения.

Создаётся комплекс рекомендаций по профилактике эмоционального выгорания.

Также в планах обучить медицинских сестёр используя релаксацию и саморегуляцию правильно организовать свою деятельность в рамках рабочего дня без нанесения ущерба своему здоровью.

Список использованной литературы

1. Бакли Р., Кэйпл Дж. Теория и практика тренинга. – СПб.: Питер, 2002.
2. Бука Т.Л., Митрофанова М.Л. Психологический тренинг в группе: Игры и упражнения. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2005.
3. Дерманова И. Психологический практикум. Межличностные отношения. – СПб.: Речь, 2003.
4. Шевцова И.В. Тренинг личностного роста. – СПб.: Речь, 2003.

СИМПОЗИУМ
«ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ»

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ

Л. П. Самохина – Главная медицинская сестра

ГБУЗ Астраханской области

«Областной онкологический диспансер»

*Менеджер-специалист, профессионально занимающийся управленческой
деятельностью в конкретной сфере*

Современный менеджер должен быть честный, порядочный, принципиален во всех во всех вопросах, уметь противостоять давлению как «сверху», так и «снизу», последовательно и твёрдо стоять на своём, он должен обладать организаторским качеством, которое должно быть присуще менеджеру, это деловитость, энергичность, то есть способность заражать людей уверенностью, стремлением действовать путем логического внушения, личного примера, собственного оптимизма, должна быть присуща дисциплина и контроль над собой. Без этого он не сможет ни призвать к порядку других, ни контролировать их деятельность.

Поэтому менеджер должен контролировать свои эмоции и настроения, изучать эмоции других, чтобы найти подход к их поведению, а также контролировать дисциплину подчиненных. Отличительной чертой менеджера должна быть повышенная работоспособность, умение трудиться напряженно, не принося себя в жертву и не становясь «работоманом». Менеджер должен быть коммуникабельным, контактным, т.е. общительным. Он должен уметь располагать к себе людей, слушать и понимать их, убеждать в своей правоте. Важная черта менеджера- реализм. Он должен уметь правильно оценить свои возможности и возможности подчиненных, их поступки, не витать в облаках, тогда не так больно будет падать при неудаче.

Хороший менеджер характеризуется здоровым оптимизмом и уверенностью, он должен уметь обеспечивать сопричастие сотрудников к работе, считаться с желанием подчинённых добиться определенного положения в этом мире, знать их идеалы и способствовать реализации их в жизнь. Но самое главное –менеджер должен обладать умением руководить, организовывать и поддерживать работу коллектива, быть готовым к действиям, риску. Для этого менеджер должен обладать терпимостью к слабостям людей, не мешающим работать, что препятствует успешному решению стоящих перед ним и коллективом задач.

Важнейшим критерием ценности медицинской сестры руководителя является её управленческая компетентность, лидерские качества, коммуникативные способности, оптимизм ведение будущего и желания знать то, что не знаешь сегодня.

Организация паллиативной помощи в российской системе здравоохранения.

Каждый год в мире умирает 52000000 человек.

Установлено, что десятки миллионов из них умирают, испытывая страдания. Ежегодно около пяти миллионов человек умирает от рака (в России около 300 тыс.), к этому числу можно добавить умирающих от СПИДА и других заболеваний, при которых требуется специализированная помощь. В многочисленных исследованиях, результаты которых изложены в сотнях научных статей и докладов, отмечено, что как в развитых, так и в развивающихся странах многие больные живут и умирают вне оправданных страданий без адекватного лечения боли и других патологических симптомов.

Без решения психосоциальных проблем и удовлетворения духовных запросов, зачастую состояния постоянного страха и одиночества.

Облегчение страданий – это этический долг медицинских работников.

Целью паллиативной помощи пациентам с поздними стадиями активно прогрессирующего заболевания и небольшой продолжительностью жизни является максимальное повышение качества жизни, не предусматривающее ускорение или отдаления смертельного исхода.

Снижение уровня смертности и улучшение качества жизни онкологических больных входят в список приоритетных задач российского здравоохранения. В программе «Здравоохранение-2020» уже сформулирована переориентация на первичную медико-санитарную помощь, предполагающая раннюю диагностику и профилактику заболеваний. В этом контексте медицинские сестры могут сыграть особо важную роль в формировании медицинской активности населения, санитарном просвещении, организации образовательных программ, а также в повышении мотивации пациентов к переходу от теоретических знаний о пользе профилактики к ее практическому применению.

Особенности работы медсестры с паллиативными больными.

Работа медицинских сестер в паллиативной помощи кардинально отличается от работы с пациентами других отделений.

Медсестре необходимо:

- оказать психологическую помощь пациенту;
- снизить его эмоциональную реакцию; страх, панику, гнев или депрессию.

Пациенты по-разному реагируют на поставленный диагноз: одни бросают все свои силы на борьбу с заболеванием, а другие замыкаются и отказываются проходить курс лечения, что только осложняет ситуацию.

Психологическое состояние человека, узнавшего о наличии онкологического или иного вопрос о том, как сообщить пациенту и его родственникам

о сложившейся ситуации. Зачастую, чтобы не травмировать пациента, заболевание «рак» заменяют другими терминами: опухоль, полипы и так далее. Учеными установлено: большинство больных проходят через пять основных стадий психологической реакции. Сначала отрицание или шок. Потом гнев и попытка «выторговать» свое здоровье. Далее депрессия и лишь в конце принятие.

Рак – проблема общемирового масштаба и поэтому необходима организация паллиативной помощи онкологическим больным.

За рубежом – это очень развито. В России -дефицит учреждений, оказывающих паллиативную помощь.

Доступ к ней имеют только 10 % нуждающихся россиян. При потребности в не менее 600 паллиативных учреждений, в России действуют 100 учреждений для взрослых больных, и лишь 1 (созданный с помощью русской православной церкви в Санкт-Петербурге) для детей.

Понятие «паллиативная» (медицина /помощь) происходит от латинского «pallium» и означает «покрывало, покров, покрытие». Иными словами, это защита и всесторонняя опека больного.

Цель паллиативной помощи – достижение наилучшего качества жизни больных и членов их семей.

Функции медицинской сестры при оказании паллиативной помощи в ЛПУ:

Профессиональная медицинская сестра обязана знать должностные обязанности, правила внутреннего распорядка, этику и деонтологию, приказы, стандарты деятельности и т.д., уметь на практике применять все знания, при первой же необходимости быть рядом с пациентом и оказать ему помощь в трудной ситуации.

При оказании помощи пациенту на последнем этапе жизни медицинская сестра должна обладать рядом качеств, без которых невозможно быть рядом с пациентом: милосердием, добротой и отзывчивостью, чувством сострадания и способностью к сопереживанию. Этим качествам нельзя научиться, они должны быть в сердце каждого, кто выбирал нелегкий труд медсестры.

Паллиативный сестринский уход

Паллиативный уход- это активная забота о пациенте и его семье, когда болезнь не поддается обычным методам лечения. Паллиативный уход предусматривает создание максимального комфорта, снятие тягостных симптомов болезни, удовлетворение психологических, физических, социальных и духовных потребностей.

Медицинская сестра, профессионально занимающаяся квалифицированным уходом за пациентом, должна знать шесть принципов паллиативного ухода:

- Взгляд на умирание как на естественный процесс;
- Не ускорять и не замедлять смерть, не применять агрессивное лечение;
- Облегчать боль, устранять страдания и другие тягостные симптомы;
- Оказывать психологическую и духовную поддержку больному;
- Принимать меры для поддержки активной жизни до момента смерти;
- Оказывать поддержку родственникам после его смерти.

Вопросы медицинской этики и деонтологии, которые должна знать медицинская сестра:

- Уважение жизни;
- Неизбежность смерти;
- Рациональное использование возможных ресурсов;
- Доброе и чуткое отношение;
- Уважение мнения пациента, в том числе отказ от пищи и лечения.

Кроме того, медсестре необходимо владеть навыками консультирования в пределах своей компетенции, учитывать религиозное, социальные, физические, психологические потребности пациента, применять принцип рационального питания при различных заболеваниях, а также знать терапию тяжелых симптомов при далеко зашедшем заболевании.

Но одних знаний недостаточно для осуществления полноценного ухода за тяжелыми пациентами.

Необходимо применять их на практике, поэтому медицинская сестра должна уметь:

- Находить выход из трудных ситуаций и принимать взвешенные решения;
- Грамотно и в доступной форме предоставлять родственникам информацию о состоянии и потребности пациента (в рамках своей компетенции);
- Рационально распределять свое рабочее время;
- Грамотно и качественно выполнять сестринские манипуляции;
- Обучать пациента и родственников элементам ухода;
- Достоинно и с почтением выполнять просьбы пациента;
- Оказывать психологическую поддержку пациенту и его семье в период болезни после смерти.

Таким образом вы сможете сохранить доверительные отношения, которые помогут сплотить семью в трудный момент, а вы получите массу положительных эмоций от выполненной вами работы.

ПРОЕКТ: «ТЫ НЕ ОДИН!» – ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ ВОЛОНТЕРСТВА В ОНКОЛОГИИ

С. А. Гоголева – главная медицинская сестра

ГБУ РС (Я) «ЯРОД»

«Я уверена, что объединение волонтеров-медиков страны позволит более эффективно оказывать посильную помощь системе здравоохранения Российской Федерации»

Вероника Сковцова – министр здравоохранения РФ
(из Послания участникам Всероссийского форума добровольцев 2016)

Злокачественные новообразования остаются одной из сложнейших проблем медицины и здоровья населения. Несмотря на все успехи лечения и профилактики злокачественных опухолей, распространенность их заметно не сокращается. Ежегодно в мире регистрируется более 10 млн новых случаев злокачественных новообразований [1]. По данным ВОЗ, ожидается, что в ближайшие 20 лет число новых заболевших возрастет примерно на 70 %. Рак является второй из основных причин смерти в мире; так, в 2015 г. от этого заболевания умерли 8,8 млн человек. Рака становится причиной практически каждой шестой смерти в мире [2].

На протяжении последних десятилетий в Российской Федерации, как и в большинстве развитых стран мира, отмечается тенденция к неуклонному росту заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них. По данным 2016 года в Российской Федерации было выявлено 599 348 новых случаев злокачественных новообразований. В структуре общей смертности населения нашей страны злокачественные новообразования занимают второе место после болезней сердечно – сосудистой системы [3].

На онкологическом учете в 2016 г. по РС (Я) состоит 11 617 человек (в 2006 г. – 7 737 человек).

Рост количества злокачественных опухолей и развитие онкологической науки требуют участия в лечебно-диагностическом процессе не только медицинских работников, но и специалистов других дисциплин, таких как клинические психологи, социальные работники, юристы, и представители Епархии, общественные и пациентские организации. Оказание помощи онкологическим больным должно строиться на принципе междисциплинарного подхода.

Только совместными усилиями медицинского персонала, психологов, представителей Епархии, и конечно самих больных и их родственников

можно добиться тех результатов лечения, которые уже сегодня позволяют больному смотреть в будущее с определенной долей оптимизма.

К сожалению, учитывая современные экономические реалии, не всегда представляется возможным оказывать медико-психологическую помощь и поддержку пациентам с онкологической патологией в полном объеме. Психологическая помощь пациентам не является страховым случаем, соответственно, не входит в базовую программу государственных гарантий ТФОМС. В этой связи, разработка и внедрение волонтерского проекта, направленного на оказание медико-психологической помощи и поддержки онкобольных «Ты не один!», является бесспорно актуальным.

Цель проекта. С целью повышения эффективности специализированного лечения и улучшения качества жизни пациентов необходимо разработать и внедрить на базе ГБУ РС (Я) «Якутский республиканский онкологический диспансер» инновационную пациент-ориентированную модель волонтерства.

Для реализации вышеуказанной цели поставлены следующие задачи:

1. Изучить медико-психологический портрет пациента с онкологической патологией
2. Разработать комплексный план мероприятий по медико-психологическому и духовному сопровождению онкологических пациентов на всех этапах специализированного лечения
3. Внедрение волонтерского проекта помощи онкологическим больным «Ты не один!»
4. Изучение эффективности проекта (медицинская, социальная, экономическая)

Целевая аудитория: Онкологические больные и их родственники.

Содержание работы и механизм реализации проекта

Основными принципами волонтерской работы являются: желание помогать людям добровольно, желание делиться своим опытом. Юридическое определение добровольца или волонтера дано в статье 5 Федерального закона РФ «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» от 7 июля 1995 года: «Добровольцы граждане, осуществляющие благотворительную деятельность в форме безвозмездного труда в интересах благополучателя, в том числе в интересах благотворительной организации». Волонтерство – это не оплачиваемая, сознательная, добровольная деятельность на благо других и конечно любой, кто сознательно и бескорыстно трудится на благо других, может называться волонтером [4].

Волонтерский отряд «Ты не один!» осуществляет свою деятельность на базе ГБУ РС (Я) «ЯРОД».

Организационная структура отряда представлена координаторами и волонтерами. В реализации данного проекта одна из главенствующих ролей отводится медицинским сестрам диспансера, которые наряду с врачами-онкологами являются координаторами инновационного движения, ориентированного на потребности пациентов с онкологической патологией. Участие медицинских сестер онкологического диспансера в волонтерском отряде «Ты не один!» позволит осуществить коммуникативный контакт для пациентов, их родственников на всех этапах специализированного лечения.

В число волонтеров входят: клинический психолог, социальный работник, юрист, представитель Якутской епархии, а также родственники онкобольных и сами пациенты.

Подход, основанный на единстве миссии. ГБУ РС (Я) «ЯРОД» и координаторы проекта осознают и поддерживают существенную роль волонтеров в достижении целей и задач волонтерского отряда. Волонтеры, привлекаемые к работе, в дальнейшем рассматриваются как ценные и интегрированные в единую структуру члены команды ГБУ РС (Я) «ЯРОД».

Основная задача отряда – бескорыстная добровольная помощь пациентам с онкологической патологией на всех этапах специализированного лечения, оказание психологической помощи онкобольным, которое необходимо так же, как лечение основного заболевания, являясь неотъемлемой частью лечения.

Направления деятельности волонтерского отряда:

Одним из актуальных вопросов современного здравоохранения остается системный подход к пациенту, когда проблему больного человека рассматривают не только, с точки зрения, сугубо медицинской, но и психологической, и социальной, учитывая как его ценностные установки, личностные особенности, так и взаимоотношения с окружающим миром.

С учетом всестороннего системного подхода к потребностям пациентов с онкологической патологией деятельность волонтерского отряда направлена:

- на психологическую и духовную помощь и поддержку,
- консультации по вопросам социальной адаптации в обществе,
- консультации по вопросам юриспруденции,
- на обучение пациентов и родственников практическим навыкам,
- на обучение профилактике возможных осложнений и побочных эффектов лекарственной и лучевой терапии,
- на образовательную работу с населением с использованием современных информационных технологий.

Для всех направлений волонтерского движения «Ты не один!» составлена программа и комплексный план.

В рамках психологической программы ведется консультативная работа, тренинги со студентами – волонтерами с Института психологии СВФУ. И при этом роль медицинской сестры в процессе психологического сопровождения заключается в умении слушать и воспринимать, получать информацию, сопереживать, создавать атмосферу доверия, формировать навыки общения. Как метод психологической помощи, медсестрами диспансера проводится арт – терапия. Арт – терапия проходит в теплой доверительной атмосфере и вызывает у пациентов положительные эмоции и помогает в формировании оптимистической жизненной позиции.

В реализации юридической программы проводятся юридические консультации юристом диспансера. В рамках социальной программы консультативную помощь оказывают специалисты социальных служб.

Подписано Соглашение о сотрудничестве ГБПОУ РС (Я) «Якутский медицинский колледж» с ГБУ РС (Я) «Якутский Республиканский онкологический диспансер». Одним из пунктов соглашения является оказание практической волонтерской помощи по уходу за больными. Студенты Якутского медицинского колледжа совместно с младшими медицинскими сестрами активно осуществляют гигиенический уход за пациентами.

С внедрением в практику данного проекта активизировалась работа Школы для пациентов с онкологической патологией, основной ролью которой является образовательная и психологическая поддержка пациентов и их родственников.

Занятия проводятся по специальной программе обучения. Основная роль в проведении занятий принадлежит медицинской сестре.

Методология работы школы:

1. Проведение образовательной работы с населением с использованием современных информационных технологий.

Школа пациентов позволяет использовать современные информационные технологии для оперативного обмена необходимой информацией между организациями разного уровня, медико-психологической поддержки и оперативного взаимодействия с пациентами в online режиме, по средствам видеоконференцсвязи и телемедицинских технологий. Благодаря этому стало возможным непрерывное наблюдение за пациентом от регистрации фактов выявления и подозрения на ЗНО до лечения и последующего наблюдения в медицинских организациях различного уровня, а также, оперативное взаимодействие и оказание консультативной помощи специалистам первичных онкокабинетов, расположенных в отдаленных и труднодоступных районах республики.

2. Психологическая поддержка пациентов и родственников

Онкологический диагноз до сегодняшнего времени по-прежнему вызывает множество эмоций как у медиков, так и у самих больных и их родственников. Проблемы изучения психологии онкологических больных всегда занимали одно из ведущих мест в клинической онкологии. В настоящее время психологическая проблема в онкологии приобретает новые черты в связи с успехами диагностики и лечения.

Для изучения социально-психологического портрета онкологических больных, медицинскими сестрами Якутского республиканского онкологического диспансера была разработана единая анкета в виде опроса, в которой содержатся вопросы, касающиеся социального статуса пациентов онкологического диспансера и психологической реакции на онкологическое заболевание.

3. Обучение пациентов и родственников практическим навыкам.

Медицинские сестры отделения противоопухолевой лекарственной терапии в рамках Международного проекта РАМС «Доказательная сестринская практика при химиотерапии» прошли обучение, тем самым повысили свой профессиональный уровень по обучению пациентов. Квалифицированная медицинская сестра активно участвует в образовании пациента, объясняя ему, как преодолеть те или иные побочные эффекты терапии, настраивая его на то, чтобы он терпеливо, без паники переносил все неприятные моменты, связанные с лечением. Именно медицинские сестры помогают больным в установлении заболевания, а также помогают активно участвовать в лечении, выполнять врачебные назначения, распознавать и контролировать побочные эффекты. Больные, которые обучены управлению побочными эффектами химиотерапии и лучевой терапии, помогают себе сами значительно эффективнее, чем необученные пациенты.

Образование онкологических больных направлено на улучшение качества их жизни, снижению материальных затрат на лечение.

Обучение пациентов проводится в несколько этапов:

На первом этапе медицинская сестра проводит занятие с пациентами, объясняет необходимость диагностических процедур и подготовки к ним, помогает адаптироваться.

На втором этапе медицинской сестрой проводится обучение пациентов и родственников в преодолении тех или иных побочных эффектов терапии.

Следующим этапом является разработка методических рекомендаций, показ видеороликов, проведение Арт-терапии.

На сегодняшний день медицинскими сестрами диспансера разработаны следующие методические рекомендации пациентам:

1. Рекомендации пациентам по профилактике побочных эффектов химиотерапии;

2. Рекомендации пациентам по лучевой терапии;
3. Профилактика пролежней;
4. Лечебное питание пациентов, перенесших резекцию желудка;
5. Памятка для пациента после операции на кишечнике;
6. Эндоскопические методы исследования;
7. Клинические методы исследования;
8. Методические рекомендации женщинам, после операции на молочной железе;
9. Инструкция по подготовке пациента к цитологическим методам исследования;
10. Психологическая помощь онкологическим больным;
11. Уход за пациентом с гастростомой и еюностомой;
12. Подготовка пациентов к рентгенологическим исследованиям;
13. Подготовка к компьютерной томографии;
14. Методические рекомендации пациентам с колостомой.

Принимая активное участие в лечении, управлении стрессом, распознавании и контроле побочных эффектов, медицинские сестры предотвращают социальную изоляцию пациентов и укрепляют взаимоотношение с окружающими, улучшая качество жизни онкологических больных.

Ожидаемые результаты проекта

Внедрение волонтерского проекта помощи онкологическим больным «Ты не один!» в реальную практику позволит получить значительную медицинскую, социальную и экономическую эффективность.

Развитие системы помощи приведет к улучшению качества и увеличению продолжительности жизни пациентов, снижению количества рецидивов и самоубийств среди онкобольных, к укреплению психологического здоровья многих людей и улучшению психологического климата в семьях пациентов.

В результате обучения изменится установка пациентов и отношение к здоровью:

- улучшится мотивация больных на выполнение профилактических рекомендаций;
- снизится число больных, считавших действия медицинского персонала неэффективными
- сформируются у пациентов умения и практические навыки по самоконтролю за состоянием здоровья.

В совокупности обучение онкологических больных будет направлено на улучшение качества их жизни, снижение материальных затрат на лечение.

Благодаря инновационному подходу, ориентированному на потребности пациентов, становится возможным непрерывное наблюдение за пациентом от

регистрации фактов выявления и подозрения на ЗНО до лечения и последующего наблюдения, а также оперативное взаимодействие и оказание консультативной помощи специалистам первичных онкокабинетов, расположенных в отдаленных и труднодоступных районах республики.

Выводы и заключение

1. Разработка и внедрение на базе ГБУ РС (Я) «ЯРОД» комплексного плана мероприятий с участием медицинских сестер в проекте «Ты не один!» является важным инструментом для повышения эффективности специализированного лечения и улучшения качества жизни пациентов.
2. Медицинские сестры совместно с волонтерами в дальнейшем рассматриваются как ценные и интегрированные в единую структуру члены команды ГБУ РС (Я) «ЯРОД».
3. Внедрение волонтерского проекта помощи онкологическим больным «Ты не один!» в реальную практику позволит получить значительную медицинскую, социальную и экономическую эффективность.
4. Внедрение волонтерского проекта позволит оперативно взаимодействовать и оказывать консультативную помощь специалистам первичных онкологических кабинетов, расположенных в отдаленных и труднодоступных районах республики.
5. Обеспечение партнерства медицинской сестры и пациента позволит достичь качество и эффективность оказываемой медицинской помощи.
6. Опыт работы волонтерского отряда «Ты не один!» может быть тиражирован для других медицинских организаций.

Список литературы

1. Ferlay J, et al. GLOBOCAN 2014 Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARC CancerBase; Lyon, 2015 г.
2. «Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность)». Под редакцией А.Д. Каприна, В.В. Старинский, Г.В. Петровой. Москва 2017 г.
3. Из выступления М.И. Давыдова (академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина») на IX Съезде онкологов России «Проблемы онкологической службы России и пути их решения».
4. Федеральный закон от 11 августа 1995 г. № 135-ФЗ «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях».

РОЛЬ ВОЛОНТЕРСКОГО ДВИЖЕНИЯ В РАБОТЕ ДЕТСКОГО ХОСПИСА

**Л. А. Попова – старшая медицинская сестра выездной службы
паллиативной помощи детям**

Т. А. Букина – главная медицинская сестра

ГБУЗ КО «НГДКБ № 3»

Волонтерство в современной России – повседневная социальная практика. На сегодняшний день волонтеры в больницах представляют собой стихийно существующую общность. Для них не разработаны стандарты, официально одобренные министерством здравоохранения, регламентирующие работу волонтеров в больнице, программы привлечения, отбора, обучения и сопровождения волонтеров в клинике, не говоря уже об институте супервизорской поддержки. Юридическое определение добровольца или волонтера дано в статье 5 федерального закона РФ «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» от 7 июля 1995 года.

Сегодня волонтеры играют важную роль в паллиативной помощи. В хосписе они связующие звено между медицинским работником и пациентом

Для успешной работы персонала хосписного отделения и волонтеров мы поставили

Цель: Создание единой программы взаимодействия детского хосписа и волонтерских организаций. Для достижения данной цели перед нами были поставлены следующие

Задачи:

- Создание проекта соглашения с волонтерскими организациями
- Разработка направлений совместной работы и выработка стратегий по каждому из направлений совместной деятельности

Для регулирования совместной деятельности детского хосписа и волонтерских организаций в решении правовых вопросов нами были разработаны следующие документы:

- соглашение о волонтерской деятельности,
- заявление волонтера,
- анкета волонтера,
- заявление на обработку персональных данных,
- реестр волонтеров, в котором указывается какую помощь могут оказывать волонтеры.

Для инфекционной безопасности детей все волонтеры должны иметь действующий медосмотр.

На сегодняшний день с нами работают:

- 19 человек которые могут оказывают помощь по уходу за детьми (купание, кормление, организация прогулок и т.д),
- 6 добровольцев, которые помогают в транспортировке и сопровождении детей,
- 26 волонтеров организуют экскурсии, праздники для детей и их родителей, проводят образовательные программы и мастер классы.

Для дальнейшего плодотворного взаимодействия с волонтерами мы работали направлений совместной работы и выработали стратегию по каждому из направления совместной деятельности.

– Деятельность волонтеров осуществляется по следующим направлениям:

- Игровая терапия, обучение.
- Организация мероприятий
- Духовная помощь
- Помощь на дому по уходу за тяжелобольными детьми
- Благотворительная помощь
- Транспортировка и сопровождение детей

Но в первую очередь, надо понимать, что детский хоспис – это не просто объект благотворительности – это серьезная часть медицины. И волонтером в хосписе может быть только подготовленный человек.

Перед началом своей деятельности в хосписе волонтеры проходят специальную подготовку и вводный тренинг, включающий инструктаж по технике безопасности, охране обеспечении здоровья детей.

Психолог хосписа обучает волонтеров психологическим и этическим особенностям общения с родственниками и тяжелобольным ребенком. Для этого психолог проводит тренинги для волонтеров, как правильно найти для каждого ребенка интересные для него игры с учетом возраста и состояния ребенка, чтобы ребенок мог максимально участвовать в игре.

Социальный педагог для добровольных помощников проводит тренинги, где рассказывает об основные направления своей деятельности, таких как постановка «социального диагноза», участие и приведение в действие социально-правовых и юридических механизмов иными словами -это социальная защита прав ребенка. Его медико-педагогическая и социальная адаптация, охрана интересов и прав ребенка.

Медицинские работники в свою очередь обучают добровольцев правилам ухода за тяжелобольными детьми, смене постельного белья тяжелобольному ребенку, утреннему туалету, кормлению детей в постели с помощью ложки и другому.

В дальнейшем, в процессе работы, добровольцы всегда получают помощь и поддержку со стороны сотрудников хосписа.

Транспортировка пациентов без помощи волонтеров была бы достаточно затруднительна, ведь большую часть персонала составляют женщины и в силу своих физических возможностей они не способны поднимать большой вес и учитывая какое количество детей нужно вывести на прогулку, или вывезти на какое-нибудь мероприятие просто не хватит рук. Поэтому помощь добровольцев здесь очень нужна.

Нашему хоспису так же помогают православные священнослужители, которые отремонтировали и оборудовали молельную комнату. Тут же священник помогает в осуществлении церковных треб, оказывает духовную помощь. С ними можно просто поговорить – по телефону или лично. По запросу семей детский хоспис готов организовывать помощь любых конфессий. Силами студентов духовной семинарии организуются праздничные мероприятия, приуроченные к церковным праздникам. Наши волонтеры так же оказывают помощь семьям имеющих тяжелобольных детей.

В результате совместной работы волонтеров дети хосписного отделения получают полноценный уход, прогулки, внимание. Для них организуются праздники, концерты. Волонтеры организуют поездки детей в театр и на природу. Это позволяет улучшить качество жизни детей. У детей с органическими поражениями или генетическими заболеваниями речь идет о годах жизни, нужно делать все, чтобы в этот период ребенок жил обычной жизнью.

**СИМПОЗИУМ
«БЕЗОПАСНАЯ
БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА»**

ПРИНЦИПЫ СТРАТЕГИИ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТИ

Ю. С. Игнатович – процедурная медицинская сестра

ГБУЗ ГKB Им. С.П. Боткина Города Москвы

В условиях современной медицины основой успешного лечения и профессионально оказанной медицинской помощи является удовлетворенность пациента предоставляемыми услугами. Программа «Пациентоориентированность» – это технология выстраивания эффективных коммуникаций с пациентом. Пациенты ожидают более внимательного отношения к себе со стороны медицинских работников всех уровней.

Пациентоориентированность – это система вовлечения медицинских работников в разработку стандартов одновременно с непрерывным повышением коммуникационных навыков. Структурное обновление и организационное развитие определяет новую эффективную модель Здравоохранения. Основными целями и задачами пациентоориентированности медицинских организаций г. Москвы, являются такие факторы как: дружелюбная среда, отсутствие конфликтов с пациентами и эффективное их разрешение, понимание запросов пациента и умение с ними работать, уважительное отношение к пациенту, внимание к его эмоциональному состоянию, конструктивная коммуникация с пациентом.

В ГKB им. С.П. Боткина был проведен опрос, среди медицинских сестер приемного отделения, который показал, что персонал испытывает: стресс, тревожность, напряженность на работе, отсутствие мотивации и интереса к жизни, подавление собственных негативных эмоций, в неблагоприятных ситуациях коллеги обвиняли руководство и пациентов, градус проявления негативных эмоций был очень высок. Благодаря новому виду занятий с медперсоналом в формате тренинга появилась уникальная возможность эмоциональной поддержки медперсонала.

Наши встречи помогают им в работе, они чувствуют поддержку и как следствие свою значимость в системе Здравоохранения.

Тренинги проходят в позитивной и неформальной обстановке, в формате живого общения и короткими практическими упражнениями. Для более доступного восприятия, подача информации сопровождается демонстрацией обучающих видеороликов, и раздачей информационных материалов. Музыкальные разминки позволяют коллегам снять напряжение. Хочу отметить следующее: доверительная атмосфера тренинга дает возможность персоналу раскрыться, коллеги высказываются. Обсуждение определенных целей и задач,

помогает планировать совместную деятельность, с коллегами и руководителями отделений. МС вовлекаются, вдохновляются, мотивируются. С каждым новым тренингом, я чувствую желание и готовность медицинских сестер меняться. Коллеги отметили, тот факт, что, позитивный настрой, приветствие пациента, проявление лояльности- волшебным образом действует на пациента.

Посещение тренингов дает положительные результаты и является развитием навыков эффективной коммуникации во взаимодействии с руководителями, сотрудниками и пациентами. Повышение мотивации, вовлеченности среднего медицинского персонала и снижение его эмоционального выгорания на рабочем месте. Результатом проведенных тренингов явилось получение огромного объема полезной и нужной информации для сотрудников и применение полученных знаний на практике. Все эти факты свидетельствуют о том, что такое направление как «Пациентоориентированность» становится одним из приоритетных в современном Здравоохранении. И характеризует совместную способность коллектива отдельной медицинской организации действовать с учетом интересов пациента даже в тех ситуациях, которые не предусмотрены инструкцией. В рамках обучающего курса «Сестринские навыки» в МСЦ больницы им.С. П. Боткина я провожу тренинги для коллег из других стационаров города Москвы.

Для достижения более успешных результатов необходимо: развивать программу и ставить новые задачи, усиливать и подкреплять новые модели поведения, поддерживать МС в применении полученных знаний и умений на практике. Индивидуальное взаимодействие с прошедшими обучение персоналом, с разбором реальных ситуаций и возможностей корректировки коммуникаций.

Успешных Нам Изменений!!!

ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ ПАДЕНИЙ – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

О. В. Камаева – ассистент кафедры медицинской реабилитации и АФК

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Программа профилактики падений рассматривается ВОЗ как междисциплинарное ведение больных, имеющих высокий риск падений. Она включает в себя: балльную оценку риска падения с применением врачами, медсестрами

и специалистами по физической реабилитации стандартизированных инструментов (тесты «Поворот на 180°», «Встань и иди», «Шкала подвижности пожилых», «Тест баланса Берга»); выявление и корректировку внешних и внутренних факторов, влияющих на риск падения – назначение адекватной медикаментозной терапии врачами, знание и учет действия вновь назначенных препаратов и индивидуальных особенностей состояния каждого пациента медсестрами, эрготерапевтические подходы в создании безопасной окружающей среды, вмешательство психологов – обучение релаксационным техникам снижения тревожности, связанной со страхом падения. Очень важный аспект профилактики падений – специальные занятия ЛФК для улучшения равновесия, увеличения силы мышц нижних конечностей, упражнения на растяжение мышц и на проприоцептивную стимуляцию. Система маркировки пациентов, имеющих высокий риск падения позволяет обеспечить информированность об особенностях пациента всех сотрудников больницы. Обязательным элементом работы является подготовка пациента к выписке. В нее входит обучение как себя вести в случае падения, использование «тревожной кнопки»; пациентов обучают вставанию с пола, родственников – помощи при вставании и обустройству жилого помещения. В программу ведения пациентов с высоким риском падения входит также профилактика последствий падения: применение протекторов бедра и лечение остеопороза.

ТЕХНИКИ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ И КИНЕСТЕТИКА

**П. Хроминьски – магистр физиотерапии,
дипломированный групповой тренер – высшая школа
общественной психологии, преподаватель**

*Учебный центр дополнительного профессионального образования
«Европейский центр долгосрочной опеки» г. Москва*

Как физиотерапевт с многолетним опытом очень часто давал советы в вопросах безопасных методов перемещения пациента. Вопрос, который чаще всего появляется у опекуна звучал так: „Как мне безопасно переместить пациента с кровати на коляску или наоборот?“. Ответом на этот вопрос было представление конкретных методов передвижения, в которых заключались правила, говорящие о том, где лежит центр тяжести пациента, где находится наш центр тяжести, как его использовать во время движения, как расположить ноги, как работать ногами, в каком положении надо держать наш позвоночник... и т.д. Все это еще имеет значение, и мы не должны об этом забывать, тем не менее, в этих всех правилах и самом вопросе скрыто очень существенное условие. Во

всех случаях мы ориентируемся на слова: „как мне переместить”, „Я двигаю тяжёлое”, „Я поднимаю”, а мы берем нашего пациента любой движущей силой, и вся нагрузка переносится на наши плечи. К счастью, современное развитие науки позволяет нам эту тему развить, а в некоторых аспектах даже противопоставить её так называемым безопасным техникам перемещения пациента. Здесь ведь появляется новая научная концепция, которую называют КИНЕСТЕТИКА. Ее главная идея состоит в том, что „Человек не может не двигаться”. Таким образом, это наука о „способности бессознательного контроля и управления движениями частей тела” (Брокгауз, 2004). Это означает, что даже несамостоятельный и обездвиженный пациент всегда выполняет определенные движения, а задача воспитателя распознать их, сопереживать и поддержать пациента в его движении. Здесь стоит объяснить значение слова kinestetyka, где первый элемент „kinesis” означает движение, а „aisthesis” означает, ощущение и чувственное восприятие. Это ведь не только чувство движения пациента, через прикосновение, но и использование при этом других чувств, таких как зрение или слух. На этой основе эта новая наука строит комплексное видение подхода к пациенту, которого на самом деле мы все еще можем безопасно передвигать, только в этом случае мы уходим от слова „поднимать пациента” и, прежде всего, мы акцентируемся на том, чтобы правильно определить и использовать имеющиеся у него двигательные возможности, оставив тем самым его общую пассивность. В этом смысле мы должны отвергнуть какую-то конкретную технику перемещения пациента в качестве универсального рецепта, потому что перемещение с кровати на инвалидное кресло может быть сделано в разных вариантах. Концепция кинестетики перед нами открывает большой спектр возможностей, который мы учим для того чтобы использовать для индивидуальных двигательных возможностей пациента. Кинестетика показывает нам путь, а не решение. Это путь к улучшению качества жизни, потому что простирается много дальше, шире и глубже, чем „сухие” методы передвижения. Сосредоточены здесь, на некоторых уже изученных процессах, мелкой моторики. Если кто-то, например, всю свою жизнь он любил ездить на велосипеде, то не теряет этой способности, как человек, страдавший слабоумием, потому что процесс движения вызывает как бы автоматически, и чтобы его вызвать, нужны только соответствующие условия (тот же велосипед и, возможно, окружение). Результаты эмпирических исследований показали также, что, например, если страдающий слабоумием человек сам себя кормит (собственная рука, держит еду и отправляет в рот), непроизвольно открывается рот. Если его кормит кто-то другой, например кто-то из персонала, не открывает рот. Мы видим, что центральную роль в кинестетике играет движение. Именно поэтому кинестетика – это путь, а не решение. Это путь к улучшению качества жизни.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БЕЗОПАСНОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ВЕН

И. В. Животнева – главная медицинская сестра

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России

Сегодня мы хорошо знаем проблемы, связанные с внутрибольничной инфекцией в области Катетер-ассоциированные инфекции кровотока (КАИК). Между тем, нозокомиальная инфекция кровотока остается актуальной проблемой стационаров.

По данным статистики США практические врачи выполняют более 5 млн катетеризаций только центральных вен в год.

В большинстве случаев внутрисосудистые катетеры устанавливают тяжелой категории пациентов, которые не могут принимать лекарства orally, либо в случае необходимости быстрого и точного введения препарата в эффективной концентрации и т.д.

Для предотвращения осложнений при катетеризации важно знать правила выбора вен. Например, измерение гемодинамических показателей инвазивным способом возможно только через центральный катетер, а введение лекарственных препаратов можно начать через периферический катетер.

Все больные должны быть обследованы для выявления факторов, способных препятствовать установке катетера. Конечно же, ни один врач или медицинская сестра не станут намеренно нарушать правила асептики и антисептики при постановке внутрисосудистых катетеров. И тем не менее осложнения все же случаются. На их долю приходится приблизительно 16 % от общего числа внутрибольничных инфекций.

Основные нарушения правил асептики. Нестерильная постановка катетера. Наиболее частыми причинами неудачи, возникновение осложнений при катетеризации периферических вен, является отсутствие практических навыков у медицинского персонала, а так же нарушение методики постановки венозного катетера и ухода за ним. Неправильная обработка рук при использовании катетера. Заглушки катетера и места соединения являются частым источником обсеменения, особенно при длительной катетеризации. Неправильная техника фиксации катетера. Основные положения для профилактики КАИК:

1. Адекватная подготовка пациента и манипулятора.
2. Использование адекватных материалов для фиксации.
3. Смена фиксирующей повязки.
4. Использование окклюзивных повязок.
5. Использование современных катетеров.

6. Закрытие салфетками, смоченными антисептиком всех мест контакта катетеров и удлинителей.

7. Минимизация числа контакта с катетером – грамотная группировка назначений и заборов крови – использование многоходовых кранов, использование удлинителей.

8. Удаление катетера, как только в нем отпадает необходимость

Было доказано, что именно такой подход при катетеризации вен снижает число инфекционных осложнений и позволяет экономить 170\$ при каждой установке катетера.

Внедрение современных принципов ухода за внутрисосудистыми катетерами в практическую деятельность лечебных учреждений, а также внедрение общепринятого протокола позволит существенно снизить количество осложнений, связанных с КАИК.

Сестринское исследование.

Использование повязок со спонжем, пропитанным раствором хлоргексидина, а также более редкие (1 раз в 7 дней) смены повязки на центральном венозном катетере (ЦВК), позволяют достоверно снизить частоту инфекций кровотока, связанных с ЦВК (CLABSI) 1. Однако в повседневной практике, как правило, сложно обеспечить эффективное функционирование повязки на ЦВК более 2–3 дней, а длительный контакт кожи с хлоргексидином может приводить к ее повреждению.

Цель: сравнить качество ухода за ЦВК у больных в ОРИТ при использовании различных методов фиксации катетера.

Методы: Открытое контролируемое рандомизированное исследование проведено в ОРИТ многопрофильного госпиталя в период с августа 2014 года по декабрь 2014 года. Сравнили два способа фиксации ЦВК: стандартный способ фиксации с применением прозрачной повязки (группа I) и способ фиксации с применением прозрачных повязок с гелевой подушкой, пропитанной хлоргексидина глюконатом с предварительным нанесением на кожу жидкости, создающей полимерную защитную пленку (группа II). Частота смены повязки каждые 7 суток или немедленно при отклеивании центральной части повязки и/или наличии влаги под повязкой. В качестве первичных исходов оценены длительность эксплуатации повязки, надежность фиксации, состояние места установки ЦВК, предпочтение медицинских сестер в выборе повязки. В качестве вторичных исходов изучена частота CLABSI и частота колонизации катетера при его микробиологическом исследовании.

Результаты: Включено 60 взрослых больных, исследовано 60 катетеров, 533 катетеро-дня. Длительность эксплуатации повязки была достоверно выше

в группе II по сравнению с группой I: 6,3 (95 %ДИ 5,7–6,9) дня. против 2 (95 %ДИ 1,6–2,4) дней., $p < 0,001$.

Состояние повязки ЦВК перед ее удалением представлено в таблице.

Оценка состояния фиксирующей повязки перед ее заменой

Признак	Группа I (n=30)	Группа II (n=30)	p
Отсутствие отклеивания, абс. число (%; 95 %ДИ)	11 (36,7; 18,4–55)	21 (70; 52–88)	<0.01
Преждевременное отклеивание краев повязки, абс. число (%; 95 %ДИ)	4 (13,3; 0,2–26,4)	7 (23,3; 7,2–39,4)	>0.05
Преждевременное отклеивание центральной части повязки, абс. число (%; 95 %ДИ)	17 (56,7; 38–75,4)	2 (6,7; –2,6–16)	<0.001
Наличие влаги под повязкой, абс. число (%; 95 %ДИ)	6 (20; 5,1–34,9)	0	<0.01

Частота гиперемии кожи под повязкой не отличалась в группах исследования. По итогам анкетирования все 14 медсестер, принявших участие в исследовании, отдали предпочтение повязке с хлоргексидином. Длительность эксплуатации ЦВК была сравнима в обеих группах, медиана 8 (IQR 6–11) дней. Частота CLABSI в группе II была достоверно ниже, чем в группе I: 8,1/1000 против 20,6/1000 катетеро-дней (RR 0,39, 95 % CI, 0,17–0,87). Частота микробной колонизации удаленных ЦВК в обеих группах была одинаковой: 37/1000 (группа I) и 37,3/1000 (группа II) катетеро-дней (RR 1,0, 95 % CI, 0,64–1,56).

Выводы: Применение фиксирующих повязок со спонжем, пропитанным хлоргексидином, позволяет качественно улучшить уход за ЦВК, достоверно сократить частоту смены повязки без увеличения риска контаминации ЦВК, а также снизить риск развития CLABSI.

ОБУЧЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ ОСНОВ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ, КАК ПОВЫШЕНИЕ СТЕПЕНИ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТА (ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ НА БАЗЕ БОЛЬНИЦЫ)

А. Н. Фролов – старший фельдшер

ГБУЗ «СС и НМП им. А.С. Пучкова ДЗ г. Москвы»

Г. Б. Плетминцева – главная медицинская сестра

ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗ г. Москвы»

Тема качественного оказания экстренной доврачебной помощи при внезапной остановке сердечной деятельности очень актуальна для медицинских работников. Существует момент неуверенности в своих знаниях, а главное в практических умениях проведения сердечно-легочной реанимации (далее – СЛР) и ее эффективности, отсутствии возможных осложнений и юридических последствий.

Основными целями пилотного проекта, который стартовал в феврале 2017 года, являются: изучение ситуации по разделу знаний и умений оказания базовой СЛР средним медицинским персоналом больницы, обучение персонала правилам и технике оказания СЛР, составление алгоритмов действий персонала при критическом состоянии у пациентов в различных условиях и как следствие повышение безопасности пациентов.

Выполнение целей проекта предполагает закрепление знаний в проведении базовой СЛР, а также повышение уровня оказания экстренной медицинской помощи пациентам средним медицинским персоналом.

Организаторы программы: администрация ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗ г. Москвы» и ГБУЗ «СС и НМП им. А.С. Пучкова ДЗ г. Москвы».

Участники программы: средний медицинский персонал больницы и специалисты СС и НМП им. А.С. Пучкова г. Москвы.

Задачи программы:

- выявление уровня знаний до и после проводимого обучения
- выявление ошибок при проведении СЛР
- выработка тактики поведения персонала при ситуациях, связанных с оказанием экстренной помощи пациентам при возникновении ситуаций в различных условиях
- отработка алгоритмов поведения в различных ситуациях, связанных с проведением СЛР

– организация сбора данных о случаях оказания СЛР при внезапной остановке сердечной деятельности в отделениях и подразделениях больницы (вне отделений анестезиологии и реанимации), для анализа оказанной помощи, выявления и устранения ошибок

На начальном этапе проекта было проведено анкетирование всех групп специальностей среднего медицинского персонала (медицинские сестры, медицинские сестры-анестезисты, акушерки, операционные сестры, фельдшеры-лаборанты, рентгенолаборанты) по вопросам опыта оказания СЛР, уверенности в своих знаниях и умениях и необходимости обучения СЛР на данном этапе времени. В анкетировании приняли участие 250 специалистов. Проведен анализ полученных результатов, который показал средний уровень знаний и умений среднего медперсонала по оказанию СЛР, при этом самый высокий результат у акушерок, а самый низкий у специалистов параклинических отделений больницы, при этом подавляющее количество респондентов отметило необходимость проведения обучения по вопросам оказания СЛР пациентам и разработку четких алгоритмов действий при оказании экстренной доврачебной помощи пациентам при внезапной остановке сердечной деятельности в отделениях и подразделениях (вне отделений анестезиологии и реанимации), а также на территории больницы.

После проведенного анкетирования было начато обучение среднего медперсонала в группах по 15 человек в рамках одного занятия продолжительностью 2 часа, на базе и специалистами Подстанции скорой медицинской помощи № 6, с использованием симуляционного оборудования и отработкой полученных знаний каждым специалистом в группе. После занятия проводится анкетирование для оценки полученных знаний. Результат анкетирования показывает высокий уровень знаний и умений по оказанию СЛР.

На следующем этапе реализации проекта были разработаны алгоритмы действий среднего медперсонала в случаях необходимости проведения СЛР, при участии рабочей группы, в которую вошли врачи анестезиологи и реаниматологи больницы, врачи и фельдшеры «Подстанция № 6 скорой медицинской помощи ВАО г. Москвы», а также медицинские сестры – анестезисты больницы.

Подводя промежуточные итоги проекта, можно сказать, что проведенные мероприятия по повышению уровня знаний и умений среднего медперсонала больницы можно считать эффективными и позволят повысить уровень оказания экстренной доврачебной помощи при внезапной остановке сердечной деятельности у пациентов в отделениях и подразделениях (вне отделений анестезиологии и реанимации), а также уверенность медперсонала в своих действиях. Регулярное проведение проверки сохранения знаний и навыков

оказания СЛР медперсоналам в отделениях и подразделениях больницы повысит уровень безопасности пациентов при получении медицинской помощи.

При реализации проекта, который продолжается по настоящее время, выявился ряд организационных проблем, которые были решены совместно организаторами программы из чего получен опыт, который может помочь всем заинтересовавшимся программой в их решении.

ПРОФИЛАКТИКА РИСКОВ, СВЯЗАННЫХ С ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ, КАК ХИРУРГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА

Л. А. Гордиевская – старшая операционная медицинская сестра

ГБУЗ ТО «ОКБ№ 1» г. Тюмень

Проблемы, связанные с хирургической помощью, являются распространенными, смертельно опасными и при этом предотвратимыми во всех странах и во всех медицинских организациях. Наибольшие риски при хирургических вмешательствах связаны с неадекватной практикой обеспечения безопасности при анестезии, послеоперационными инфекциями, тромбоэмболией, а также плохой коммуникацией между членами операционной бригады, медицинского персонала, оказывающего помощь в послеоперационном периоде. Операционный блок в хирургии конкретной медицинской организации оснащается с учётом его деятельности, объёма и специфики работы. Медицинский персонал, участвующий в проведении хирургического вмешательства и участвующий в уходе, должны сотрудничать – не только делиться информацией о пациенте, но и интегрировать свою работу в общий процесс выхаживания. В конечном итоге работа в операционной – часть большого процесса, в котором участвуют представители других отделений – послеоперационной реабилитации, лабораторных исследований, неотложной помощи, интенсивной терапии и другие специалисты.

Успех хирургической операции зависит от слаженности работы хирургической команды, здесь каждый знает свою роль и свои цели.

Критерии результативной работы в операционной – четкая организация деятельности с точным обозначением заданий и контролем времени их выполнения, тщательно спланированная подготовка мероприятий, сведение к минимуму перерывов в работе, грамотное ведение учетно – отчетной документации, периодическая самооценка и внутренний аудит.

Для их соблюдения крайне важно понимать функциональные и компетентные различия основных членов команды, принципы их иерархии и соподчинения. В центре команды операционного блока всегда пациент.

Критерии эффективно работающей команды:

- Чёткая формулировка задач;
- Единое представление об общекомандных целях и задачах, перспективах развития;
- Личная мотивация каждого члена команды;
- Личная ответственность за выполнение своих обязанностей;
- Единый лидер;

Сфера ответственности каждого члена команды.

На основании рекомендаций ВОЗ в ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» был разработан и внедрен в практику лист контрольных вопросов, направленный на обеспечение безопасности пациентов.

Использование чек – листа в операционной исключает хирургические ошибки при проведении операций, снижает риск возникновения послеоперационных осложнений (хирургическая инфекция, термические ожоги), снижает риск возникновения анафилактического шока.

Чек – лист состоит из контрольного перечня мер, который обеспечивает безопасность пациента в операционной.

Все вопросы контрольного листа делятся на три группы, т.е. три этапа: перед началом операции, перед ушиванием раны, после ушивания раны. Данный лист заполняется координатором – операционной медицинской сестрой.

Введение в работу чек листа обеспечивает контроль за безопасностью пациента, тем самым повышая качество работы сотрудников операционного блока

Конечная цель чек – листа по хирургической безопасности – создать условия, при которых хирургические команды будут последовательно выполнять небольшое число важных мер и тем самым сводить к минимуму предотвратимые риски, создающие угрозу для жизни и благополучия пациентов.

Не преуменьшая значимости хирурга, можно с уверенностью утверждать, что в быстром и надежном освоении той или иной операции, очень много зависит от операционной медсестры. Новые медицинские технологии и методы лечения требуют высокого профессионализма.

Сегодня операционной медицинской сестре необходимо знать большое количество инструментария и расходного материала, а также принципы работы ушивающих устройств, используемых для гемостаза и т.п.

Успех операции во многом зависит не только от квалификации хирурга, но и степени подготовленности операционной медицинской сестры, необходимого медицинского инструментария и аппаратуры, четкости работы медицинской сестры во время операции. В таких случаях приходит на выручку высокая грамотность медицинской сестры, постоянная работа над собой.

Важно подчеркнуть, что, хотя операции выполняются хирургами различного профиля, операционные медицинские сёстры обладают универсальной подготовкой и знают ход всех операций, проводимых в операционном блоке.

Работа по повышению квалификации и аттестации операционных медицинских сестёр носит постоянный характер.

Интенсивное обучение на месте имеет исключительно большое значение, т.к. знания помогают следовать принципу «делать правильно с первого раза».

Важнейшим методом повышения квалификации является самоподготовка, изучение специальной литературы.

КРИТИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ, ВОЗНИКШИЕ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИИ: ДЕЙСТВИЯ МЕДПЕРСОНАЛА

М.Я. Земцовский – заведующий

Е.С. Ипатова – старшая медицинская сестра

*ГБУ АО «Архангельский клинический онкологический диспансер»
отделение анестезиологии – реанимации*

Критические ситуации или осложнения, возникшие во время анестезии, это ситуации, которые возникли неожиданно, внезапно, как говорится, когда «ничего не предвещало беды». Бывает так, что подобные ситуации создаются преднамеренно и являются управляемыми: например, отключение дыхания миорелаксантами во время анестезии – это ожидаемая стандартная ситуация.

Общую анестезию можно описать простой фразой: «Наладить капельницу, вставить трубку в трахею и обеспечить достаточное количество кислорода». Многим анестезиологам не нравится такое несерьёзное описание их работы, хотя оно подчеркивает значение катетеризации сосудов и обеспечения проходимости дыхательных путей для проведения безопасной анестезии: если что-то одно из этого не налажено, начинаются осложнения, если проблема и с тем и с другим, то высока вероятность катастрофы.

Каждая проблема независимо от наличия скрытых обуславливающих ее обстоятельств «запускается» тем или иным событием. Их источниками могут служить: пациент, само хирургическое вмешательство, анестезия и оборудование.

Хирургическое вмешательство само по себе является мощным стимулятором многих патофизиологических реакций, в частности, гипертензии, тахикардии, ларингоспазма и бронхоспазма. Проблемы, связанные с медицинской патологией пациента, могут усугубляться под влиянием обычных действий

хирурга. Незапланированные события, такие как сдавление органов во время операции или случайное пересечение жизненно важных структур, могут быстро перерасти в серьезную проблему.

Кроме того, сама анестезия может усугубить проблемы пациента даже при отсутствии сколько-нибудь значительных заболеваний. Правильные или ошибочные действия анестезиолога могут подвергнуть пациента прямому риску, как, например, бывает при катетеризации центральной вены, что несет в себе риск пневмоторакса. По ходу операции проблемы могут быть спровоцированы сложными, но вполне обычными процедурами, такими как поворот больного в положение лицом вниз. У пациентов в состоянии наркоза и нейромышечного блока защитные механизмы снижены или ограничены, что делает их организм особенно уязвимым.

Еще одним из источников возникновения критических ситуаций во время проведения анестезии может быть оборудование. Поддержание наркоза и мониторинг витальных функций пациента осуществляются с помощью электро-механического оборудования. В случае выхода из строя этого оборудования пациенту может быть причинен непоправимый вред. Однако весьма редко сама по себе поломка оборудования может сразу же навредить пациенту. Примерами такого рода может служить электроожог, пожар, ситуации с превышением допустимого давления в дыхательных путях. Значительно чаще поломка оборудования прекращает поддержание витальных функций либо их мониторинг, что теоретически при своевременном распознавании и наличии функционирующих резервных систем может быть осуществлено и другими средствами. Неполадки с оборудованием часто обостряют другие трудности, отвлекая внимание анестезиста, либо требуют время для ремонта приборов, которые в свою очередь вышли из строя.

Наиболее эффективная тактика предупреждения проблем заключается в ориентации на индивидуальные особенности каждого конкретного случая. Анестезиолог осуществляет контроль за факторами риска и при необходимости вносит соответствующие коррективы. Этот контроль распространяется на пациента, хирурга и самого анестезиолога, а также на оборудование. Анестезиолог начинает работу с традиционных форм принятия медицинского решения во время предварительного осмотра пациента и планирования анестезии. В процессе осмотра он учитывает общий статус пациента, срочность хирургического вмешательства и возможность снижения риска анестезии при помощи каких-либо дополнительных лечебных или диагностических мероприятий. Это решающая возможность предотвратить нежелательный исход. Если операция может быть начата, остается немало дополнительных превентивных мер, которые следует предпринять при особых ситуациях

(например, прием Селлика у пациента с полным желудком) или при подготовке к конкретному хирургическому вмешательству (например, использование двухпросветной интубационной трубки при торакальных операциях). Очень важно, чтобы каждый анестезиолог и медицинская сестра владели отработанным алгоритмом действий с тем, чтобы не упустить ни одной из возможных превентивных мер.

В предполагаемой критической ситуации хирург и анестезиолог должны честно определить, достаточны ли их способность, форма и подготовленность для планируемой операции. При возникновении, каких-либо проблем важно, чтобы была возможность обратиться за помощью к более опытным коллегам.

Тщательная проверка всего оборудования для поддержания жизненно важных функций должна рассматриваться как абсолютно обязательная мера перед каждой анестезией. Это одна из первых и важных обязанностей анестезиологической бригады перед проведением анестезии. Кроме того, необходимо убедиться в наличии запасного оборудования для поддержания всех жизненно важных функций.

Очень часто на анестезиолога оказывается внутреннее или внешнее давление, принуждающее его быстро осуществлять план операций с минимумом отмен и максимальным сокращением времени между операциями. Если он уступает этому давлению, его предоперационная оценка пациента или проверка оборудования может оказаться неадекватной. Даже если предоперационный осмотр выполнен, под открытым или скрытым нажимом хирургов (или кого-то еще), убеждающих его действовать, несмотря на наличие серьезных и неконтролируемых медицинских проблем, анестезиолог иногда соглашается на риск.

Было проведено исследование личного опыта калифорнийских анестезиологов относительно испытываемого ими давления обстоятельств. Около 49 % респондентов были свидетелями ситуаций, когда безопасность пациента оказывалась под угрозой вследствие давления, оказываемого на анестезиолога. Более того, 32 % сами испытали мощное давление со стороны хирурга при попытке отменить операцию;

36 % указывают на сильный или интенсивный внутренний импульс «следовать настоянию хирурга» и 45 % сообщают, что их настойчиво уговаривали избежать откладывания операции. Примечательно, что 20 % согласились с утверждением: «Если я откажусь от участия в операции, я рискую своими дальнейшими взаимоотношениями с хирургом». Очевидно, что играют роль также и экономические механизмы давления.

Давление обстоятельств приводит анестезиста к спешке, что является еще одной психологической предпосылкой небезопасных действий.

Несмотря на попытки предупредить проблемы в процессе анестезии, опыт показывает, что большей частью они все же возникают, отличаясь только степенью тяжести. Умение находить выход в критических ситуациях является наиболее сложным и важным требованием к анестезиологу и медицинской сестре анестезисту.

Какие бывают осложнения во время анестезии и можно ли это предвидеть. Три самых главных ключа к безопасной анестезии – это дыхательные пути, дыхательные пути и еще раз дыхательные пути. Около 40 % случаев анестезиологических осложнений и летальных исходов обусловлено неожиданно возникшими проблемами с проходимостью дыхательных путей. Осложнения со стороны органов дыхания могут быть различного генеза. Они довольно часто встречаются в начале анестезии и обнаруживаются на любом этапе операции. Некоторые из них можно обнаружить сразу, другие же протекают скрыто.

В отделении анестезиологии – реанимации Архангельского клинического онкологического диспансера в 2016 году в 8 случаях из 3306 анестезий возникало такое серьезное осложнение, как бронхоспазм, что составило в процентном соотношении 0,2 %.

Бронхоспазм – одно из самых тяжелых и, к счастью, редких осложнений наркоза. Воздух или кислород с большим трудом поступает в альвеолы через суженные бронхиолы, но почти не может выйти из альвеол, так как при выдохе бронхиолы еще больше суживаются, чем при вдохе. Это приводит к расширению легких – острой эмфиземе, кислородному голоданию и накоплению большого количества углекислоты (гиперкапния). Грудная клетка все время расширена, как при вдохе. При надавливании на дыхательный мешок ощущается очень сильное сопротивление, и в легкие не удается ввести даже немного кислорода. К причинам возникновения бронхоспазма можно отнести введение прозерина без атропина, большой дозы морфина, применение веществ, которых относят к гистаминолибераторам.

Действия врача анестезиолога и медсестры анестезиста вовремя распознать это серьезное осложнение и купировать его, путем введения лекарственных препаратов. Медсестра-анестезист должна обеспечить готовность срочного введения адреналина, санации ТБД и применения дефибриллятора при выполнении любой операции. Большинство осложнений возникает в ходе поддержания анестезии, а не во время индукции или пробуждения, т.е. они часто обусловлены утратой бдительности.

Выделяют следующие стратегии, позволяющие снизить риск тяжелых осложнений анестезии: усовершенствование интраоперационного мониторинга и методик анестезии; улучшение образования анестезиологов и медицинских сестер анестезистов; разработка более подробных протоколов

и стандартов; внедрение специальных программ управления риском. Усовершенствование мониторинга и методик анестезии достигается за счет более внимательного наблюдения за пациентом, применения современных мониторов и наркозных аппаратов, эргономичной организации рабочего места.

ОБЕСПЕЧИВАЯ СТЕРИЛЬНОСТЬ – МЫ ЗАЩИЩАЕМ ЗДОРОВЬЕ

Е. В. Колпакова – заведующая

*ГБУ АО «Архангельский клинический онкологический диспансер»
централизованное стерилизационное отделения*

Государственное бюджетное учреждение Архангельской области «Архангельский клинический онкологический диспансер» (ГБУ АО «АКОД») – это мощное современное многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, занимающееся специализированным комплексным лечением больных с онкологической патологией. Кроме того, это организационный методический центр всей региональной онкологической помощи.

Ежедневная работа современного медицинского учреждения предполагает налаженный на постоянной основе комплекс мер по стерилизации хирургических инструментов и предметов ухода за пациентами. Централизованное стерилизационное отделение (ЦСО), оснащенное современным высокопроизводительным оборудованием – это радикальное решение проблемы профилактики ВБИ с парентеральным механизмом передачи.

В ноябре 2011 года в ГБУ АО «АКОД» было организовано и начало работать централизованное стерилизационное отделение. Кадровое обеспечение средним медперсоналом в отделении 100 %. Текучести кадров среднего медперсонала нет, что говорит о правильной организации труда. В отделении работают высококвалифицированные медицинские сестры с большим стажем работы, которые проработали много лет в хирургических подразделениях. Все медицинские сестры отделения имеют квалификационную категорию и сертификаты.

Отделение расположено на первом этаже хирургического корпуса, в непосредственной близости от операционного блока и отделения анестезиологии – реанимации, по принципу шаговой доступности и обслуживает все подразделения диспансера.

Стерилизация изделий медицинского назначения в медицинской организации – сложный многоступенчатый процесс, состоящий из нескольких этапов, каждый из которых определяет качество стерилизации.

Основными направлениями работы отделения является:

- Обеспечение стерильным медицинским инструментарием и материалами всех подразделений ГБУ АО «АКОД».
- Приём использованного и предварительно очищенного инструментария.
- Дезинфекция и предстерилизационная очистка, контроль качества, упаковка и стерилизация медицинского инструментария, белья, перевязочного материала.
- Выдача стерильного материала подразделениям диспансера.

Одним из основных принципов организации ЦСО является зональное деление помещений и строгое соблюдение поточности обрабатываемых изделий. Для обеспечения обособленного движения медицинских изделий созданы, разделенные технологическим оборудованием, шлюзами, санпропускниками следующие зоны: «Условно Грязная зона», «Чистая зона», «Стерильная зона». Каждая из зон имеет свой набор помещений и оборудования. Транспортные потоки при этом не пересекаются, что исключает риск повторной контаминации стерильных медицинских изделий.

Процесс предстерилизационной обработки в нашем отделении автоматизирован и проводится в моечно-дезинфицирующих машинах. Применение в работе моечно-дезинфекционных машин обеспечивает эффективную предстерилизационную очистку ИМН и высвобождает значительную часть медицинского персонала в подразделениях диспансера. Моечно-дезинфицирующие машины оправдывают себя не только с медицинской точки зрения, но и экономической. Полный цикл обработки включает в себя дезинфекцию, предстерилизационную обработку и сушку инструментов.

Четкость организации и выполнения работ по обеспечению требуемой чистоты медицинского инструментария перед стерилизацией определяется результатами контроля качества ПСО. Проверяется минимум 1 % от одновременно обработанных изделий одного наименования. После чего, производится комплектование наборов и упаковка изделий. Инструментарий проверяется визуально (целостность, коррозия), при необходимости обрабатывается спреем-лубрикантом. Неисправные, с коррозией инструменты изымаются и возвращаются в подразделение, с указанием причины возврата.

В «Чистой зоне» имеется оборудование для упаковочного процесса – настольные термозапаивающие машинки для герметизации ламинатно-бумажных пакетов и держатели-нарезчики комбинированных пакетов. Для упаковки применяются современные упаковочные материалы: крепированная бумага, комбинированные пакеты, обладающие прекрасными барьерными свойствами и высокой механической стабильностью. Они обеспечивают сохранение

стерильности изделий после стерилизации, во время транспортировки, хранения, до момента использования.

Завершающим этапом обработки является стерилизация. ЦСО оборудовано тремя паровыми форвакуумными стерилизаторами и газовым стерилизатором, проходного типа. Стерилизаторы отвечают следующим требованиям:

- автоматическое микропроцессорное управление;
- воздух из камеры удаляется форвакуумным методом;
- стерилизационная камера проходного типа;
- режимы проверки качества работы стерилизатора;
- наличие системы документирования цикла стерилизации с фиксацией фактически выполненных критических параметров во всех фазах процесса стерилизации;
- механизированная загрузка и выгрузка стерилизуемых материалов и изделий;
- возможности вывода на дисплей панели стерилизатора и фиксации кода ошибок, возникших во время цикла стерилизации, и распечатки их на принтере.

Наличие автоматической регистрации цикла стерилизации и ошибок имеет большое значение не только для персонала ЦСО и администрации лечебного учреждения. Полученные этим способом данные являются юридическим документом, необходимым при разборе случаев внутрибольничного инфицирования с участием страховых компаний. Каждый цикл стерилизации фиксируется в журнале учета стерилизаций. Цель записей – создание возможностей ретроспективного восстановления и контроля правильности стерилизационных мероприятий для любого изделия, простерилизованного когда-либо в ЦСО.

Одним из важнейших аспектов работы стерилизационного отделения является контроль качества и эффективности всех этапов обработки. Контроль качества стерилизации – соблюдение всех критических параметров стерилизации. Для получения объективной оценки качества стерилизации ее контроль должен проводиться комплексно: физическими, химическими, бактериологическими методами. В нашем отделении для контроля качества стерилизации применяются химические многопараметрические индикаторы 5 класса, реагирующие на все критические параметры стерилизации. Для бактериологического контроля применяются биологические индикаторы.

Важным моментом персонала ЦСО, является решение вопросов защиты простерилизованных изделий от реинфицирования и четкое выполнение требований к работе в «Стерильной зоне». Эта работа проводится постоянно на всех этапах подготовки, стерилизации и использования стерильных ИМН.

Разработанные правила упаковки и укладки различных видов стерилизуемых изделий, использование современных упаковочных материалов, введение жестких правил при разгрузке в стерильной зоне, комплектовании и транспортировке простерилизованных изделий, а также правил их использования в клинических отделениях сводит к нулю случаи реинфицирования стерильных материалов. Организация стерилизационных мероприятий в целом определяет качество лечебной помощи.

Правильная организация стерилизационного процесса в лечебном учреждении напрямую зависит от технического обеспечения (степени механизации и автоматизации) медико-технологического процесса получения стерильных материалов и инструментария является надежным тылом медицинской организации, и его главным помощником в борьбе с ВБИ.

В систему инфекционного контроля входит комплекс санитарно-эпидемиологических мероприятий, надежно препятствующих возникновению и распространению ВБИ. В соответствии с планом производственного контроля в диспансере. Контроль за санитарно – эпидемиологическим состоянием ЦСО складывается из:

- самоконтроля: грамотного и педантичного выполнения мероприятий, необходимых для предупреждения ВБИ в стационаре;
- контроля заведующего отделением ЦСО за организацией работы медсестры;
- производственного контроля главной медицинской сестры;
- контроля со стороны Совета медицинских сестер диспансера;
- контроль эпидемиолога диспансера;
- контроля Роспотребнадзора.

Считаю, хороших результатов в работе можно добиться правильной организацией труда, последовательностью в работе, знанием и выполнением приказов санитарно-эпидемиологической службы, постоянным совершенствованием и повышением квалификации, и передачей своего опыта коллегам. Сестринские технологии очень динамичны, а разнообразие и объемы деятельности медсестры ЦСО постоянно требуют пополнения запаса знаний, повышения профессионального уровня. Персонал ЦСО имеет хорошую теоретическую подготовку и практический навык использования современных средств и методов стерилизации изделий медицинского назначения, согласно плана активно участвуют в подготовке и проведении учебных конференций.

С внедрением новых технологий в централизованном стерилизационном отделении повысилось качество медицинской помощи: безопасность, удобство в выполнении манипуляций, возможность для большего соблюдения

стерильности и безопасности хирургических вмешательств, что в целом определяет качество лечебной помощи.

Оперативность, профессионализм, надежность, ответственность – этими словами можно охарактеризовать работу централизованного стерилизационного отделения Архангельского клинического онкологического диспансера, которое ежедневно выполняет колоссальную работу по дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения. Обеспечивая стерильность, мы защищаем здоровье!

ВНЕДРЕНИЕ СТАНДАРТНЫХ ОПЕРАЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР (СОП) КАК ЭЛЕМЕНТ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Т. А. Пайбакова – к.м.н., главная медицинская сестра

ГБУ РМЭ «Республиканская станция переливания крови»

Стандартные операционные процедуры (СОПы) – документально оформленные инструкции по выполнению рабочих процедур или, иными словами, формализованные алгоритмы выполнения действий, исполнения требований стандартов медицинской помощи. СОПы разрабатываются и опираются на нормативные документы, ГОСТы, ИСО и методические рекомендации. Наличие СОПов является обязательным требованием индустриальной системы управления качеством Деминга, входит элементом в ИСО/МЭК 9000. Разработка СОПов особенно актуальна на уровне медицинских организаций. Обусловлено это, прежде всего, необходимостью рационального выбора и применения адекватных (современных эффективных, безопасных и экономически приемлемых) медицинских технологий в условиях ресурсов организации, и являются неотъемлемым инструментом качества оказания медицинской услуги. Реализация подходов внедрения системы качества и СОП в сестринском деле на уровне Республики Марий Эл в масштабах охвата всех медицинских учреждений началась в 2017 году и показала хорошие результаты.

Программой развития сестринского дела в РФ на 2010–2020 гг. определен ряд задач, которые позволяют не только модернизировать сестринское дело в нашей стране, но, и создают мощный импульс для его инновационного развития. К приоритетным задачам современного развития сестринского дела можно отнести:

Формирование условий для повышения эффективности и усиления роли сестринского персонала в оказании медицинской помощи населению путем совершенствования нормативно–правовой, организационно–методической и материально – технической базы сестринской деятельности, использования

современных и экономически приемлемых организационных форм и ресурсосберегающих технологий в работе сестринского персонала, обеспечивающих качество медицинской помощи, её профилактическую направленность, повышение удовлетворенности населения предоставляемыми медицинскими услугами.

Актуальность валидации процессов по уходу за пациентами на сегодняшний день не вызывает никаких сомнений.

Внедрение СОП в практическую деятельность позволяет неотступно соблюдать все требования нормативно-правовой документации, своевременно и качественно выполнять медицинские манипуляции, направленные на выздоровление пациента.

СОП отвечает на 3 вопроса:

1) **кто?** (участвует в реализации, выполняет его требования - в частности операционная сестра) и **что?** (какие ресурсы необходимы для его реализации – например подготовки к операции на лапаратомию по поводу ЖКБ);

2) **где?** (в каком подразделении, отделении медицинской организации следует выполнять требования СОПа);

3) **когда?** (в какой временной промежуток необходимо уложиться, выполняя требования СОПа, в какой последовательности).

Вся последовательность действий описываются пошагово, включая все расходные материалы. СОП – незаменимый инструмент при обучении нового сотрудника. Процесс обучения персонала упрощается – все документально описано шаг за шагом. В экстренной ситуации нет необходимости искать знания в справочнике или бежать за коллегой, все прописано в СОП.

Задокументированные СОП обеспечивают:

- Согласованность
- Правильность
- Качество

Ввиду вступления в силу Приказа Минздрава России от 31.08.2016 № 646н «Об утверждении Правил надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения» весной этого года перед руководителями сестринских служб всех медицинских организаций республики стояла сложная задача по разработке внедрению СОПов по надлежащей практике хранения и перевозке лекарственных препаратов для медицинского применения.

Под руководством главного специалиста по сестринскому делу МЗ РМЭ и председателя РОО «Ассоциации средних медицинских работников РМЭ» Кузьминых Е.Я., главного специалиста по лекарственному обеспечению МЗ РМЭ Королевой Т.Е., опытных педагогов и наставников из медицинского

колледжа была создана команда из главных сестер и был разработан единый пакет документов, состоящий из нескольких СОП и готовый к практическому применению в каждой медицинской организации.

Цель:

- обеспечение качества, безопасности и эффективности лекарственных препаратов,
- минимизация риска проникновения фальсифицированных, недоброкачественных, контрафактных лекарственных препаратов в гражданский оборот;

Виды СОП, которые были разработаны и успешно внедрены в работу всех учреждений:

- Порядок приемки лекарственных средств и осуществление приемочного контроля;
- Описание процесса хранения лекарственных препаратов в структурных подразделениях;
- Порядок ведения записей, журналов, отчетов и их хранение при ведении учета и оборота лекарственных препаратов для медицинского применения;
- Проведение процедуры уборки в помещениях временного хранения лекарственных препаратов для медицинского применения;
- Порядок обслуживания и поверки измерительных приборов для контроля условий хранения лекарственных средств;

Важно

- Размещение Размещать СОП обязательно необходимо непосредственно в месте выполнения работ.
- Знакомить с СОП новых сотрудников с обязательной подписью об ознакомлении.
- Пересматривать и улучшать СОП при появлении новых нормативных документов, изменении технологий.

Рабочий СОП **незаменим при обучении нового сотрудника** или при необходимости срочно заменить кого-то, а также это прекрасный способ отслеживать любые отклонения от нормы, **проводить внутренний контроль качества** (ошибки, брак, задержки и т.д.)

Внедрение СОПов в практическую деятельность медицинской сестры позволяет руководителю сестринской службы прогнозировать объем работ сотрудников и контролировать процесс постоянного повышения качества. Формирование и повсеместное использование ясных, четких, отвечающих современному времени стандартных операционных процедур может стать одним из действенных элементов системы управления качеством медицинской помощи.

ЗНАЧИМОСТЬ БЛОКА РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В РАБОТЕ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

Е.А. Пономарева, Н.В. Нечаева, С.А. Наумов

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского
края «Клинический кардиологический диспансер» г. Пермь*

Актуальность: Снижение сердечно-сосудистой смертности является приоритетной задачей здравоохранения Пермского края. Во многом это связано с применением современных технологий и эффективных методов лечения, соответствующих международным стандартам и рекомендациям. В последнее десятилетие сделан огромный шаг в развитии диагностики и лечения пациентов с сердечно – сосудистыми заболеваниями. Наиболее эффективной считается помощь в первый час инфаркта, поскольку это позволяет достигать максимально ощутимых результатов. Такой принцип лёг в основу идеологии функционирования региональных сосудистых центров.

Цель: Показать значимость регионального сосудистого центра. Оказание своевременной и качественной медицинской помощи средним медперсоналом блока реанимации и интенсивной терапии, пациентам с сердечно – сосудистыми заболеваниями. Организация командной работы блока реанимации и интенсивной терапии.

Методы: Формирование коллектива среднего медперсонала с продвинутой базовой подготовкой, которая обеспечит общую культуру работы, а также обязательного непрерывного усовершенствования. Разработка алгоритмов сестринских манипуляций, и рекомендаций по уходу за пациентами, применяемыми при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Результаты: Работа медсестер в отделении требует нескольких специальных качеств: способности осваивать новые знания и навыки, умения работать в команде с врачом, быстро реагировать, а также определенных организационных способностей. Среди медсестер блока интенсивной терапии высока заинтересованность в постоянном повышении своего профессионального уровня. Рабочее место медицинской сестры оснащено всем необходимым, чтобы повысить качество сестринского ухода. Непрерывный учебный процесс вырабатывает у сестринского персонала умение ориентироваться в нестандартных условиях, анализировать возникающие проблемы самостоятельно разрабатывать и реализовать управленческие решения. Такая работа дает положительные результаты, способствует профессиональному росту медсестры.

Выводы: Применение современных технологий в практической деятельности помогает значительно повысить оказание своевременной

и качественной медицинской помощи, средним медперсоналом, облегчает труд медицинской сестры, сохраняя время и, главное, здоровье среднего медицинского персонала, работающего с тяжелобольными пациентами.

БЕЗОПАСНАЯ БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА И ПАЦИЕНТОВ

А. Ю. Пурасова – медицинская сестра-анестезист

Н.А. Шапошникова – медицинская сестра-анестезист

*Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования
Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Смоленск)*

Безопасной больничной средой называется среда, которая в наиболее полной мере обеспечивает пациенту и медицинскому работнику условия комфорта, и безопасности, позволяющие эффективно удовлетворять все свои жизненно важные потребности. Такая среда создается организацией больничного/стационарного режима и проведением определенных мероприятий.

Режим лечебных учреждений (стационарный/больничный режим) складывается из следующих элементов:

1. Санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, который включает:

- эпидемиологический режим;
- санитарный режим;
- личную гигиену пациентов и персонала;

2. Лечебно-охранительного режима.

- Режим эмоциональной безопасности для пациента и для медперсонала.
- Правила внутреннего распорядка стационара и выполнения манипуляции.
- Правила безопасности при выполнении манипуляций (снижение риска травм, падений, поражений электрическим током, ожогов и отравлений).

- Режим рациональной двигательной активности: двигательной активности пациента (строгий постельный, постельный, палатный и общий режим).

- Правила биомеханики для безопасного передвижения пациента и медперсонала: (транспортировка и перемещение пациента).

- Принципы медицинской этики.

Медицинский персонал должен обеспечить контроль и выполнение в стационаре лечебно-охранительного и санитарно-гигиенического режимов.

Санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим – это обширный комплекс мероприятий, выполняемый всеми сотрудниками медицинского

персонала, а также пациентами целью которого является: соблюдение чистоты в лечебном учреждении и профилактика возникновения и распространения нозокомиальной (греч. *nosokomeion* – больница; внутрибольничной) инфекции, эпидемий инфекционных заболеваний, т.е. обеспечения инфекционной безопасности. Включает мероприятия: санитарно-гигиеническая обработка поступающих больных, контроль за санитарно-гигиеническим состоянием лечебного учреждения и личной гигиеной пациентов и персонала, смена белья, термометрия, дезинфекция, стерилизация, дезинсекция (уничтожение насекомых, переносчиков инфекционных болезней), дератизация (освобождение от грызунов, являющихся «резервуаром» и переносчиками возбудителей инфекций).

Эпидемиологический режим имеет исключительно важное значение в работе отделений и центра в целом. Он направлен на профилактику заноса и распределения инфекционных заболеваний и гнойной инфекции.

В нашем центре значительное внимание уделено вопросам организации санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

При устройстве на работу в наш центр сотрудник проходит мед. осмотр и затем ежегодно весь персонал проходит плановый медицинский осмотр.

В отделении реанимации имеются 2 фильтр бокса, которые являются барьерной средой для профилактики ВБИ. Таких санпропускника два – мужской и женский. В отделение реанимации попадаешь, только минув фильтр бокс – специальное помещение, где сотрудники отделения и консультанты осуществляют гигиенические мероприятия, переодеваются в сменную одежду (одноразовые халаты, шапочки и маски) и обувь (для консультантов бахилы). В санитарных пропускниках имеется душ, две раковины, а также диспенсеры с кожным антисептиком, жидким мылом с антисептическим эффектом для гигиенической обработки рук, одноразовыми бумажными полотенцами.

Безусловно, контакт медицинского персонала с пациентами осуществляется руками. Поэтому так необходима их защита. На сегодняшний день в нашем центре используется Европейский стандарт обработки рук EN – 1500. Имеются современные кожные антисептики, антибактериальное мыло. Также применяются дезинфицирующие салфетки однократного применения.

Отделение анестезиологии и реанимации оснащено современным оборудованием и аппаратурой.

Одним из действенных методов профилактики ВБИ является ультрафиолетовое облучение, направленное на подавление жизнедеятельности микроорганизмов в воздушной среде и на поверхностях.

Все манипуляционные кабинеты и палаты нашего стационара оборудованы стационарными настенными ультрафиолетовыми бактерицидными облучателями-рециркуляторами закрытого типа. Операционный блок и палаты реанимации оборудованы настенными облучателями-рециркуляторами (закрытого типа), позволяющими обеззараживать воздух в присутствии больных и персонала. Степень обеззараживания 99 %.

В операционном блоке также используется передвижной облучатель для биодеконтаминации помещений в лечебно-профилактических учреждениях с целью снижения уровня патогенных микроорганизмов.

Для предотвращения возникновения и распространения ИСМП все материалы и инструменты, соприкасающиеся с кровью и другими биологическими средами, используются только стерильные (шприцы, в/в системы, мочевые катетеры, хирургические инструменты, перевязочный материал и др.). Много-разовый инструментарий подвергается дезинфекции, предстерилизационной обработке, стерилизации в режиме, предусмотренном производителем. Инструментарий, перевязочный материал, укладки фасуются в комбинированные пакеты и подвергаются стерилизации. Срок годности такой упаковки 12 месяцев.

В моечной наркозно-дыхательной аппаратуры производится обработка всей аппаратуры механизированным способом на моечно-дезинфицирующей машине. Моечно-дезинфекционные машины осуществляют мойку, дезинфекцию, предстерилизационную обработку и сушку хирургических инструментов, трубок наркозно-дыхательных аппаратов, а также стеклянных банок и прочей посуды.

Санитарные комнаты оснащены судномоечными машинами. Промывные дезинфекторы применяются для дезинфекции предметов ухода за больными. Они предназначены для опорожнения, очистки, термической дезинфекции и конвекционной сушки больничного оборудования – подкладных суден, мочеприемников, ведер и т.д. Промывной дезинфектор оборудован педалью для автоматического открывания и закрывания крышки во избежание риска заражения чистых рук от прикосновения к загрязненным частям.

В ФГБУ «ФЦТОЭ» имеется ЦС – централизованная стерилизационная. Основная задача – обеспечение центра стерильными медицинскими изделиями. В нашем центре проводятся высокотехнологичные операции, где используется современный инструментарий, подразделение ЦС оснащено оборудованием высокого качества: моечно-дезинфекционными машинами, ультразвуковой мойкой, форвакуумными стерилизаторами и плазменными стерилизаторами.

Постельное белье больного персонал меняет столько раз, сколько это необходимо для поддержания чистоты в палате. На территории центра имеется своя прачечная. Все белье из подразделений (без предварительной обработки) в упакованном виде сдается в прачечную, где оно закладывается в стиральные машины, в которых осуществляется дезинфекция и стирка.

Медицинская одежда сотрудников централизованно стирается в прачечной, обувь также подвергается дезинфекции и мойке.

Дезинфекционно-камерное подразделение осуществляет полноценное обеззараживание и дезинфекцию постельных принадлежностей, матрацев, одеял и подушек. Постельные принадлежности обрабатываются после выписки каждого больного и при внутрибольничных переводах.

С апреля 2015 года в Центре внедрен безвредный метод уборки. Этот метод направлен на то, чтобы обеспечить безопасные и соответствующие санитарные условия. Для уборки центра используется больничная multifunctional комплексная уборочная система, разработанная с учетом особых потребностей, не требует использования ведер с рабочим раствором. Насадки заранее пропитываются дезинфицирующим раствором, используются один раз и складываются в мешок для использованных насадок для дальнейшей стирки и дезинфекции. Используется цветовая маркировка для разных уборочных зон, что исключает вероятность контаминации объектов. Уборка проводится не реже 2 раз в день. Внедрение данной системы эффективно в целях предупреждения внутрибольничного инфицирования пациентов и персонала.

На территории ФГБУ «ФЦТОЭ» в отдельном помещении установлено автоматизированное оборудование для обеззараживания медицинских отходов класса Б. Аппаратное обеззараживание имеет неоспоримые преимущества. При использовании этого способа разрешается сбор, временное хранение, транспортирование медицинских отходов класса Б без предварительного обеззараживания в местах образования, при условии соблюдения требований безопасности.

В ФГБУ «ФЦТОЭ» регулярно проводится микробиологический мониторинг: смывы на стерильность – ежемесячно, в изоляторе при наличии пациента с инфекционными осложнениями – после заключительной уборки. Согласно зарегистрированной статистике в ФГБУ «ФЦТОЭ» ежегодно регистрируется 1–2 случая ИСМП в год.

Сознательное отношение и тщательное выполнение медицинским персоналом противоэпидемического режима может предотвратить профессиональную заболеваемость сотрудников и внутрибольничное инфицирование пациентов.

**СИМПОЗИУМ
«ПРОФИЛАКТИКА.
ИММУНИЗАЦИЯ»**

ВАКЦИНЫ, НЕ ВХОДЯЩИЕ В НАЦИОНАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В. С. Ковалев – заведующий приемным отделением

*ФГБУ «Детский научно-клинический центр
инфекционных болезней*

Федерального медико-биологического агентства»

Иммунизация – это процесс, благодаря которому человек приобретает иммунитет, или становится невосприимчивым к инфекционной болезни, обычно, путем введения вакцины. Вакцины стимулируют собственную иммунную систему организма к защите человека от соответствующей инфекции или болезни (определение ВОЗ).

Иммунизация является испытанным инструментом для борьбы с инфекционными болезнями, представляющими угрозу для жизни, и их ликвидации. По оценкам, иммунизация позволяет ежегодно предотвращать от 2 до 3 миллионов случаев смерти. Это один из самых эффективных с точки зрения стоимости видов инвестиций в здравоохранение с проверенными стратегиями, которые обеспечивают доступность иммунизации даже для самых труднодоступных и уязвимых групп населения.

Массовый отказ от вакцинации ведет к росту заболеваемости управляемыми инфекциями, что хорошо видно на примере вспышек дифтерии. Последняя вспышка дифтерии в Восточной Европе, включая Россию, произошла в начале 1990-х. Это было связано с резким снижением охвата вакцинацией детей и взрослых из-за отказов от вакцинации и снижения настороженности в отношении этой инфекции.

По данным ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России (ранее НИИДИ)
летальность по клинике:

Период	Количество
1992	4
1993	5
1994	9
1995	1
1996	2
2003	1

Ведущая причина летальности при токсической дифтерии – миокардит, полирадикулонейропатия, ДВС-синдром, дифтерийный стенозирующий ларинготрахеит («истинный круп»)

Медицинская сестра, работающая с родителями как здоровых, так и больных детей, должна не только всеми силами способствовать выполнению требований национального календаря, но и опираясь на научно-обоснованную информацию, пропагандировать расширение вакцинальной защиты.

Национальный календарь прививок – документ, утверждаемый приказом Минздрава РФ, который определяет сроки и типы вакцинаций (профилактических прививок), проводимых бесплатно и в массовом порядке в соответствии с программой обязательного медицинского страхования (ОМС).

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»

Прививочный календарь разрабатывается с учетом всех возрастных особенностей, в том числе и наиболее опасных инфекционных заболеваний у детей первого года жизни. Прививки, которые делаются в рамках Национального календаря, позволяют значительно снизить риск заболевания у детей. А если ребенок все же заболевает, то сделанная прививка будет способствовать протеканию болезни в более легкой форме и избавит от тяжелых осложнений, многие из которых крайне опасны для жизни.

Национальный календарь прививок – это система наиболее рационального применения вакцин, обеспечивающая развитие напряженного иммунитета в самом раннем (ранимом) возрасте в максимально короткие сроки.

На сегодняшний день в мире известно более 1,5 тыс. инфекционных заболеваний, но люди научились предотвращать только 30 самых опасных инфекций с помощью профилактических прививок. Из них 12 инфекций, которые наиболее опасны (в том числе, своими осложнениями) и которыми легко заболевают дети во всем мире, входят в Национальный календарь профилактических прививок России. Еще 16 из списка опасных болезней включены в Национальный календарь прививок по эпидемическим показаниям.

В каждой стране-участнице ВОЗ есть собственный календарь прививок. Национальный календарь прививок России не имеет принципиального отличия от национальных календарей прививок развитых стран. Правда, в некоторых из них предусмотрено проведение прививок против гепатита А, менингококковой инфекции, вируса папилломы человека, ротавирусной инфекции (например, в США). Таким образом, к примеру, нацкалендарь прививок США более насыщен, чем календарь РФ. Календарь прививок в нашей стране расширяется – так, с 2015 г. в него включена прививка против пневмококковой инфекции.

В России Национальный календарь менее насыщен, чем календари прививок таких стран, как США, ряда стран Европы:

- отсутствуют прививки против ротавирусной инфекции, ВПЧ, ветряной оспы;
- прививки против ХИБ проводят только в группах риска, гепатита А – по эпидпоказаниям;
- отсутствует 2-я ревакцинация против коклюша;
- недостаточно используются комбинированные вакцины.

Отводы от прививок

Нередко принимаются решения о невозможности вакцинации детей с ослабленным здоровьем. Однако по рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения именно ослабленные дети должны прививаться в первую очередь, так как они наиболее тяжело болеют инфекциями. В последнее время перечень заболеваний, считавшихся противопоказаниями для вакцинации, существенно сужен.

Абсолютными противопоказаниями для прививки являются: тяжелая реакция на предшествующее введение данного препарата, злокачественное заболевание, СПИД.

Временными противопоказаниями для прививок всеми вакцинами служат острые лихорадочные заболевания в периоде разгара или обострение хронических болезней.

Ложные медотводы от вакцинации: различные варианты ПП ЦНС, анемия, нейтропения раннего возраста, атопический дерматит, различные хронические заболевания.

Дети с хроническими заболеваниями должны быть вакцинированы по календарю, по возможности дополнительно.

Дополнительная вакцинация детей с хроническими заболеваниями

(Таточенко В.К.):

Бронхиальная астма, муковисцидоз, Бронхо-легочная дисплазия	Грипп, пневмококковая инфекция
Органические поражения ЦНС, рассеянный склероз	Грипп
Сахарный диабет	Грипп, пневмококковая инфекция, эпид. паротит
Врожденные пороки сердца, особенно с нарушением гемодинамики	Пневмококковая инфекция
Хронический гепатит В, С	Гепатит А
Онко-гематологические заболевания	Ветряная оспа
Иммунодефициты, ВИЧ, пациенты с иммуносупрессией	Грипп, пневмококковая, ХИБ, менингококковая инфекция
Заболевания почек, хр. почечная недостаточность	Грипп, гепатит В

Пневмококковая инфекция. В настоящее время, по данным ВОЗ, ведущей причиной смертности в результате управляемых инфекций признаны заболевания пневмококковой (*Streptococcus pneumoniae*) этиологии. Эти болезни уносят жизнь до 1.6 млн человек в год, 50-70 % из которых – дети в возрасте до 5 лет. Наиболее высокие цифры заболеваемости среди детей первых 2 лет и пожилых людей.

С целью профилактики пневмококковой инфекции у детей раннего возраста, начиная с 2–3 месяцев, применяется конъюгированная вакцина Превенар. В состав препарата входят серотипы пневмококка, вызывающего инвазивные пневмококковые заболевания у детей в 60-85 % случаев. Вакцину Превенар отличает хорошая переносимость и безопасность, способность стимулировать врожденный и адаптивный, в том числе мукозальный иммунитет, а также снижать назофарингеальное бактерионосительство. Для данной вакцины характерна высокая иммуногенность при применении у детей всех возрастных групп. Препарат Превенар предназначен для профилактики у детей в возрасте от 2 месяцев таких заболеваний пневмококковой этиологии, как сепсис, менингит, пневмония, бактериемия и острый средний отит.

Клинический случай: Стефания В.мес.

Ребенок от 4 беременности, 4 родов. (сестра 5 лет, брат 2 года ВПР головного мозга – краниостеноз, брат 1 год 4 мес. – все дети не привиты из-за медотводов) Течение беременности физиологическое. Роды физиологические. Масса 3390. Длина. 51. доношенный. Зрелый. Период новорожденности без особенностей. Вакцинация: В роддоме БЦЖ и гепатит В, далее медотвод – дан неврологом.

Анамнез заболевания: 02.03 с 12 ч ночи температура до 39, снизилась после нурофена. 02.03 днем осмотрена педиатром, назначен виферон, в течение дня Т до 38, но была активной, хорошо сосала. 03.03 ночью Т до 39, стала вялой, к 5 утра сонливость, отказ от еды. Осмотрена врачом СМП, введен преднизолон 15 мг, кислород в пути через маску. Ребенок доставлен в ОРИТ минуя приемное отделение на 2 сутки болезни с жалобами на вялость, отказ от еды, фебрильную лихорадку, с предположительным диагнозом «гнойный менингит». Антибактериальная терапия – Цефотаксим 200мг/кг/сут, противовирусная терапия Ацикловир 30 мг/кг/сут

При обследовании: В клиническом анализе крови нормоцитоз (лейкоциты 9,2, анемия легкой степени 92 г/л), СРБ 150 ЕД, ПКТ более 8, при микроскопии «толстой капли» крови большое количество внеклеточно расположенных диплококков. ПЦР крови – ДНК *Str. Pneumonia*.

За время пребывания в ОРИТ состояние крайней тяжести с отрицательной динамикой в виде прогрессирования СПОН (церебральная недостаточность,

сердечно-сосудистая недостаточность), что потребовало перевода на ИВЛ с жесткими параметрами, усиления инотропной и вазопрессорной поддержки. Через 20 часов от поступления -развитие кризиса, клиническая смерть. Начаты реанимационные мероприятия с кратковременной эффективностью. Выполнена повторная НСГ – расширение САП до 8мм, отсутствие кровотока по саггитальному синусу. Ухудшение состояния связано с прогрессирующим течением инвазивной формы пневмококковой инфекции – развитие критической внутричерепной гипертензии, дислокационного синдрома, вероятно тромбоза основного синуса. Через 23 часа от поступления –повторно клиническая смерть, реанимационные мероприятия в течение 40 минут без эффекта, констатирована биологическая смерть.

По результатам вскрытия – диагноз подтвержден.

Диагноз основной: Гнойный менингоэнцефалит пневмококковой этиологии.

Осложнение: Отек-набухание головного мозга, дислокационный синдром. Тромбоз сагитального синуса.

Диагноз сопутствующий: ВПР головного мозга, краниостеноз.

Выводы КИЛИ – прогноз заболевания с самого начала неблагоприятный, с прогнозируемым летальным исходом, медицинская помощь оказана в полном объеме, заболевание является вакциноуправляемым.

Менингококковая инфекция.

МЕНАКТРА – современная конъюгированная 4-валентная менингококковая вакцина с 10-летним опытом клинического применения, единственная надежная и безопасная защита от менингококков А, С, Y и W начиная с 9 месяцев

Показания к применению: Профилактика инвазивной менингококковой инфекции, вызываемой *N. Meningitidis* серогрупп А, С, Y и W-135 у лиц в возрасте от 9 мес. до 55 лет.

Вакцинация особенно показана следующим группам с высоким риском заболевания менингококковой инфекцией:

- лицам, которые имели непосредственный контакт с пациентами, инфицированными менингококками серогрупп А, С, Y или W-135 (в семье или в учреждениях закрытого типа);
- лицам с дефицитом пропердина и компонентов комплемента;
- лицам с функциональной или анатомической асплинией;
- туристам и лицам, выезжающим в гиперэндемичные по менингококковой инфекцией территории исследователей, промышленных и клинических лабораторий, регулярно подвергающиеся воздействию *N. meningitidis*, находящейся в растворах, способных образовывать аэрозоль;
- студентам различных вузов, и, особенно, проживающим в общежитиях или в гостиницах квартирного типа;

– призывникам и новобранцам.

Клинический случай:

Анатолий Л., 17 лет 8 мес.

Анамнез жизни: рос и развивался по возрасту, вакцинация по Нац. Календарю.

Анамнез заболевания: С вечера недомогание, температура до 40, получал анальгин, парацетамол, ночь спал спокойно, не лихорадил. На следующий с утра сохранялось недомогание, около 12 часов начал терять сознание, падать, нарушение речи и координации, дезориентирован, судорожный приступ, вызвана бригада СМП, в/венно реланиум 2+2 мл, Сульфат магния 25 % – 10 мл внутривенно, расценен, как «гипертонический криз?» начата инфузия солевых растворов, доставлен в ОРИТ на самостоятельном дыхании с диагнозом «менингоэнцефалит?»

Представление о больном. Ребенок доставлен в ОРИТ бригадой СП в 15-30 минуя приемное отделение. Состояние ребенка крайне тяжелое. Сознание отсутствует. На болевые раздражители не реагирует. На раздражение зева и глотки (постановка зонда) не реагирует. Мышечная гипотония. Тонус мышц нижней челюсти снижен. Зрачки S>D без фотореакции. (дислокационный синдром?) По ШК Глазго – 3 балла. На коже туловища, конечностей пятнистая сыпь, без склонности к слиянию, мелко-точечные геморрагические/петехиальные элементы, в динамике с нарастанием.

Трактовка: Состояние больного крайне тяжелое, критическое, нестабильное. Ребенок переносит генерализованную менингококковую инфекцию, преимущественно в форме гнойного менингита, сопровождающуюся выраженной СВР (тяжелый сепсис) осложненную септическим шоком в стадии децентрализации, отеком/набуханием головного мозга, судорожным синдромом, дислокационным синдромом с вклинением.

Лабораторно: в клиническом анализе крови лейкоцитоз до 18×10^9 в 9 кл, СРБ 216, ПКТ более 8. НА УЗИ сосудов головного мозга – реверберирующий кровоток.

Исследование в крови методом ПЦР: обнаружение ДНК N.meningitidis, методом РАЛ установлена серогруппа -W135.

Летальный исход в течение 24 часов от момента поступления.

На вскрытии: совпадение клинического и патологоанатомического диагноза.

Диагноз: Менингококковая инфекция, генерализованная форма, (Менингококк ПЦР из крови, РАЛ -W135). Гнойный менингит. Менингококцемия. Декомпенсированный септический шок. Отек головного мозга, дислокационный синдром.

Гемофильная инфекция

Хиберикс

Вакцина для профилактики заболеваний, вызванных *Haemophilus influenzae* типа b (Hib). 1 доза Хиберикс содержит очищенный капсульный полисахарид (PRP) Hib (*Haemophilus influenzae* type B), конъюгированный со столбнячным анатоксином 10 мкг.

Схема вакцинации: в Российской Федерации начало вакцинации против гемофильной b инфекции предусмотрено с 3-месячного возраста.

Hib-вакцина применяется более чем в 100 странах мира. Вакцинация против Hib-инфекции позволила практически ликвидировать Hib-менингиты и снизить заболеваемость тяжелой пневмонией на 20%. Вакцинация привела и к почти полному исчезновению эпиглоттитов: в Финляндии заболеваемость ими снизилась с 7,6 до 0,0 на 100 000 детей до 4 лет. Аналогичные данные имеются и по другим странам.

Агентство по контролю за продуктами питания и лекарственными средствами США (FDA) одобрило вакцину Хиберикс для повторной вакцинации детей на втором году жизни.

Зарегистрирована в России в 2004 году.

Ветряная оспа

Варилрикс – вакцина для профилактики ветряной оспы. Вакцинация проводится взрослым и детям с 1 года. 2кратно по 1 дозе. Интервал между прививками 6 недель. Экстренная схема: вакцинация проводится однократно 1 дозой вакцины в течение первых 96 часов после контакта (предпочтительно в течение 72 часов)

- Вакцинация групп высокого риска: вакцинация таких пациентов проводится в состоянии полной гематологической ремиссии основного заболевания. При этом необходимо удостовериться, что общее количество лимфоцитов составляет не менее 1200/мкл, и отсутствуют симптомы, указывающие на недостаточность клеточного иммунитета. Если вакцинацию пациентов планируется провести в острой фазе лейкоза, необходимо прервать химиотерапию на срок, равный одной неделе до и одной неделе после вакцинации. Не следует проводить вакцинацию в периоды лучевой терапии. Если пациентам предстоит трансплантация органа, то вакцинацию следует проводить за несколько недель до начала проведения терапии иммунодепрессантами.

Гепатит А

Вакцины – **Хаврикс** (720/1440) (до 16 лет/ с 16 лет)

Вакцина для профилактики гепатита А для детей с 12 месяцев до 16 лет.

Состав: 1 детская доза вакцины содержит: инактивированный вирус гепатита А (штамма НМ 175) 720 ЕDELISA, адсорбированный на гидроокиси алюминия.

Схема вакцинации: детям в 2 этапа: первично с 12 месяцев, повторно через 6–18 мес. Пациентам, находящимся на гемодиализе, и больным с нарушениями иммунитета требуется введение дополнительных доз вакцины Хаврикс.

Преимущества:

- две дозы вакцины, введенные с интервалом 6–18 месяцев, обеспечивают защиту от клинически манифестных форм гепатита А на период не менее, чем 20 лет;
- вакцина Хаврикс является слабо реактогенной;
- вакцина Хаврикс не снижает своей эффективности при наличии в крови вакцинируемого материнских антител к вирусу гепатита А или антител к вирусу гепатита А, введенных пассивно.
- допускается одновременное введение нормального человеческого иммуноглобулина или специфического иммуноглобулина к вирусу гепатита А с вакциной Хаврикс как у детей, так и у взрослых;
- наличие антител к вирусу гепатита А после первой прививки не является противопоказанием к ревакцинации;
- введение вакцины Хаврикс на фоне протекающего заболевания гепатитом А в инкубационном периоде не ухудшает течения заболевания;
- вакцину Хаврикс можно вводить ВИЧ-инфицированным пациентам;
- вакцина Хаврикс может одновременно вводиться с другими инактивированными вакцинами, совместима со всеми прививками «Национального календаря прививок» и со всеми вакцинами для путешественников.

Опыт применения: В клинических исследованиях Хаврикса, в которые были включены лица в возрасте от 1 года до 18 лет, образование антител к антигену вируса гепатита А было выявлено более, чем у 93 % вакцинированных на 15 сутки и у 99% – через 1 месяц после введения одной дозы вакцины (содержащей 720 ед. ELISA). В ходе клинических исследований было показано, что применение вакцины Хаврикс эффективно в раннем инкубационном периоде заболевания, в том числе вовремя вспышек и при очагах инфекции в семье. Эффективность вакцины Хаврикс была оценена вовремя вспышек заболевания, поражавших большие группы населения (Аляска, Словакия, США, Великобритания, Израиль, Италия), а также в семейных очагах и организованных детских коллективах. Эти исследования показали, что вакцинация Хаврикс привела к прекращению вспышек. При охвате прививками не менее 80 % восприимчивого контингента, купирование вспышки заболевания

достигается в течение 4–8 недель. Имеется опыт массового применения вакцины у детей в возрасте до 12 месяцев. Зарегистрирована в России с 1995 года.

Ротавирусная инфекция.

РотаТек® (Вакцина для профилактики ротавирусной инфекции, пентавалентная живая)

Характеристика. «РотаТек» – это живая пероральная пентавалентная вакцина, содержащая пять живых реассортантных штаммов ротавируса (бычьих и человеческих)

Иммунологические свойства. В умеренной климатической зоне ротавирусный гастроэнтерит является сезонным заболеванием с увеличением заболеваемости (эпидемиями) в зимние месяцы. При отсутствии лечения ротавирусный гастроэнтерит может привести к летальной дегидратации.

Показания к применению. Активная иммунизация детей в возрасте от 6 до 32 недель с целью профилактики гастроэнтерита, вызываемого ротавирусами серотипов G1, G2, G3, G4 и серотипов G, содержащих P1A [8] (например, G9).

Препарат РотаТек® можно вводить детям одновременно с любыми следующими антигенами, входящими в состав как моновалентных, так и комбинированных вакцин: дифтерийным анатоксином, столбнячным анатоксином, бесклеточной коклюшной вакциной, конъюгированной вакциной против *Haemophilus influenzae* тип b, инактивированной полиомиелитной вакциной, вакциной против вируса гепатита В, гексавалентной вакциной (содержащей вышеперечисленные компоненты), конъюгированной пневмококковой вакциной, менингококковой вакциной серогруппы C. Не было отмечено снижения выработки защитных антител при одновременном введении нескольких вакцин и вакцины РотаТек®.

Одновременное введение пероральной полиовакцины (ОПВ) и вакцины РотаТек® не влияло на иммунный ответ, вызываемый ОПВ, но несколько снижало иммунный ответ на РотаТек®, однако нет данных, подтверждающих снижение степени защиты от тяжелых форм ротавирусного гастроэнтерита. Иммунный ответ на вакцину РотаТек® не изменялся при введении ОПВ через две недели после введения вакцины РотаТек®.

Папилломавирусная инфекция

Вакцина против вируса папилломы человека квадριвалентная рекомбинантная (типов 6, 11, 16, 18). Human Papillomavirus (Types 6, 11, 16, 18) quadrivalent recombinant Vaccine.

Эффективность вакцины **Гардасил®** опосредована формированием защитного иммунитета с развитием гуморального и клеточного иммунных ответов против вируса папилломы человека. Риск инфицирования ВПЧ в течение жизни, без вакцинации, у сексуально активных людей более 50 %, и он

постоянно растет. Проведение курса вакцинации препаратом Гардасил® приводит к профилактике заболеваний, вызываемых ВПЧ.

Клиническая эффективность

На основании проведенных исследований у 24 358 женщин и девочек от 9 до 45 лет и у 4055 мужчин и мальчиков от 9 до 26 лет был подтвержден высокий профиль эффективности и безопасности вакцины Гардасил®.

У женщин от 16 до 26 лет вакцина Гардасил® эффективно предотвращала рак и предраковые диспластические состояния шейки матки, вульвы, влагалища, а также аногенитальные кондиломы в 98-100 % случаев. Анализ перекрестной защитной эффективности показывает, что введение вакцины Гардасил® способствует снижению риска развития CIN (цервикальной внутриэпителиальной неоплазии) 1/2/3 и аденокарциномы *in situ* (AiS), вызываемых наиболее распространенными онкогенными типами ВПЧ, не входящими в состав вакцины.

У женщин от 24 до 45 лет вакцина Гардасил® была эффективна для профилактики персистирующей инфекции, CIN (любой степени) или аногенитальных поражений, вызванных ВПЧ 6, 11, 16 и 18 типов, в 88,7 % случаев.

У юношей и мужчин вакцина Гардасил® предотвращала наружные генитальные поражения (аногенитальные кондиломы и перинеальную, перианальную внутриэпителиальную неоплазию, внутриэпителиальную неоплазию пениса 1/2/3 степени), вызванные ВПЧ 6, 11, 16 и 18 типов, в 90,6 % случаев, а также анальную внутриэпителиальную неоплазию (AIN) 1/2/3 степени в 77,5 % случаев.

Иммуногенность

Проведение полного курса вакцинации приводит к образованию специфических антител к четырем типам ВПЧ 6, 11, 16 и 18 более чем у 98 % вакцинируемых.

Было показано наличие иммунологической памяти при вакцинации серопозитивных (на момент вакцинации) женщин. Кроме того, у женщин, которые получили дополнительную дозу вакцины Гардасил® через пять лет после завершения курса вакцинации, наблюдался быстрый и выраженный анамнестический иммунный ответ, при котором средние геометрические титры антител превышали титры, полученные через месяц после первичной вакцинации.

У девочек и мальчиков от 9 до 15 лет проводились клинические исследования безопасности и иммуногенности, а на основании иммунного бриджинга была показана эффективность вакцины у подростков.

Вакцина Гардасил® также обеспечивает защиту у девочек и женщин в возрасте от 9 до 26 лет от заболеваний, вызываемых ВПЧ типов, не входящих в состав вакцины.

Показания к применению

Вакцина Гардасил® показана к применению девочкам и женщинам в возрасте от 9 до 45 лет для предупреждения:

- рака шейки матки, вульвы, влагалища и анального канала, вызванного ВПЧ 16 и 18 типов;
- аногенитальных кондилом (condiloma acuminata), вызванных ВПЧ 6 и 11 типов;
- цервикальной внутриэпителиальной неоплазии 1/2/3 степени (CIN) и аденокарциномы шейки матки in situ (AIS), вызванных ВПЧ 6, 11, 16 и 18 типов;
- внутриэпителиальной неоплазии вульвы (VIN) и влагалища (VaIN) 1/2/3 степени, вызванной ВПЧ 6, 11, 16 и 18 типов;
- внутриэпителиальной неоплазии анального канала 1/2/3 степени, вызванной ВПЧ 6, 11, 16 и 18 типов.

Вакцина Гардасил* показана к применению мальчикам и мужчинам в возрасте от 9 до 26 лет для предупреждения:

- рака анального канала, вызванного ВПЧ 16 и 18 типов;
- аногенитальных кондилом (condiloma acuminata), вызванных ВП 6 и 11 типов;
- предраковых, диспластических состояний, и внутриэпителиальной неоплазии анального канала 1/2/3 степени, вызванных ВПЧ 6, 11, 16, 18 типов.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ВАКЦИНАЦИИ – ИСТИННЫЕ И ЛОЖНЫЕ

О. В. Шапкина – врач аллерголог-иммунолог, преподаватель

ФГБПОО Санкт-Петербургский медико-технический колледж ФМБА России

Вакцинопрофилактика – один из наиболее значимых вкладов медицинской науки в общественное здравоохранение. Во многом благодаря вакцинации снято или существенно уменьшено бремя детской и младенческой смертности. В настоящее время иммунизация позволяет предотвращать предположительно от 2 до 3 миллионов случаев смерти в год. Еще 1,5 миллиона случаев смерти можно было бы предотвращать путем улучшения глобального охвата иммунизацией. Однако, по оценке ВОЗ, 19,4 миллиона детей грудного возраста в мире все еще не получают основных вакцин [1].

Характерной чертой современного мира является постоянно сохраняющаяся угроза инфекционных заболеваний. В отчете ВОЗ о состоянии здравоохранения в Европе в 2012 году говорится, что появление новых (emerging) или возвращение, казалось бы, уже потерявших свое значение (re-emerging)

болезней в сочетании с быстрым распространением и эпидемическим потенциалом некоторых из них – повышает уровни предотвратимой заболеваемости, преждевременной смертности и потенциальной угрозы этих инфекций для здоровья [2]. В 2012 году по сравнению с предыдущими годами число смертей от инфекционных заболеваний снизилось. Неинфекционные заболевания стали причиной 68 % всех случаев смерти, на инфекционные, материнские, неонатальные болезни и расстройства пищевого происхождения (вместе взятые) пришлось 23 % смертей в мире, а травмы стали причиной 9 % всех случаев летального исхода. Немалый процент среди смертей, связанных с инфекциями, занимает смерть от вакциноуправляемых болезней.

Среди групп риска по инфекционной заболеваемости и смертности одно из первых мест занимают дети. Около 64 % летальных исходов обусловлены инфекционными причинами.

В Российской Федерации после минимальных показателей в начале 90х годов 20 века отмечался быстрый рост заболеваемости и смертности, наибольший пик инфекционных заболеваний был отмечен в 2001 году – 53 млн а наименьший – в 2005 году – 27 млн случаев. После 2005 года в нашей стране вновь наметился рост числа инфекционных заболеваний: с 29 млн в 2006 году до 35 млн в 2010-м и 38 млн в 2011 году. Параллельное с заболеваемостью росла и смертность от инфекционных болезней. Если говорить о заболеваемости по отдельным инфекциям, в разные годы отмечались эпидемические подъемы по таким болезням как коклюш (2003–12523 случаев, 2004–11085 случаев, 2006 год – 8208 случаев, 2007 год – 8116 случаев, 2016 год – 8229 случаев), корь (2000 год – 4800 случаев, 2003 год – 3291 случаев, 2014 год – 4690 случаев). В 2016-17 года отмечается существенный рост заболеваемости паротитом – 1108 случаев и 2881 случаев за первое полугодие 2017 года. Благополучная ситуация в России по заболеваемости дифтерией (13678 случаев в 1996 году и по 2 случая в год с 2013 года по настоящее время), краснухой (173408 случаев в 1996 году, подъем заболеваемости в 1999–2001 годах, когда регистрировалось 585063–574901 случаев в год и существенное снижение после 2009 года, в 2015 году зафиксировано 20 случаев и 2016-44 случая краснухи). Последняя вспышка полиомиелита была зафиксирована в России в 1995 году (154 случая), после кампании туровой иммунизации в 1996-97 годах фиксировались единичные случаи полиомиелита, с начала 2000х годов случаев полиомиелита в России не было, за исключением 2010 года, когда фиксировались завозные случаи из Таджикистана и Узбекистана [3, 4].

Сохраняющаяся высокая заболеваемость вакциноуправляемыми болезнями – это косвенный показатель недостаточной эффективности вакцинопрофилактики. Опыт вакцинопрофилактики свидетельствует, что при прекращении массовой иммунизации детей первых лет жизни или снижении охвата

прививками ниже 95 % происходит активизация длительно не регистрируемых или регистрируемых единично случаев управляемых инфекций. Можно выделить следующие причины недостаточного охвата: нехватка вакцин и недоступность медицинской помощи, отказы родителей от вакцинации, медицинские отводы от вакцинации, как обоснованные, так и нет.

Противопоказаниями к вакцинации являются два вида состояний:

1. повышающие риск развития поствакцинального серьезного неблагоприятного события;
2. затрудняющие интерпретацию причины серьезного неблагоприятного события в случае его появления в поствакцинальном периоде.

Все противопоказания можно разделить на временные и постоянные, абсолютные и относительные, истинные и ложные.

Таблица 1

Перечень медицинских противопоказаний к проведению прививок
Национального Календаря Иммунопрофилактики [5]

Вакцина	Противопоказания
Все вакцины	Сильная реакция или осложнение на предыдущее введение вакцины
Все живые вакцины	Иммунодефицитное состояние (первичное) Иммуносупрессия Злокачественные новообразования Беременность
БЦЖ и БЦЖ-М	Вес ребенка при рождении менее 2500 (2000 для БЦЖ-М) г Келоидный рубец, в т.ч. после предыдущей дозы
АКДС	Прогрессирующие заболевания нервной системы Афебрильные судороги в анамнезе
Живые вакцины: коревая, паротитная, краснушная, а также ди- и тривакцины	Тяжелые формы аллергических реакций на аминогликозиды (гентамицин, канамицин и др.) Для коревой и паротитной вакцин – анафилактическая реакция на белок куриного яйца
Вакцины против гепатита В	Тяжелые формы аллергических реакций на пекарские дрожжи
Вакцины против гриппа	Тяжелые формы аллергических реакций на белок куриного яйца, аминогликозиды
ИПВ	Тяжелые формы аллергических реакций на стрептомицин
АДС, АДС-М, АД-М	Постоянных противопоказаний, кроме упомянутых в п.п. 1–2, не имеют

Острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний являются *временными противопоказаниями* для проведения прививок. Плановые прививки проводятся через 2–4 недели после

выздоровления или в период реконвалесценции или ремиссии. При нетяжелых ОРВИ, острых кишечных заболеваниях и др. прививки проводятся сразу после нормализации температуры, а по эпидемическим показаниям – при субфебрильной температуре и отсутствии выраженного нарушения общего состояния. Перенесших менингит и другие тяжелые поражения ЦНС прививают через 6 месяцев от заболевания, после стабилизации остаточных изменений, которые при более ранней вакцинации могут быть расценены как ее последствие [6].

Также к временным противопоказаниям при вакцинации живыми вирусными вакцинами, кроме полиомиелитной, является применение препаратов крови и иммуноглобулинов. В этом случае вакцинация разрешена через 3–11 мес., в зависимости от использованного препарата.

Абсолютными постоянными противопоказаниями к проведению профилактических прививок являются сильные реакции и поствакцинальные осложнения на введение предыдущей дозы той же вакцины. Сильной реакцией считается наличие температуры выше 40 °С, в месте введения вакцины – отек и гиперемия свыше 8 см в диаметре, а также коллаптоидная (гипотензивно-гипореспонсивная) реакция, длительный пронзительный крик, фебрильные судороги в течение 3-х дней после вакцинации, синдром Гийена-Барре в течение 6 недель после прививки, содержащей столбнячный анатоксин. К поствакцинальным осложнениям относятся тяжелые и (или) стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок:

- анафилактический шок;
- тяжелые генерализованные аллергические реакции (ангионевротический отек), синдромы Стивенса-Джонсона, Лайела, сывороточной болезни;
- энцефалит;
- вакциноассоциированный полиомиелит;
- поражение ЦНС с генерализованными или фокальными остаточными проявлениями, приводящими к инвалидности: энцефалопатия, серозный менингит, неврит, полиневрит, а также проявления судорожного синдрома;
- генерализованная инфекция, остеоит, остеомиелит, вызванные вакциной БЦЖ;
- артрит хронический, вызванный вакциной против краснухи.

В то время как истинные противопоказания встречаются не более, чем у 1 % детей, на практике нередко встречаются случаи отводов от вакцинации по показаниям, выходящим за рамки противопоказаний, что ставит пациентов в ситуации риска заболевания данной инфекцией и косвенно повышает риск заражения его окружения. Причины этого различны, это могут быть недостаток знаний, неуверенность, желание перестраховаться, нежелание спорить с родителями, настаивающими на отводе от прививок.

Основные ложные противопоказания перечислены Методических указаниях МУ 3.3.1.1095-02 3.3.1. Вакцинопрофилактика «Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок», введенных в действие с 01.03.2002.

Таблица 2

Ложные противопоказания к проведению вакцинации⁵

Состояния	Указания в анамнезе на:
Перинатальная энцефалопатия Стабильные неврологические состояния Аллергические заболевания, в т.ч. астма, экзема Увеличение тени тимуса Врожденные пороки развития «Дисбактериоз» Поддерживающая терапия хронических заболеваний Местное применение стероидов в виде мазей, капель в глаза, спреев или ингаляций	Недоношенность Болезнь гиалиновых мембран Гемолитическая болезнь новорожденных Сепсис Поствакцинальные осложнения в семье Аллергические заболевания в семье Эпилепсия в семье Случаи внезапной смерти в семье

Основными причинами необоснованных отводов от вакцинации на первом году жизни являются перинатальная патология ЦНС (она же «перинатальная энцефалопатия», ПЭП), аллергические состояния и анемия.

Перинатальная патология ЦНС – собирательный термин, обозначающий повреждение ЦНС травматического и/или гипоксического генеза. Острый период перинатальных повреждений заканчивается в течение 1го месяца жизни, после чего могут оставаться стабильные или регрессирующие остаточные проявления – мышечная дистония, темповая задержка психомоторного развития, нарушения сна и бодрствования, симптом Грефе (вариант нормы), тремор подбородка, расширение боковых желудочков мозга на УЗИ без клинических признаков внутричерепной гипертензии. Если педиатру неясен характер изменений ЦНС, ребенок должен быть направлен к невропатологу не для получения отвода от вакцинации, а для выявления признаков прогрессирования заболевания; отрицательный ответ дает основание прививать ребенка в срок, возможно, с использованием вакцины с бесклеточным коклюшным компонентом. Стабильные неврологические состояния не несут в себе риска осложнений вакцинации, о чем говорит опыт прививок детей с ДЦП, синдромом Дауна и другими подобными состояниями.

Аллергические заболевания являются скорее показанием к вакцинации, чем противопоказанием, поскольку у этих детей инфекции протекают особенно

тяжело (например, коклюш у больного астмой). Вакцинация может быть отложена только на период острых проявлений, до выхода в ремиссию. Указания на пищевую аллергию на белок куриного яйца не являются отводом от вакцинации против кори, паротита, гриппа, клещевого энцефалита, поскольку не несут риска анафилактических реакций. Педиатр, консультируя такого ребенка с аллергологом, должен ставить вопрос не о допустимости прививок, а о выборе оптимального времени их проведения, видам вакцины и необходимости лекарственной защиты (противогистаминные препараты при кожных формах атопии, ингаляции стероидов и бета-агонистов при бронхиальной астме).

Анемия нетяжелая, алиментарного генеза не должна быть причиной отвода от прививки; после ее проведения ребенку назначают соответствующее лечение. Тяжелая анемия требует выяснения причины с последующим решением вопроса о времени вакцинации.

Диагноз «Дисбактериоз», под которым понимается нарушение биоценоза кишечника, выявляемое путем проведения соответствующих анализов, в настоящее время не является правомочным (можно говорить лишь об антибиотикоассоциированной диарее), отсутствует в международной классификации болезней. Нарушения микробиоценоза в подавляющем случае вторично и не является поводом для отвода от прививок.

Увеличение тени тимуса на рентгенограмме выявляется обычно случайно, оно является анатомическим вариантом либо результатом его постстрессовой гиперплазии. Такие дети хорошо переносят прививки, дают нормальный иммунный ответ, а частота поствакцинальных реакций у них не больше, чем у детей без видимой тени вилочковой железы.

Для детей более старшего возраста основной неоправданной причиной отводов и задержек вакцинации являются наличие хронического состояния или болезни, когда запрет на вакцинацию дается не до момента достижения ремиссии, а сразу на длительный период. Базисная (поддерживающая) терапия эндокринными, сердечными препаратами, ингаляционными кортикостероидами или низкими дозами системных стероидов не влияет на возможность вакцинации. И тем более не должны являться поводом для отводов от вакцинации врожденные пороки развития, в т.ч. сердца (в стадии компенсации).

Вакцинация лиц, давших реакции на предыдущие дозы вакцины. Вакцину, вызвавшую сильную реакцию (повышение температуры выше 40 °С, местная реакция в виде отека и гиперемии свыше 8 см в диаметре, коллаптоидную реакцию, длительный пронзительный крик, фебрильные судороги в течение 3-х дней после вакцинации, синдром Гийена-Барре в течение 6 недель после прививки, содержащей столбнячный анатоксин) или осложнение, не вводят. Дальнейшие прививки возможны с заменой вакцины, вызвавшей реакцию. Если

использовалась вакцина с цельноклеточным коклюшным компонентом (АКДС или Бубо-кок), последующую вакцинацию проводят вакциной АаКДС (с бесклеточным компонентом) или АДС. Если реакция имела характер аллергической, прививку допустимо провести на фоне преднизолона (1,5–2 мг/кг за день до и 2–3 дня после вакцинации). Детям, давшим фебрильные судороги, АКДС не противопоказана, но лучше использовать АаКДС, с назначением парацетамола (15 мг/кг), вводимого через 4 и 8 часов после прививки. При развитии реакции на АаКДС ограничения менее строгие: вакцину не вводят только при развитии аллергической реакции немедленного типа. В случае реакции на АДС или АДС–М вакцинацию по эпидпоказаниям завершают на фоне преднизолона.

Живые вакцины (ОПВ, ЖКВ, ЖПВ, КПК) детям с реакцией на АКДС вводят как обычно. Если ребенок дал анафилактическую реакцию на содержащиеся в живых вакцинах антибиотики, желатин или яичный белок, последующее введение этих вакцин противопоказано. Это же касается вакцин, сходных по составу, например, ребенку с реакцией на противокоревую вакцину, не вводят вакцину против паротита [6].

В профессиональной деятельности медсестры, в первую очередь участковой, важное значение имеет психолого-педагогический аспект ее работы. Медсестра зачастую имеет больше возможностей для общения с родителями своих пациентов, а они, как свидетельствуют результаты исследований, часто испытывают большее доверие к словам медсестры, чем врача. Работая с родителями, медсестра имеет возможность укреплять доверие к вакцинации, уменьшать страхи родителей и тем самым защищать детей от предотвратимых болезней. Это невозможно без уверенных знаний в вопросах вакцинации и личной высокой заинтересованности в своевременной вакцинации своих пациентов.

Список литературы

1. Охват иммунизацией, информационный доклад ВОЗ, март 2017 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/ru/>
2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, ВОЗ, 2012 <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-health-report-2012-charting-the-way-to-well-being-the-executive-summary>
3. Европейская база данных “Здоровье для всех” <http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-family-of-databases-hfa-db>
4. Роспотребнадзор, статистические материалы <http://rosпотребнадзор.ru/activities/statistical-materials/>
5. Методические указания МУ 3.3.1.1095-02 3.3.1. Вакцинопрофилактика «Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок»

6. Иммунопрофилактика-2014: (Справочник) / В.К. Таточенко, Н.А. Озерецкий, А.М. Федоров; Союз Педиатров России, Науч. Центр здоровья детей РАМН. – 12 изд., доп. – Москва: ПедиатрЪ, 2014. – 208 с.

АЛГОРИТМ РАБОТЫ ФЕЛЬДШЕРА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИЙ

**Е. А. Скоробогатова – старшая медицинская сестра
отделения организации медицинской помощи детям
образовательных учреждений Новоильинского района**

ГБУЗ КО «Новокузнецкая городская детская больница № 3»

Т. А. Букина – главная медицинская сестра

*Муниципальное бюджетное
лечебно-профилактическое учреждение «Детская городская
клиническая больница № 3»г. Новокузнецка*

В мире и в России сохраняется высокая заболеваемость инфекциями, массовая иммунизация против которых проводится в рамках национального календаря. В стране ежегодно регистрируются эпидемические вспышки кори, краснухи, коклюша, гриппа (Овсянников Е.М., 2013, Коновалов И.В., 2016). Одним из резервов снижения заболеваемости, инвалидности и смертности детей является вакцинопрофилактика. Министр здравоохранения в декабре 2016 г. сообщила, что благодаря четкой реализации национального календаря прививок только за последних два неполных года, 2015–2016-й, заболеваемость корью в стране снизилась в 5,6 раза, краснухой – в 2,5 раза, эпидемическим паротитом – на 28 %, острым гепатитом В – более чем на 15 %.

В 2016 г. в Кемеровской области случаев заболевания детей корью, краснухой, дифтерией, вирусным гепатитом В не зарегистрировано. Это веские аргументы в пользу вакцинации. Однако, эпидемиологическая ситуация продолжает оставаться напряженной, что в первую очередь связано с недостаточным охватом вакцинированием детей декретированных возрастов по причине возрастающего числа отказов, как со стороны родителей, так и врачей.

Цель исследования: Разработать алгоритм организации и проведения вакцинопрофилактики управляемых инфекций и внедрить его в образовательных учреждениях г. Новокузнецка.

Анализ ситуации в Кемеровской области показал, что по итогам 2016 года показатель охвата детского населения профилактическими прививками

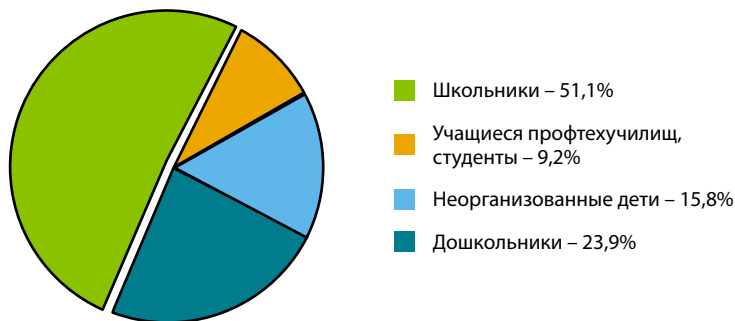
против кори составляет 99,2–99,5 %. В возрасте от 1 до 2 лет вакцинировано против кори 98,4 % детей.

Охват детей вакцинацией против эпидемического паротита составил 98,3 % против. – 98,5 % в 2016 г. Ревакцинацию против эпидемического паротита в 6 лет в 2016 году получили 98,8 % детей (в 2015 г. – 97,1 %).

Охват детей прививками против вирусного гепатита В по достижении ими возраста 1 год составляет 97,5 %. Охват прививками против ВГВ детей в возрасте до 17 лет на 01.01.2016 составляет 97-99 % в каждой возрастной группе. В 2016 году в Новокузнецке также не регистрировались случаи полиомиелита, дифтерии, эпидемического паротита, кори и краснухи.

Базой исследования является Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Детская городская клиническая больница № 3» обслуживает детское население четырех крупных районов Новокузнецка с численностью прикрепленного детского населения более 65 тысяч.

В составе учреждения развернуто отделение оказания медицинской помощи детям в образовательных учреждениях, которое обеспечивает 11 общеобразовательных учреждений (на 8707 чел.); 22 дошкольных образовательных учреждения (на 5227 чел.).



С целью выявления причин отказов от вакцинации нами по специально разработанной анкете проведен социологический опрос 2451 родителей, в 11 школах района и в 18 дошкольных учреждениях. Возраст опрошенных родителей составил от 25 до 42 лет. 27,3 % опрошиваемых родителей имели среднее специальное образование и 72,7 % высшее образование.

Наиболее частыми мотивами отказа стали

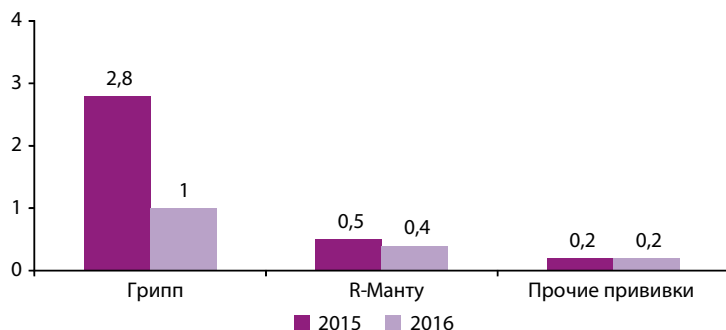
– убеждение, что не существует риска заразиться инфекцией, против которой проводится прививка- 31,3 %

- уверенность в том, что есть другие способы защиты от инфекций – 22,2 %
- мнение, что лучше переболеть этой болезнью- 14,3 %
- боязнь осложнений после прививки – 12,5 %;
- недоверие к официальной, «традиционной», медицине – 10,1 %;
- религиозные и другие идеологические взгляды – 9,6 %.

Следующим шагом стало изучение структуры и причин отказа от прививок в нашем отделении.

Нами был проведен анализ по отказам от вакцинации.

Первое место по отказам от прививок в нашем районе занимает вакцинации против гриппа, на втором месте диагностическая проба Манту.



Отказ от иммунизации (%)

В 2015 г. на вакцинацию и пробу Манту подлежало 13973 детей отказов было 489 (3,5 %), а в 2016 г. подлежало – 13934 детей и отказов стало меньше – 223 (1,6 %).

Результаты опроса послужили основанием для разработки алгоритма работы фельдшера в образовательной организации при проведении вакцинации.

Основным звеном проведения вакцинации является подготовительный период, который включает мероприятия группового и индивидуального характера с родителями и детьми в команде: медицинский работник, педагог, психолог.

В этот период медицинские работники совместно с педагогами и воспитателями, психологами проводят групповые мероприятия, включающие в себя общих собраний и классные часы.

АЛГОРИТМ РАБОТЫ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ НОВОКУЗНЕЦКА



Схема 1. Алгоритм организации и проведения вакцинопрофилактики

Затем проводится дифференцированные мероприятия организационного характера относительно детей:

- с отсутствием противопоказаний и готовых к вакцинации;
- отсутствием противопоказаний, но отказывающихся от прививок;
- с медицинскими отводами.

Большая работа проводится с родителями, которые написали отказ от вакцинации проводятся индивидуальные беседы с привлечением психолога.

Для этих родителей у нас разработаны информационные папки по каждой инфекции. При получении отказа сотрудники объясняют, что родители берут на себя всю ответственность за здоровье своего ребенка в отношении опасных заболеваний, против которых и проводится вакцинация и дают ознакомиться с разработанными брошюрами, в которых отражены клиника, симптомы и осложнения данной инфекции.

Медицинский этап направлен на минимизацию нежелательных реакции организма и включает четыре важнейших условия:

Во-первых, все медицинские работники, проводящие профилактические прививки, проходят регулярное обучение и профессиональную подготовку на тематическом цикле «Инфекционные болезни и иммунопрофилактика».

Во-вторых ребенок во время прививки должен быть совершенно здоров. Даже минимальные сомнения в состоянии здоровья малыша – это повод перенести прививку на другое время.

В-третьих, очень важны свойства и качество вакцины. В наших медицинских учреждениях применяются только сертифицированные препараты.

В-четвертых – все действия медицинского персонала проводятся согласно стандартам выполнения манипуляций, поскольку любая вакцинация – это не обычный укол, а более сложная процедура.

После иммунизации за ребенком ведется наблюдение первые 30 минут, чтобы отследить возможные нежелательные реакции или осложнения и оказать своевременную медицинскую помощь. Дальнейшее наблюдение за ребенком проводится согласно требованиям нормативных документов.

Медицинскими работниками отделения убеждают родителей необходимости проведения данной прививки, объясняя, что иммунобиологический препарат защищает ребенка почти на сто процентов от инфекционных болезней и позволяет значительно снизить риск заболевания данной болезнью.

Отказы от профилактических прививок оформляются в письменной форме на стандартном бланке утвержденным приказом МЗ РФ № 19н от 2009 г. где содержится информация о прививках и об ограничениях в случае отказа от данной прививки, подписывается родителем (законным представителем) или, в случае их нежелания подписывать отказ, ставятся подписи двух медицинских работников.

Разработанный алгоритм работы фельдшера при проведении иммунизации детей был внедрен в работу образовательных учреждений Новокузнецка в 2015 году.

Для детей, не привитых по причине длительных медицинских отводов (на период более трех месяцев), проводится консультация врача-специалиста, затем дается заключение иммунологической комиссии, составляется индивидуальный план вакцинации.

Результаты внедрения разработанного алгоритма представлены на слайде. Нами проанализированы данные по иммунизации организованного детского населения Новоильинского района Новокузнецка за 2014–2015 годы.

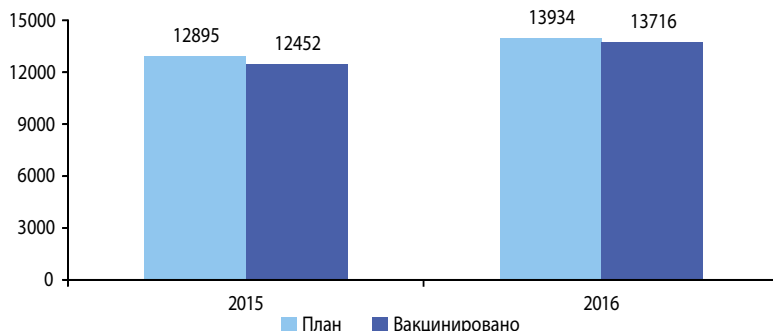
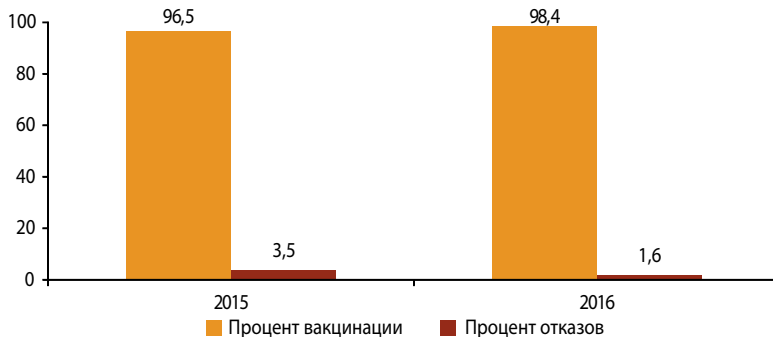


Диаграмма 3. Выполнение плана вакцинации в 2015–2016 г.г.

В 2015 году количество вакцинированных детей выросло благодаря работе по алгоритму, внедренному в нашей медицинской организации.



Иммунизация организованного детского населения в 2015–2016 г.г. (%)

В 2016 году процент иммунизации против контролируемых инфекций вырос на 1,9% и составил 98,4%, а количество отказов снизилось с 3,5% до 1,6%.

Результаты внедрения разработанного алгоритма организации и проведения вакцинопрофилактики в образовательных учреждениях Новокузнецка:

1. За анализируемый период увеличилась иммунная прослойка детского населения на 10,2% (2015 г. – 12452 чел., 2016 г. – 13716 чел.). Большая часть организованного детского населения получает профилактические прививки благодаря разъяснительной работе фельдшера в образовательных учреждениях среди учителей, родителей и законных представителей.

2. Число отказов от иммунопрофилактики сократилось на 1,9% (2015 г. – 3,5%, 2016 г. – 1,6%).

3. Благодаря работе фельдшеров, направленной на улучшение санитарно-гигиенического благополучия детского населения, ежегодно сокращается количество пропущенных дней по болезни острыми, в том числе инфекционными, заболеваниями, показатель заболеваемости гриппом в 2015 г составил 1567/ 100000, а в 2016 году – 1198/100000. Пропущено детьми по заболеваемости гриппом в 2015 году – 2124, одним ребенком – 9,7 дней. А в 2016 году – 1185 дней, одним ребенком 7,1 дней, в среднем сократилось количество пропущенных дней по болезни на 2,8.

ТЕХНИКА БЕЗОПАСНОГО ВВЕДЕНИЯ ВАКЦИН

М. С. Солопенко – главная медсестра

«Клиники СМТ на Московском пр-те д. 22»

В современных реалиях развития здравоохранения особое внимание уделяется качественному и безопасному процессу оказания медицинской помощи. Постоянно изменяющиеся методики применения иммунобиологических препаратов, сроки и схемы их введения, обновления законодательной базы об обращении иммунобиологических препаратов требуют непрерывного совершенствования знаний умений и навыков от медицинских сестер кабинетов вакцинации.

В этой связи важным элементом в управлении сестринским персоналом и работе медицинских сестер является стандартизация сестринской деятельности и внедрение этих стандартов, корректировка при необходимости и контроль за их соблюдением. В данном докладе раскрывается тема современных методов внедрения внутренних стандартов работы медицинских сестер кабинета вакцинопрофилактики на примере алгоритма

подкожного введения вакцин. При разработке и внедрении стандартов уделено внимание не только процессу введения иммунобиологических препаратов, но и обеспечению безопасного применения иммунобиологических препаратов в целом, в том числе хранения, документального сопровождения процесса вакцинации и особенностей введения препарата в зависимости от возраста пациента. Применение данных методик стандартизации возможно как в клинической практике, так и с педагогическими целями.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК НА ФАПХ ТЕЙКОВСКОГО РАЙОНА

М. С. Гришанина – главная медицинская сестра

ОБУЗ «Тейковская ЦРБ»

На сегодняшний день докторам известно множество методов профилактики заболеваний. Они могут быть как специфическими, так и неспецифическими. Как показывает практика, предупредить большинство заболеваний можно довольно просто: нужно лишь вести здоровый образ жизни, правильно и сбалансировано питаться, закаливаться и своевременно посещать врача для профилактики. Но при многих заболеваниях таких методов оказывается недостаточно, в этом случае прибегают к иммунизации. Темой нашего сегодняшнего разговора станет организация и проведение профилактических прививок на ФАПах Тейковского района.

Существенную роль в решении стоящих перед сельским здравоохранением задач играют ФАПы. При реформировании здравоохранения Тейковского муниципального района и создании его новой инфраструктуры число ФАПов было доведено до оптимального.

В настоящее время первичную доврачебную медицинскую помощь жителям села осуществляют 10 ФАПов, входящих в структуру ЦРБ. Численность населения, обслуживаемого одним ФАПом, колеблется от 300 до 600-сот человек, включая детей; радиус зон обслуживания составляет от 4 до 8-ми км, удалённость от центральной районной больницы – от 7 до 40-а км.

Определённую трудность в работе создаёт кадровый дефицит. Только 6 ФАПов из 10-ти полностью укомплектованы фельдшерами, на остальных работают совместители. Укомплектованность ФАПов фельдшерами с учётом совместительства составляет 84 %, коэффициент совместительства – 1,3.

Руководит деятельностью ФАПов зам. главного врача по орг-метод. работе и медицинскому обслуживанию сельского населения. Работа ФАПов построена в соответствии с правилами организации деятельности ФАПа, включёнными в Положение об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утверждённого пр. МЗСР России от 15.05.2012 г. № 543 н.

Итак, вакцинация – это метод создания искусственного иммунитета по отношению к некоторым заболеваниям. Для достижения такого эффекта в организм вводят довольно безобидные антигены, являющиеся частью микроорганизмов, которые вызывают заболевания.

Таким образом, иммунизация – это один из лучших методов для защиты человека от инфекционных недугов, способных вызывать серьезные осложнения, и даже летальный исход. Инфекционные болезни сопровождают человечество с момента становления его как вида. Широчайшее распространение инфекционных заболеваний в прошлом не только приводило к гибели многих миллионов людей, но и было основной причиной высокой детской смертности и малой продолжительности жизни.

Всё изменилось с появлением вакцин. Благодаря прививкам ликвидирована оспа. В мире забыли эту убивающую или уродующую лицо инфекцию. Полиомиелит, совсем недавно разгоравшийся до глобальных эпидемий, находится на пороге ликвидации по всей планете. В настоящее время практически не регистрируются дифтерия и столбняк среди детей, а у взрослых возникают в единичных случаях. Заболеваемость корью, коклюшем, эпидемическим паротитом доведена до минимального уровня. Практически ликвидирован туберкулёзный менингит и диссеминированный туберкулёз у детей. Резко снизилась заболеваемость такой тяжёлой инфекцией, как гепатит В.

Проведение иммунизации на ФАПе определяется исключительно графиком прививок. При этом вакцинация осуществляется либо в индивидуальном порядке, либо организованно. Надо помнить, что иммунизация детей осуществляется исключительно с согласия родителей либо законных представителей детей. В том случае, если они хотят отказаться от прививания ребенка, необходимо в обязательном порядке зарегистрировать отказ письменно, а при иммунизации взрослого населения – берется добровольное информированное согласие на проведение медицинской манипуляции. Стоит отметить, что во всех случаях отказа от вакцинации фельдшер должен, аргументировано разъяснить его последствия для здоровья. Только таким образом будет реализовано конституционное право ребенка на неприкосновенность его личности и на безопасность.

В соответствии с требованиями к температурному режиму транспортирования и хранения иммунологических лекарственных препаратов (санитарно-эпидемиологические правила СП 3.3.2.3332-16 «Условия транспортирования и хранения иммунологических лекарственных препаратов» в 2016 г были утверждены ОБУЗ Тейковская ЦРБ» новые мероприятия по обеспечению «холодовой цепи».

Все виды ИЛП на ФАПх хранятся в бытовых холодильниках при температуре от +2 °С до +8 °С. В морозильных отделениях холодильников имеется запас замороженных холодоэлементов. Длительность хранения ИЛП не превышает одного месяца. Совместное хранение вакцин в холодильнике с другими лекарственными средствами не допускается. На ФАПх создан запас холодильных сумок и холодоэлементов. Фельдшер ведет учет поступления и расхода ИЛП, фиксирует показания термометров и термоиндикаторов, используемых для контроля температурного режима, с внесением записей в специальные журналы. Проведение профилактических прививок требует неукоснительного соблюдения правил асептики для предупреждения гнойно-воспалительных заболеваний. В процедурном кабинете имеются инструкции по применению всех препаратов для проведения прививок, а также средства противошоковой терапии. Прививки против туберкулеза и туберкулинодиагностика проводится в специально выделенные дни и на специально выделенном столе. Все фельдшера прошли тематическое усовершенствование по теме «Туберкулинодиагностика и противотуберкулезная вакцинопрофилактика у детей и подростков», а так же ежегодно проходят переподготовку по внутрикожному методу вакцинации и ревакцинации против туберкулеза и постановки проб Манту на базе ГУЗ Тейковский противотуберкулезный диспансер. Специалистом по ГО и ЧС разработан план экстренных мероприятий на случай возникновения проблем в «холодовой цепи» и ежегодно проводятся учения по выполнению плана экстренных мероприятий.

Оснащенность холодильным оборудованием для хранения ИЛП

ЛПО	Уровни холодовой цепи	Обеспеченность холодильным оборудованием			Доля холодильного оборудова- ния, требующего замены			Доля фармацевтических хо- лодильников из общего числа холодильного оборудования		
		абс. ч	Полезный объем (л)	% от расчетной потребности	абс. ч	Полезный объем (л)	% от расчетной потребности	абс. ч	Полезный объем (л)	% от расчетной потребности
ОБУЗ Тейковская ЦРБ»	3-й уровень	11	2387	100	6	1302	54	5	1085	46
	4-й уровень	23	4991	100	2	434	9	7	1519	30

Оснащенность холодильным оборудованием для транспортирования ИЛП
(термоконтейнеры, сумки- холодильники)

ЛПО	Уровни холодо- вой цепи	Обеспеченность холодильным оборудова- нием			Доля холодильного оборудования, требующего замены		
		абс. ч	Полезный объем (л)	% от расчетной потребности	абс. ч	Полезный объем (л)	% от расчетной потребности
ОБУЗ Тейковс- кая ЦРБ»	3-й уровень	10	99	100	0	0	0
	4-й уровень	34	336,6	100	0	0	0

Наличие контролирующих приборов за температурным режимом при хранении ИЛП

ЛПО	Уровни холодовой цепи	Термометры		Электронные термоинди- каторы		Химические термоинди- каторы		Терморегис- траторы	
		расчетное количество (абс.ч.)	имеется в наличии (абс.ч.)	расчетное количество (абс.ч.)	имеется в наличии (абс.ч.)	расчетное количество (абс.ч.)	имеется в наличии (абс.ч.)	расчетное количество (абс.ч.)	имеется в наличии (абс.ч.)
ОБУЗ Тейковская ЦРБ»	3-й уровень	22	22	22	22	11	0	11	0
	4-й уровень	46	46	46	46	23	0	23	0

Ежегодно в апреле, начиная с 2005 года, по инициативе Всемирной организации здравоохранения во всем европейском регионе проходит неделя иммунизации. Её цель – повысить осведомленность населения о вакцинопрофилактике и поддержать набранные темпы борьбы с инфекционными болезнями путём массового её проведения. В 2017г Европейская неделя иммунизации проходила с 24 по 30 апреля под лозунгом «Вакцины приносят результат!». Наша область вместе со всей Россией активно поддерживала инициативу ВОЗ, в частности, провела подчищающую иммунизацию против кори среди различных возрастных групп детей и взрослых.

По вопросам профилактики «управляемых» инфекций и необходимости проведения профилактических прививок в местной газете Тейковского района была размещена статья по теме: «Вакцинация – лучшая защита от инфекций». В ЦРБ проведен семинар для медицинских работников по вопросам иммунизации. В детских дошкольных учреждениях, школах были проведены тематические лекции для родителей и детей. Также в рамках проведения ЕНИ проводились индивидуальные беседы в социально неблагополучных семьях, семьях мигрантов, семьях, отказывающихся от прививок по религиозным соображениям.

Охват прививками против кори в группах населения высокого риска

Группы риска	2017 год	
	Всего численность данной группы/ в том числе возрасте от 18 до 35 лет	Из них привито в возрасте от 18 до 35 лет /в том числе в отчётном году
Работники медучреждений	66/2	2/0
Работники образоват. учреж	19/8	19/8
Студенты ВУЗов, ср.уч. заведений	227/200	200/200
Работники торговли, обслужив	291/40	157/40
Другие группы	8613/2605	5036/1602

В итоге хочу сказать, что, несмотря на достигнутые результаты, остаются нерешенными вопросы и проблемы, которые могут в той или иной мере повлиять на качество проведения иммунизации: недостаток финансовых средств; кадровый дефицит, особенно в сельской местности; распространение в СМИ среди населения негативного отношения к профилактическим прививкам.

РОЛЬ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОТКАЗОВ ОТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

О. Г. Парамонова – главная акушерка

ОБУЗ «Родильный дом № 4»

Ребенок в семье – это радость и счастье, но и большая ответственность. Чтобы малыш рос здоровым нужно приложить много усилий, как родителям, так и медицинским работникам. Одна из столпов это иммунизация. Стартует процесс уже в родильном доме. Любая прививка, вне зависимости от того, где и когда ее делают, в роддоме или поликлинике, направлена на то, чтобы выработать иммунитет против самых опасных болезней. Сегодня в родильных домах принято делать две обязательные прививки БЦЖ и гепатит. В первые часы жизни врачи стараются защитить малыша от вирусного гепатита. В которая делается в первые часы после рождения. Это направлено, на то, чтобы уберечь ребенка не только от заражения, но и от перехода болезни в хроническую стадию. По данным медицины риск у взрослого человека развития хронического заболевания – до 10%, у детей – 50%, а у новорожденного – все 90. Ситуация усложняется, если вирус выявлен у роженицы: тогда прививка в роддоме делается практически сразу. Вторая не менее важная прививка – профилактика от тоже инфекционного заболевания – туберкулез. Это заболевание также очень опасно, возбудитель отличается устойчивостью к температурным и химическим обработкам, и заразиться им можно практически везде. Естественно, гарантии того, что новорожденный не заразится гепатитом или туберкулезом, вам не может дать никто, но при наличии антител в организме малыша болезнь в случае возникновения будет протекать в более легкой форме, а значит, для большей безопасности ее стоит проводить новорожденным еще в роддоме. Палочка Коха (возбудитель туберкулеза) может находиться длительное время в самых неожиданных местах, например в пыли, где в состоянии «прожить» до года. Поскольку срок пребывания в роддоме ограничен, другие манипуляции ему будут делать уже после выписки в поликлинику по месту жительства, согласно установленному календарю прививок. Вакцины вводят здоровым малышам с согласия родителей. Вот тут и начинаются сомнения, страхи и отказы от вакцинации которые несут за собой отдаленные последствия. Зачастую родители могут отказаться от прививок, если считают, что

- **Ребенок недостаточно здоров и ему требуется медицинский отвод.** В отказе пишется название вакцины и указывается срок, на который, по мнению родителей, следует отложить прививку.
- **Прививка принесет ребенку больше вреда, чем пользы.** В бланке заявления нужно указать, от какого вида вакцинации отказываются родители ребенка, на какой срок или постоянно.

- **Вакцинация не нужна ребенку вообще по религиозным или каким-то иным убеждениям.** В заявлении нужно написать формулировку отказа полностью от всех прививок, которым подлежит ребенок согласно календарю вакцинации.

Вот здесь и начинается огромное поле работы, как с будущими родителями, так и с настоящими.

В родильном доме № 4 города Иваново проводится огромная многогранная работа по профилактике отказов от вакцинации в родильном доме. Она начинается при постановке беременной на учет в женской консультации. В ходе сбора анамнеза выясняется отношение женщины к вакцинации. При обнаружении причины с беременной работают акушерки женской консультации, проводятся личные беседы и раздаются напоминания о необходимости вакцинации будущего ребенка. Акушерка на участке выясняет причины отказа от вакцинации. Если это элементарное незнание, тогда проводится беседа разъясняющая пользу и возможные осложнения. Если это иные причины (религиозные, альтернативная медицина, недоверие врачам (выполнение плана по вакцинации), иные не аргументированные причины отказа) тогда подключаем психолога женской консультации, врача терапевта, акушера-гинеколога. Индивидуально аргументировано с данными статистики ВОЗ проводим разъяснения и беседы с такими пациентами. Работает школа будущих родителей, где разработана программа, в которую отдельным разделом входит проведения лекции-презентации о вакцинации малышей. Где еще раз дублируется информация о пользе вакцинации. Демонстрируются слайды о возможных осложнениях если их, не вакцинированные дети заболеют одной из опасных инфекций (туберкулез, полиомиелит и т.д.) Потому что есть проблема сегодня, что в нашу страну приезжает очень много людей из бывших нам братских республик, где в принципе не делается никаких прививок, где не идет вакцинация, где до сих пор существуют болезни, о которых забыли в Европе и в остальной части, конечно, когда такие люди попадают в одну с нами социальную среду, общаются с нами – в магазине, в общественном транспорте, на площадке дома, – и тогда становится опасно за наших детей. Если же родители категорически отказываются от вакцинации (это их право), информация передается в детскую поликлинику (АТПК). Где при дородовом патронаже еще раз родителей информируют о необходимости вакцинации. При рождении с родителями, отказывающимися от вакцинации, работает акушерка приемного отделения, родового зала, врачи неонатологи и педиатрические медицинские сестры. При разрешении и отказе от вакцинации оформляются соответствующие документы в двух экземплярах. Родители должны знать, что существует медицинский отвод от профилактических прививок,

временный или постоянный. Особенность проводимой работы в том, что она проводится индивидуально, планоно и непрерывно с каждой женщиной от начала постановки в женскую консультацию, до выписки из родильного дома. Но в то же время работа должна проводиться корректно, без принуждения только убеждением и весомыми аргументами, соблюдая все юридические параметры. Вакцинация – это здоровье будущего поколения! Постоянно совершенствуются схемы прививок, препараты и т.д. Особое внимание уделяется повышению безопасности вакцинации. Вакцинироваться обязательно нужно! Те, кто призывает к отказу от вакцинации, несут огромную моральную ответственность, Родители несут ответственность за здоровье своих детей. Только прилагая совместные усилия родильные дома, женские консультации и детские поликлиники мы сможем не допустить распространение многих инфекций и сохраним здоровье будущих поколений.

СИМПОЗИУМ
«СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ
МЕДИЦИНЫ»

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ КАК ДЕЙСТВУЮЩАЯ СИЛА РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

С. В. Тихонов

*Председатель специализированной секции РАМС
«Сестринское дело в реабилитации»*

«Инновационный поиск и апробация методических традиций как развитие всех составляющих организации службы медицинской реабилитации»

В современных условиях медицинская помощь предусматривает три основных направления: лечебно-диагностическое, профилактическое и реабилитационное. Современную медицину любой страны невозможно представить без такого комплекса мероприятий, который носит название реабилитация. Только правильно подобранные, комплексно, вовремя и качественно проведенные реабилитационные мероприятия позволяют пациенту вернуться к нормальной жизнедеятельности. Только профессиональная работа врачей-реабилитологов способна завершить тот процесс, который был «начат» хирургами на операционном столе. Современная реабилитация в Европе давно уже перестала быть «инвалидным» направлением медицины. В последние годы, наравне с диагностикой и лечением, реабилитация стала не только важнейшей отраслью медицины, но и частью лечебного процесса. Современные технологии за несколько дней или недель возвращают к «обычной» жизни даже тех, кого еще 10-15 лет назад автоматически зачисляли в инвалиды. Во многом благодаря успешной реабилитации большинство тяжелых заболеваний или операций считаются сегодня за рубежом как «простые», обычные болезни.

В Концепции развития системы здравоохранения РФ до 2020 года одним из блоков ее реализации является формирование службы медицинской реабилитации, внедрение технологий оздоровления, восстановительного лечения лиц, относящихся к группам риска. Развитие в каждом субъекте Российской Федерации сети лечебно-профилактических учреждений для повышения эффективности и обеспечения этапности медицинской помощи – перепрофилизация части имеющихся круглосуточных стационаров и санаторно-курортных учреждений с целью расширения сети учреждений для восстановительного лечения (долечивания), реабилитации и медицинского ухода, создание дневных стационаров. Бурное развитие на протяжении всего XX в. технологических решений, расширяющих возможности повышения медицинской, социальной и экономической эффективности мер по сохранению и укреплению здоровья населения, поставили проблемы реабилитации на одно из ведущих мест в системах здравоохранения различных стран мира.

Термин «реабилитация» (rehabilitation) происходит от лат. слова *rehabilitatio* – восстановление, от *rehabilito* – восстанавливаю. Впервые официальное определение понятия реабилитация дал Франц Иозеф Раттер фон Бус в 1903 г. в книге «Система общего попечительства над бедными» и оно обозначало «восстановление прав, способностей, доброго имени». Аналогичное понимание термина в юридическом аспекте приведено в Толковом словаре Д.Н. Ушакова (1939) – «снятие обвинения и полное восстановление в правах по суду», и в других словарных изданиях – «... восстановление в правах, потерянных в результате судебного приговора (осуждения), например, путем помилования» и т.п. Наряду с правовым определением медицинское толкование термин «реабилитация» получил в 1946 г. в Вашингтоне (США) на совещании по вопросам реабилитации больных туберкулезом, на котором сущность реабилитации рекомендовалось усматривать «в восстановлении физических и духовных сил пострадавшего, а также его профессиональных навыков».

Роль медицинской сестры с каждым годом возрастает и приобретает все большее значение. А как известно, успешность практически любого лечения на две трети зависит от компетентности и профессионализма медицинской сестры. Тем более следует учесть тот факт, что в наше время на плечи медицинских сестер ложится до 80% всей заботы о пациентах. Кроме того, специалисты медицинского звена – палатные и процедурные медицинские сестры, инструкторы (методисты) ЛФК, медицинские сестры по массажу, физиотерапии и работающие в условиях лечебно-профилактических учреждений реабилитационного профиля – трудятся в условиях оказания передовой современной высокотехнологичной медицинской помощи. Таким образом, если врача можно назвать «главой», «мозговым центром» реабилитационной программы, то медицинские сестры являются его руками, «действующей силой» всего процесса реабилитации.

Несмотря на большую проделанную работу по развития системы медицинской реабилитации, имеются и ряд вопросов, требующих решения в ближайшее время. Наиболее значимые из них следующие:

1. Сохранение кадрового потенциала специалистов по реабилитации.
2. Совершенствование подготовки сестринского персонала к аттестации и аккредитации.
3. Внедрение в практику инновационных реабилитационных технологий.
4. Распространение достижений и передового опыта в области сестринского дела в реабилитации, с целью повышения престижа профессии.
5. Привлечение медицинских сестер к проведению научных исследований сестринского дела в реабилитации.

6. Продолжение работы, направленной на соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии.

7. Привлечение медицинских сестер к реализации мероприятий по формированию стереотипов здорового образа и ранней профилактики заболеваний как в медицинской среде, так и у жителей нашей страны.

КОМАНДНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ

Е. В. Головкова – медицинская сестра врача-психиатра

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Кондопожская ЦРБ»*

Инвалиды, страдающие психическими расстройствами, нуждаются в социальной реабилитации в большей степени по сравнению с другими категориями инвалидов. При психических заболеваниях, как ни при каких других, серьезно нарушаются социальные связи и отношения, страдают все психические функции, что вызывает ограничения жизнедеятельности в сфере самообслуживания, общения, обучения, трудовой деятельности, ориентации, контроля над своим поведением, а нередко и в передвижении, т.е. значительно снижается качество жизни.

В течение последних лет среди форм социореабилитационного воздействия выделяется терапия занятостью (occupational therapy английских и beschäftigungs therapie немецких авторов).

Этот вид социотерапевтического воздействия, возникший как противовес постельному режиму с его пассивностью, отличается от трудотерапии тем, что сохраняет элементы игры, развлечения и отдыха. Терапия занятостью не ставит перед собой задачу ни восстановления прежних трудовых навыков, ни обучения новым, ни вообще участия больного в профессиональной деятельности. Это преимущественно проявление различных индивидуальных интересов, т.е. занятия типа хобби.

Условно терапия занятостью можно разделить на несколько видов

- занятия по способностям (музыкальные занятия, литература, рисование, лепка и др.);
- занятия прикладного характера (кружки домоводства, кулинарии, кройки и шитья, вышивания и др.);
- развлекательно-познавательные мероприятия (посещение кино, театра, экскурсии, вечера отдыха и танцев, тематические литературно-музыкальные вечера и т.д.).

Терапия занятостью имеет большое значение, обусловленное стимуляцией социальной активности больных. Эта активность может отвлекать

от болезненных переживаний, стимулировать, активизировать, а также играть существенную роль в плане сохранения и восстановления социально-трудовых установок личности. Таким путем для самого больного раскрываются его сохранившиеся способности, что способствует повышению самооценки.

Терапию занятостью нельзя оторвать от других видов социотерапии (трудотерапия, групповая психотерапия, культтерапия и др.), она является важной стороной лечебно-Главная задача – привлечь человека, страдающего тем или иным расстройством, к жизни социума; по возможности, заполнить вакуум общения, чтобы человек чувствовал свою значимость и мог отвлекаться от мыслей о болезни.

Занятия изобразительным искусством некоторые авторы выделяют в самостоятельный вид лечения (арт-терапия). Отдельные виды занятости следует отнести скорее к так называемой культтерапии. Весьма условны границы между лечением занятостью и трудотерапией.

«Клубный дом» – это реабилитационная программа и модель социальной службы для людей с психиатрическими проблемами, которая позволяет им жить за пределами больницы, восстановить утраченные навыки, ощущение собственной значимости и целеустремленность, определить новые границы своих возможностей, вернуться к активной жизни в обществе, а по возможности и к работе. «Клубный дом» – это место встречи людей со схожими проблемами. «Клубный дом» предоставляет каждому члену:

- Место, куда можно регулярно приходить;
- Значимые для него занятость и конкретную работу;
- Постоянное социальное окружение;
- Упорядоченные и развивающиеся отношения с людьми

В 1999 году такой Клубный дом появился и на базе Амбулаторного психоневрологического отделения Кондопожской ЦРБ. А в августе 2009 года в Минюсте Республики Карелия зарегистрирована КРОО (Карельская региональная общественная организация помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, их родственников и специалистов, работающих в сфере психического здоровья) «Преодоление». Деятельность КРОО направлена на социально-психологическую реабилитацию и адаптацию в обществе лиц, страдающих психическими расстройствами.

Цели и задачи организации:

- Оказание помощи (социальной, психологической, юридической, методической и т.д.) лицам, страдающим психическими расстройствами, и их родственникам;
- Организация мероприятий по реабилитации пациентов;

- Просветительская и методическая помощь специалистам, работающим в сфере психического здоровья
- Ведение работы с гражданами по толерантному отношению к лицам, страдающим психическими заболеваниями.

С января 2016 года Клубный дом занимает отдельное помещение. На базе КРОО с пациентами проводятся мероприятия по реабилитации, которые проводят как специалисты, работающие в сфере психического здоровья, так и волонтеры.

- Терапия трудовой занятостью: различные виды рукоделия, дежурства по уборке помещения клуба, участие в субботниках (соц. работники, мед.сестра);
- Занятия с медицинским психологом;
- Тренинг социальных навыков (соц. работники);
- Клуб общения (соц. работники);
- Культуротерапия: Танцевально-двигательная терапия, театральная студия (врач-психиатр); занятие вокалом, мультимедийная студия (волонтеры)
- Физкультура и спортивные мероприятия: в клубе есть комната, оборудованная спортивными тренажерами, 1 раз в неделю реабилитанты бесплатно посещают бассейн, еженедельно посещают занятия по китайской гимнастике «Цигун», участвуют в соревнованиях по инваспорту.

Мероприятия 2016–2017 гг.:

В Клубе регулярно проводятся тематические праздники (Дни именинника, Новый год, и т.п.).

Ведущий специалист заповедника «Кивач» провела экскурсии и несколько занятий по краеведению для реабилитантов в КРОО.

18–19 июля 2016 г. Был реализован проект «Солнечный город». Он был организован в формате палаточного лагеря. В нем приняли участие реабилитанты клуба «Преодоление», их родственники, волонтеры, специалисты, работающие в сфере психического здоровья.

В сентябре 2016 г. группа реабилитантов были приглашены в молодежно-образовательный центр «Маткачи», где совместно с театральной студией «Росток» (г. Петрозаводск) участвовали в мастер-классах по актерскому мастерству и сыграли небольшой спектакль-сказку.

С 23 по 29 ноября 2016 года состоялся Четвертый Московский Фестиваль творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны». В нем приняли участие и наши реабилитанты. Они показали спектакль «Чарли», рисунки и фотографии пациентов были представлены на выставках.

18 декабря состоялся ежегодный фестиваль «Преодоление», в котором приняли участие представители КРОО «Преодоление», театральной студии «Росток» (г. Петрозаводск), ПНИ «Черемушки», ЦСОН «Забота».

8 января 2017 г. творческий коллектив КРОО был приглашен в г. Петрозаводск на юбилей театральной студии «Росток», где показал спектакль «Робин-Бобин»

21 января 2017 г. реабилитанты выступали перед маленькими зрителями на детском отделении ЦРБ со спектаклем «Робин-Бобин». А 28 марта там же было выступление «Лимпопо-бэнд» с игрой на африканских барабанах джемах.

16 апреля 2017 г.

Весной 2017 г. Реабилитанты принимали участие в проекте «Бременские музыканты», который продолжался два месяца и включал в себя тренинги по толерантности, совместное “Дискавери” школьников и людей с инвалидностью, уроки историко-бытовых танцев, занятия по вокалу и актерскому мастерству и закончился одноименным мюзикл-балом. В проекте участвовали учащиеся и педагоги школ города, специалист по социальной работе, психолог, хореограф, волонтеры, КИМ «Гардемарин».

МЕТОДИКА ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ ДЛЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

**И.И. Чернова – медицинская сестра палатная
неврологического отделения**

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Госпиталь для ветеранов войн», г. Омск*

Актуальность темы. Дисциркуляторная энцефалопатия выходит на одно из ведущих мест современной неврологии. Примерно у каждого десятого пожилого человека развивается более тяжёлый когнитивный дефицит, что приводит к утрате трудоспособности, а затем и бытовой независимости. Проявляются когнитивные нарушения снижением способности сконцентрировать внимание, ухудшением памяти, затруднением при организации или планировании какой-либо деятельности, снижением темпа мышления, утомляемостью после умственной нагрузки. Типичным для ДЭП является нарушение воспроизведения полученной информации, двигательные нарушения, жалобы на головокружение и неустойчивость при ходьбе. Наличие проблемы когнитивных нарушений, тяжесть и выраженность данной патологии у лиц пожилого и старческого возраста снижает качество их жизни, вызывая ситуационные и жизненные затруднения. Предполагается, что использование специальных физических упражнений, направленных на улучшение

когнитивных функций, координационных способностей в системе лечебной гимнастики для лиц пожилого и старческого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией, активизирует процесс реабилитации, позволит сформировать приверженность к активному образу жизни и улучшит ее качество.

Цель исследования: адаптировать традиционную методику лечебной гимнастики при энцефалопатии (С.Н. Попов, 2006) для улучшения качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста.

Объект исследования: пациенты неврологического отделения с дисциркуляторной энцефалопатией. Предметом исследования является эффективность методики лечебной гимнастики у пациентов с когнитивными нарушениями.

Материалы и методы исследования. Объем выборки составил 30 пациентов неврологического отделения с дисциркуляторной энцефалопатией в возрасте от 60 до 80 лет, без ограничения по полу. Психосоциальный статус пациентов оценивался с помощью краткой шкалы MMSE и теста «Рисования часов» (О.С. Левина).

Для оценки динамической и статической координации использовались: «Пальценосовая проба», «Пяточно-коленная проба» (Куртьев С.Г.), «Проба Ромберга». Проводились физиологические методы исследования такие как артериальное давление, частота сердечных сокращений, удельный объем крови, минутный объем крови, сердечный индекс, ортостатическая проба, координационные пробы.

За основу взята традиционная методика по Попову, в которую входят: дыхательные, общеразвивающие и специальные упражнения, направленные на развитие вестибулярного аппарата, упражнения для всех мышечных групп (рис. 1).

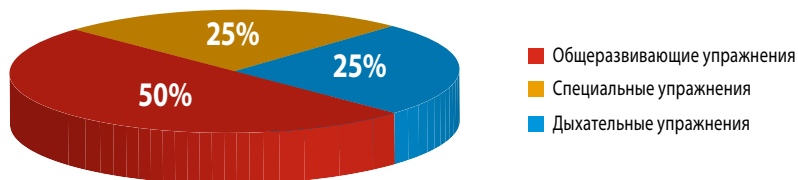


Рис. 1. Традиционная методика лечебной гимнастики (С.Н. Попов, 2006)

Разработана методика лечебной гимнастики, дополненная тремя блоками: когнитивные упражнения, требующие активного участия головного мозга; пальчиковая гимнастика, повышающая зрительно-моторную координацию и концентрацию внимания; координационные упражнения, тренирующие

вестибулярный аппарат: слух, зрение, речь. Длительность занятия составляла 30 минут, 3 раза в неделю (рис. 2).

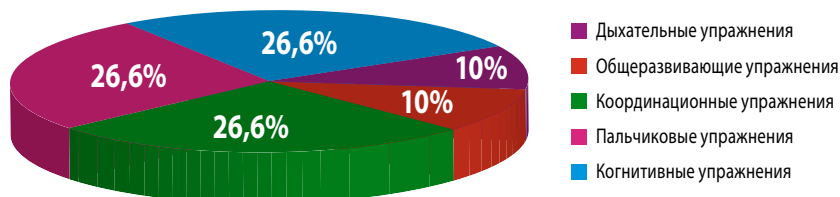


Рис. 2. Усовершенствованная методика лечебной гимнастики для лиц пожилого и старческого возраста

Оценка когнитивных функций с помощью теста «Рисования часов» по О.С. Левину по пятибалльной системе показывает положительную динамику с выраженной тенденцией увеличения баллов после проведенного исследования, следует отметить, что оценка в 3 балла увеличилась в 2 раза и появилась оценка 5 баллов, соответствующая норме (рис. 3).

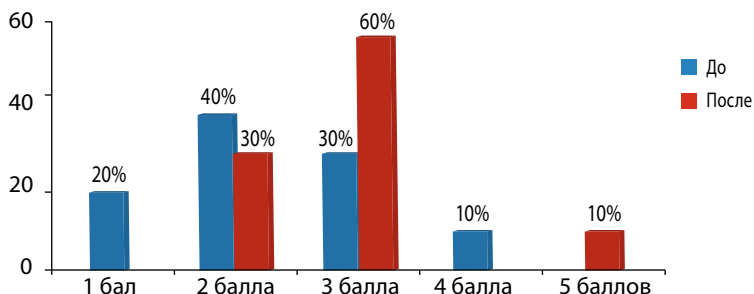


Рис. 3. Оценка когнитивных функций с помощью теста «Рисования часов»

После интерпретации результатов тестирования по шкале оценки психического статуса «MMSE», было выявлено, что после применения лечебной гимнастики у пациентов с когнитивными нарушениями и деменцией легкой степени выраженности уменьшились показатели на 10 % соответственно. Возрастная физиологическая норма когнитивных функций составила 50 %, на 20 % выше, чем до исследования (рис. 4).

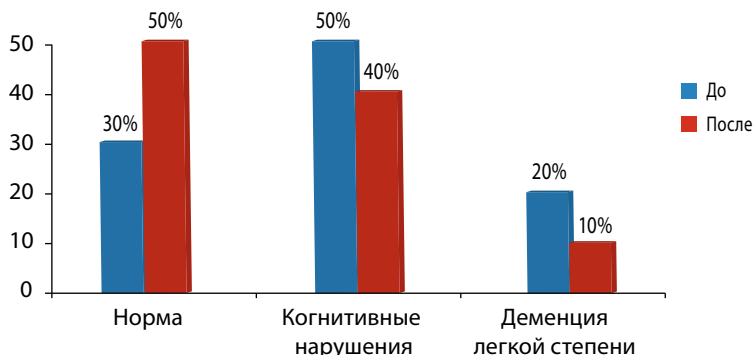


Рис. 4. Оценка психоэмоционального статуса пациентов с ДЭП по шкале «ММSE»

Для оценки статической координации была использована широко известная проба Ромберга. Незначительное улучшение на 2 секунды может быть связано с непродолжительным применением методики, ограниченным сроком госпитализации, значительное улучшение возможно при формировании приверженности к здоровому образу жизни.

Результаты «пяточно-коленной пробы» свидетельствуют о значительном улучшении динамической координации, у 90 % пациентов показатели приблизились к норме и у 10 % отмечено 2 попадания из трех попыток (рис. 5).

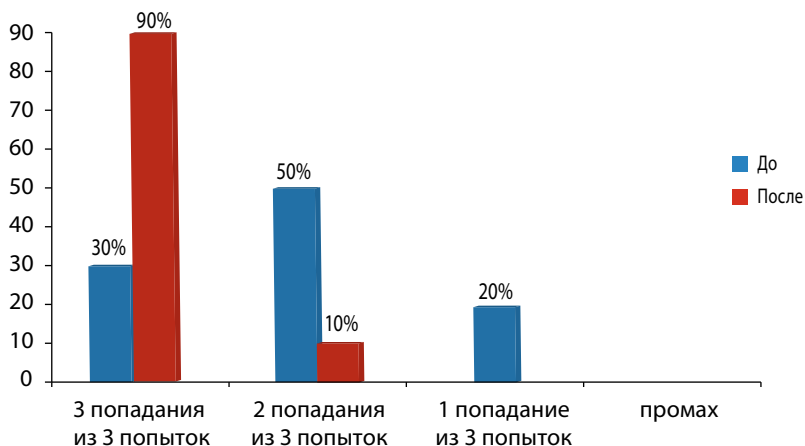


Рис. 5. Оценка динамической координации «Пяточно-коленная проба»

Заключение. В ходе проведения исследования были выявлены нарушения когнитивных функций у лиц пожилого и старческого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией.

При проведении исследования была разработана методика лечебной гимнастики для лиц пожилого и старческого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией.

Применение разработанной методики лечебной гимнастики способствует: нормализации когнитивных функций, психоэмоционального состояния, улучшению динамической и статической координации, несомненно, положительно влияет на качество жизни пациента. На основе полученных результатов исследования составлены практические рекомендации: для восстановления нарушенных функций у пациентов пожилого и старческого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией требуется комплексный подход, сочетающий различные средства и методы лечебной физкультуры; занятия лечебной гимнастикой по предложенной методике необходимо проводить 3–4 раза в неделю по 30–40 мин. Для более эффективного процесса методики лечебной гимнастики рекомендуется применять дыхательные упражнения и упражнения на расслабления. Для укрепления волевой деятельности у лиц пожилого возраста необходимо применять упражнения на координацию движений, равновесие и растяжение мышц. С целью улучшения когнитивных функций рекомендуется использовать пескотерапию, гарденотерапию, пальчиковую гимнастику. В занятиях лечебной гимнастикой следует включать упражнения с предметами в И.П. – лежа, сидя, стоя, так как это помогает контролировать качество выполнения упражнений. Приверженность к активному образу жизни у геронтологических пациентов – залог успеха.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

С. Б. Цибулина – главная медицинская сестра

*ГБУЗ ТО «Детский психоневрологический
лечебно-реабилитационный центр «Надежда»*

Тюменская область входит в состав Уральского федерального округа. На 01 января 2017 года численность прикрепленного населения по Тюменской области – 1 429 232 человека. Каждый пятый житель – это дети до 18 лет, 327 044 чел. (21,9%).

У одних детей весь комплекс реабилитационных мероприятий будет включать только коррекцию двигательных нарушений, у других – только коррекцию психических и речевых навыков. Но в большей степени, наблюдается сочетанная патология, и растущий ребенок требует комплексного реабилитационного воздействия. В конечном итоге, все заканчивается либо полной интеграцией ребенка в общество, либо полностью исчерпывается реабилитационный потенциал, и ребенок приобретает статус паллиативного, который также нуждается в помощи: оптимизации нутритивного статуса, респираторной поддержке, в позиционном менеджменте для эффективного купирования хронического персистирующего болевого синдрома, когда мы говорим уже не о качестве жизни, а о качестве умирания. В Российской Федерации существует ряд нормативных документов, регулирующих оказание реабилитационной и паллиативной помощи детям.

Абсолютно различаются структуры причин детской смертности и смертности взрослого населения, что делает принципы паллиативной помощи взрослому населению неуместными для паллиативной помощи детям. Разработка стандартов педиатрической паллиативной помощи в настоящее время становится приоритетной во всем мире. Многие детские заболевания являются редкими, продолжительность болезни может значительно варьировать от нескольких дней до нескольких лет. Ребенок может дожить до раннего взрослого возраста, что потребует оказания ему реабилитационной и паллиативной помощи в течение многих лет. Детям с заболеваниями, приводящими к преждевременной смерти, необходимы услуги многопрофильных и мультидисциплинарных служб в течение длительного периода времени. Для создания эффективной системы паллиативной помощи детям в нашей стране необходимы понимание ее сути, отличий от паллиативной помощи взрослым, изучение опыта других стран и пионеров отечественной паллиативной помощи детям. Надо просто правильно поставить цели реабилитации и применять только те методы, которые являются эффективными с позиций доказательной медицины. Задачами паллиативной помощи является оказание поддержки родителям, братьям и сестрам больного ребенка, бабушкам и дедушкам.

В оказании реабилитационной паллиативной помощи детям главная роль отводится специалистам со средним медицинским образованием, так как, именно они большую часть времени проводят с этими детьми, отмечая все изменения в состоянии здоровья пациента. Для оказания качественной медицинской помощи данные специалисты нуждаются в обучении, потому что, мы не знаем, как правильно купировать симптомы, как разговаривать с родителями и родственниками, как определиться со своими эмоциями и своим миропониманием, приступая к медицинской деятельности «между жизнью и смертью».

Если человека нельзя вылечить, это не значит, что ему нельзя помочь.

ЭТАПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

М.В. Купчикова – главная медицинская сестра

ОГБУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница»

Одна из главных задач психосоциальной реабилитации – задействовать сохранные стороны личности больных и создать на этой основе достаточно высокий уровень мотивации к позитивным изменениям, сформировать сознательное отношение к лечению и ответственность за свое поведение. В связи с этим основным условием успешности реабилитации является привлечение больного человека к активному участию в процессе восстановления, поэтому его личность становится главным инструментом изменений. Это тем более важно, поскольку психосоциальная реабилитация предполагает прогрессивное улучшение социального функционирования, ведущее к самостоятельному и независимому жизнеобеспечению (3). Осуществление дифференцированных реабилитационных программ больным с затяжным течением заболевания и выраженными проявлениями госпитализма базируются на основных принципах реабилитации психически больных [Д.Е. Мелехов, 1966; М.М. Кабанов, 1970; Е.Д. Красик, 1971]. Эти программы реализуются врачами и персоналом отделений, лечебно-трудовых мастерских, коллективом функционирующего в больнице реабилитационного центра, работа которого подробно описана томскими психиатрами (А.И. Потапов, М.И. Петров, А.Л. Шмилович, П.П. Балашов). В повседневной работе с больными широко используются дифференцированные режимы наблюдения и реабилитации [Е.Д. Красик, 1970], которые:

- Позволяют охватить всех пациентов реабилитационными мероприятиями дифференцированно в соответствии с клиническими показаниями на разных этапах восстановительного лечения;
- Позволяют четко дифференцировать состав больных стационара, иметь оперативную информацию о тяжести клинического состояния больных в отделениях и в целом по больнице;
- Создают реальные предпосылки управления процессом реабилитации с целью его оптимального обеспечения и рационального распределения больных и персонала на всех этапах реабилитации;
- Помогают лучше организовать труд персонала, регламентировать его деятельность, более четко определять отношения к тем или иным группам больных, дифференцированный подход к больным и мероприятиям, проводимым с ними, унифицировать работу персонала крупного психиатрического стационара;

– Позволяют достигнуть максимального нестеснения больных, обеспечить безопасность, как больных, так и персонала, избегать чрезвычайных происшествий в отделениях.

Основные этапы реабилитации:

Каждый этап реабилитации реализуется в рамках соответствующей организационной формы психиатрической помощи. В связи с этим реабилитационная программа включает различные социальные мероприятия. (1)

Первый этап (этап восстановительной терапии) – лечение в стационаре, активная биологическая терапия с включением психотерапии и социотерапии, постепенный переход от щадящего режима к активизирующему (2). Активная биологическая терапия включает в себя терапию психотропными средствами (антипсихотиками (нейролептиками), анксиолитиками (транквилизаторами), антидепрессантами, психостимуляторами, ноотропными препаратами и другими). Биологическая реабилитация все более приобретает характер поддерживающей фармакотерапии, или купирующей терапии, снимающей острые симптомы, время от времени продолжающие беспокоить больного (3). На данном этапе реабилитацией пациентов, в основном, занимаются врачи и медицинские сестры. Соотношение и объем биологической и психосоциальной помощи на разных этапах различен: если на первом этапе биологическое лечение (медикаментозное, физиотерапевтическое) играет большую роль, будучи интенсивным и курсовым, а другие методы социотерапии и особенно психотерапии являются дополнительными, то на последующих этапах роль психосоциальных воздействий становится ведущей (3).

Задачей второго этапа реабилитации, называемого реадaptацией, есть приспособление больного к условиям внешней среды, восстановление приспособляемости: мотивация пациента к труду, к активному образу жизни, межличностным отношениям и т.д. Здесь внимание обращается не только на формирование позитивно настроенного по отношению к больному окружения, но и постепенная активизация самого пациента. На этом этапе преобладают психосоциальные действия, среди которых на первое место выдвигается стимуляция социальной активности больных разными методами (2). В нашей больнице на данном этапе к реабилитации пациентов подключаются медицинские психологи, инструкторы по реабилитации, культорганизаторы. Много занятий проходит в виде тренингов.

Тренинг (англ. *training* от *train* – обучать, воспитывать) – метод активного обучения, направленный на развитие знаний, умений и навыков и социальных установок (4).

В 2016 году медицинскими психологами, инструкторами по реабилитации нашей больницы проведены следующие тренинговые занятия: «Эффективное

общение», «Знакомство и общение в группе», «Эмоции и чувства», «Тренинг сензитивности», «Коммуникация и взаимодействие в группе», «Этикет и хорошие манеры», «Поведение в экстренных ситуациях», «Здоровый образ жизни», «Полезные привычки», «Правила общения в социуме», «Трудоустройство», «Уверенное поведение», «Конфликты и способы их решения», «Развитие памяти и внимания», «Рациональное планирование расходования денежных средств», «Самостоятельное, независимое проживание», «Правила техники безопасности в быту», «Обучение основам безопасности жизнедеятельности». Медицинские сестры проводят обучающие занятия по различным темам, направленные на формирование здорового образа жизни, например: «Жизнь людей сохраняет вакцинация», «Движение – это жизнь. Физическая активность поможет сохранить здоровье», «Пивной алкоголизм», «Пассивное курение. Как не быть пассивным курильщиком», «Проблемы вечные – кишечные...», «Осторожно – клещи!», «Что нужно знать женщине о раке молочной железы», «Что такое анорексия? Как избежать опасной болезни», «Катастрофу можно предотвратить. Как избежать инфаркта?», «Берегитесь переохлаждений. Как избежать простудных заболеваний», «Скажи, что ты ешь... Чем вреден фаст-фуд?», «Скажем атеросклерозу – нет!», «Сладкая жизнь (Профилактика болезней эндокринной системы, расстройств питания и обмена веществ)», «Медико-социальные аспекты и профилактика социально-значимых инфекций (ЗППП, туберкулез, СПИД/ВИЧ, гепатит)» и многие другие.

В больнице активно функционирует театральная студия «Настроение», где с большим удовольствием занимаются наши пациенты. Вот некоторые из проведенных мероприятий: Новогодняя сказка (Спектакль) «Вечера на хуторе близ Диканьки»; Новогодняя сказка «В ожидании Морозова»; Спектакль «За двумя зайцами»; «Пришла коляда отворяй ворота»; Поэтический конкурс «Образ, бережно хранимый»; концерты с активным участием пациентов, (спектакль) «Слепой художник в темной комнате»; «Крокодил» (конкурсно-игровая программа) и другие. Помимо общебольничных постановок и концертов, кульорганизаторы и медицинский персонал готовят новогодние представления в отделениях. В данные представления активно вовлекают пациентов. Команда наших пациентов принимает активное участие Московском фестивале «Нить Ариадны» (2012, 2014, 2016 г.г.). В 2016 г. представляли спектакль «Остров Надежды», с которым в дальнейшем выступили на гала-концерте при закрытии фестиваля. Традиционно в нашей больнице также проводятся шашечно-шахматный, футбольный турниры среди пациентов. Конкурсы: новогоднее оформление отделений, конкурс снежных фигур, «Праздник цветов и урожая», смотр-конкурс прогулочных садиков. В подготовке к данным конкурсам принимают участие пациенты и персонал

отделений. По результатам вручаются поощрительные призы для отделений. Инструкторами по реабилитации проводятся занятия с элементами арт-терапии: в технике «оригами», «аппликация», «квиллинг», «правополушарное рисование», лепка из пластилина, раскрашивание узоров и картинок, шитье из фетра, вышивка бисером. Кульорганизаторы и инструкторы по реабилитации посещают с пациентами кинотеатры, музеи, проводят экскурсии по городу Томску. Все эти мероприятия направлены на социализацию пациентов.

Третий этап реабилитации – психосоциальная реабилитация в собственном (прямом) смысле этого слова. Очень трудным и в то же время весьма важным делом, содействующим успеху реабилитации, является организация правильного отношения к больным со стороны окружения в семье, с друзьями, на работе (2). Параллельно с работой с пациентом проводится психокоррекционная работа с ближайшими родственниками (родителями, женой, мужем и др.) направленная на создание адекватных представлений о заболевании и особенностях личности, умения своевременно смягчить конфликтные напряженные ситуации. Такая работа обеспечивает в итоге более длительные ремиссии и улучшает семейную атмосферу, а также дает более ясную и четкую картину будущего и повышает уровень качества жизни (5). Широко применяется психообразовательный метод, который заключается в обучении и инструктировании больного и его родственников. Он выполняется в форме лекций, посвященных таким темам как: «основные симптомы», «течение и прогноз болезни», «методы лечения», «возможные трудности» и так далее. Информированность больных уменьшает внутреннее сопротивление лечению, устраняет неоправданные подозрения, создает условия для построения прочного терапевтического альянса психолога (психотерапевта) и пациента. При отсутствии помощи близких, поддерживающей и профилактической врачебной терапии, больной может оказаться в состоянии полной бездеятельности и бытовой запущенности, вследствие чего наступает рецидив заболевания.

Таким образом, в нашей больнице осуществляется комплексный подход к реабилитации пациентов, страдающих психическими расстройствами.

Использованная литература:

1. Авруцкий Г.Я. Лечение психически больных. Раздел 2
2. Copyright © MedicInform.Net – медицина, психология, 1999-2017
3. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни (к вопросу об охране психического здоровья) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. № 1. – С. 24.

4. Коллектив авторов. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Титанова; отв. ред. Ю.А. Александровский. – М.: ГЭОТАР- Медиа 2012.
5. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 4. – С. 5–20

ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ АСПЕКТОВ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ НА ПРИМЕРЕ ОБУЗ «ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН» Г. КУРСКА

**О.Л. Вакулина – старшая медицинская сестра отделения
восстановительного лечения (ОВЛ),
Е.М. Синкевич – заведующая ОВЛ**

ОБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»

И.В. Толкачева – доцент

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России

Забота о людях почтенного возраста – важная задача современного общества. Пожилые люди должны жить полной жизнью, получая не только надлежащий уход, но и возможность самореализации. В связи с этим возрастает актуальность и значимость реабилитационных мероприятий в восстановлении здоровья пожилых людей.

Реабилитация пожилых людей и инвалидов – сложное, многогранное понятие, минимальной задачей которого является восстановление способности к самообслуживанию и независимости, улучшение психологического состояния и возвращения хорошего самочувствия, а максимальной – хотя бы частичное восстановление трудоспособности.

Во всех регионах России существуют разнообразные учреждения для реабилитации пожилых. На территории Курской области для обеспечения достойных условий жизни россиян, отдавших силы и здоровье защите Отечества, в 2000 году создано и работает уникальное учреждение здравоохранения областное бюджетное учреждение здравоохранения (ОБУЗ) «Госпиталь для ветеранов войн».

Цель исследования: изучить некоторые аспекты организации медицинской реабилитации лиц пожилого возраста на примере ОБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн».

Задачи исследования:

1. Разработать концепцию исследования.
2. Составить медико-демографический портрет пациентов, прошедших медицинскую реабилитацию в отделении восстановительного лечения (ОВЛ).
3. Провести организационный анализ деятельности ОВЛ.
4. Оценить качество предоставляемых медицинских услуг (по мнению пациентов).

Методы исследования: группировка данных, структурный, сравнительный анализы, ранжирование, статистическая обработка данных, социологический опрос.

Объекты исследования: годовые статистические материалы ОВЛ за период 2014–2016 гг., пациенты, прошедшие медицинскую реабилитацию в ОВЛ (50), анкеты социологического исследования (50). На первом этапе нами разработана концепция исследования, включающая 3 этапа (рисунок 1).



Рисунок 1 – Концепция исследования

На 1 этапе составлен медико-демографический портрет пациента, прошедшего медицинскую реабилитацию в ОВЛ (пол, возраст, категория, заболевание). На 2 этапе проведен организационный анализ деятельности ОВЛ, представленный изучением его количественных и качественных показателей работы, а также проведен сравнительный анализ фактической выполняемой работы медицинским персоналом и его штатного норматива. На 3 этапе исследования изучено качество предоставляемых медицинских услуг в ОВЛ (по мнению пациентов).

В результате исследования нами сформирован медико-демографический портрет пациента, прошедшего медицинскую реабилитацию в ОВЛ «Госпиталя для ветеранов войн». Это примерно в равных долях 50,4 % и 49,6 % мужчина или женщина, в возрасте старше 70 лет 54,1 %, ветеран труда 44,2 % и страдающие заболеванием системы кровообращения 60,7 %.

На наш взгляд, интерес представляют категории пациентов, имеющие возможность пройти медицинскую реабилитацию в ОВЛ. За трехлетний период (2014–2016 гг.) выделено 12 категорий граждан: наибольший удельный вес в их структуре с долей 44,2 % составляют ветераны труда, на 2 и 3 местах с долями 25,7 % и 12,4 % находятся труженики тыла и участники Великой Отечественной войны (ВОВ). Прочие категории составляют доли менее 8 %. Это такие как инвалиды ВОВ, ветераны боевых действий, члены семей погибших военнослужащих, ветераны в оенной службы, бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто, лица, награждённые знаком «Жителю блокадного Ленинграда», реабилитированные лица и лица, пострадавшие от политических репрессии, участники ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС и других техногенных катастроф, почётные доноры СССР или России.

Организационный анализ деятельности ОВЛ за период 2014–2016 гг., показал, что ежегодно в ОВЛ проходят медицинскую реабилитацию более 4500 пациентов, получающих более 60 тыс. физиотерапевтических процедур и 25 тыс. процедур лечебной физкультуры и массажа.

Структура физиотерапевтических процедур представлена электро-, свето-, тепло, водолечением. Ранжирование показало, что лидируют в их структуре с долями 23,7 % и 21,5 % магнитотерапия и лазеротерапия, что обусловлено, по нашему мнению, большим количеством показаний для проведения данных процедур. На следующей рейтинговой позиции находится озокерит с долей 12,5 %. Прочие процедуры составляют доли менее 10 %, но спектр их достаточно разнообразен (таблица 1).

Таблица 1

Структура физиотерапевтических процедур ОВЛ

Виды процедур	Количество	
	Абс.знач.	Доля, %
Магнитотерапия	14976	23,7
Лазеротерапия	13574	21,5
Озокерит	7838	12,5
Спелеокамера	5254	8,4
Синусоидальные модулированные токи , диадинамотерапия	4298	6,8
Дарсонвализация	3466	5,4
Ванны (вихревые, жемчужные)	2776	4,3
Душ	2338	3,6
Электрофорез	2022	3,1
Ультразвуковая терапия	1784	2,8
Ингаляции	1536	2,5
КВЧ-терапия	938	1,5
УФО	738	1,1
Импульсный низкочастотный физиотерапевтический аппарат (Инфита)	652	1,1
Нуга-бест (массажная кровать)	564	0,9
ИКВ (инфракрасное излучение)	314	0,5
АМОК (очищение кишечника)	144	0,2
Электросон	114	0,1
Итого	63326	100,0

Сравнительный анализ соответствия фактической выполненной работы медицинским персоналом ОВЛ показал значительное перевыполнение по сравнению со штатным нормативом.

Как видно из таблицы 2, в ОВЛ согласно штатного расписания 5,25 ставок МС физиотерапии, 4 – массажа и 1,5 – ЛФК. Согласно норматива, приведенного в приказе № 1440 от 21.12.1984 г., на 1 ставку МС физиотерапии, массажиста и инструктора ЛФК приходится 15000, 7416 и 3354 процедурных единицы соответственно. Однако, коэффициент укомплектованности средним медицинским персоналом соответствует 100 % только у МС по массажу, а для МС физиотерапии и инструкторов ЛФК составляет 76 % и 66 % соответственно. Количество фактически проведенных медицинских услуг по всем трем направлениям деятельности свидетельствует о перевыполнении штатного норматива как на 1 физическое лицо, так и на 1 штатную единицу: для

МС физиотерапии перевыполнение составляет 84 %; инструктора ЛФК – 29 %, МС массажа – 7 %.

Таблица 2

Сравнительные показатели работы медицинского персонала ОВЛ
ОБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»

Вид лечения	кол-во шт.ед.	норма процедур		кол-во физ. лиц	фактически выполнено			отклонения
		на 1 шт.ед.	на все шт.ед.		всего	на 1 физ. лицо	на 1 шт.ед.	
физиотерапия	5,25	15000	78750	4	145307	36326	27677	+ 84 %
массаж	4	7416	29664	4	31806	7951	7951	+ 7 %
ЛФК	1,5	3354	5031	1	4351	4351	2900	+ 29 %

На третьем этапе нашего исследования путем социологического опроса пациентов изучено качество предоставления физиотерапевтических услуг в ОВЛ. Для этого нами разработана оригинальная анкета и проведен опрос 50 пациентов.

95 % пациентов оценили качество физиотерапевтической помощи как удовлетворительное, 5 % как неудовлетворительное. Среди причин неудовлетворительности отмечены: несвоевременное получение процедуры (3 %); недостаточное внимание МС к пациенту при выполнении процедуры (5 %); не предоставление подробной информации о физиотерапевтической процедуре (7 %). Анкетирование показало, что 7 % опрошенных испытывали трудности при выборе времени для проведения процедуры, а поиск нужного кабинета для получения физиотерапевтической процедуры вызывал затруднение у 6 % респондентов.

Пациенты отметили, что МС ОВЛ внимательно и доброжелательно относятся к пациентам. Если кому и не была предоставлена полноценная информация о чем-либо, то это только по причине сильной загруженности МС и нехваткой рабочего времени на более тесное общение с пациентами.

Полученные результаты исследования позволяют определить направления совершенствования организации медицинской реабилитации в ОВЛ ОБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн».

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Т. С. Тыдыкова – главная медицинская сестра

ГБУ РС (Я) «Нерюнгринская ЦРБ», г. Нерюнгри

По данным Всемирной организации здравоохранения количество ежегодно регистрируемых новых случаев онкологических заболеваний и количество смертности в мире в 2016 году возросло по сравнению с 2015 г. В Нерюнгри показатели онкологических заболеваний за последние три года увеличилось с 260,7 до 286,9 случаев. Смертность от онкологических заболеваний составила со 143,6 до 150, случаев в год. Количество состоящих на учете онкологических больных за последние 3 года по району увеличилось со 1125 до 1186 человек. Понятие «паллиативная помощь» возникло в связи с лечением онкологических больных, но сегодня потребность в паллиативной помощи достоверно более высокая при: последствиях острого нарушения мозгового кровообращения, дегенеративных заболеваниях нервной системы, различных видах деменции, тяжелых необратимых последствиях травм. В марте 2016 года Нерюнгринском районе на базе «Нерюнгринская ЦРБ», создано первое отделение сестринского ухода на 25 коек. Койки сестринского ухода предназначены для длительного пребывания пациентов, которым нужно круглосуточное наблюдение, но при этом не нужен постоянно врач, а достаточно помощи медсестры. Открытию отделения предшествовала подготовительная работа, связанная с ремонтными работами, оснащению оборудованием, согласно порядка, и профессиональной подготовкой персонала по оказанию паллиативной медицинской помощи. Нерюнгринским медицинским колледжем проведен 144-часовой курс обучения медицинских сестер по вопросам оказания паллиативной помощи.

Цель открытия отделения:

- повышение доступности медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста, страдающих хроническими заболеваниями;
- улучшение качества оказания медицинских услуг.
- создание системы маршрутизации пациентов направляемых из поликлиники для прохождения курса стационарного лечения, а также со стационарных подразделений больницы.
- формирование схемы взаимодействия с амбулаторно-поликлинической службой и социальной службой по передаче данных о пациентах, что позволит решить проблемы преемственности со специалистами.

Круг обязанностей медицинской сестры имеет свои особенности тем самым отличает от медицинских сестер других отделений, где медицинские сестры являются исполнителями врачебных назначений.

Палатная медицинская сестра в отделении сестринского ухода помимо выполнения врачебных назначений, при поступлении:

- курирует больного, заполняет сестринскую историю болезни,
- проводит объективную оценку состояния пациента,
- выявляет проблемы,
- составляет план сестринских вмешательств,
- круглосуточно заботится, создает комфортные условия, ухаживает и
- наблюдает за динамическим состоянием здоровья,
- проводит оценку эффективности, все ее действия отражаются в листе динамического наблюдения, что способствует развитию у медсестры клинического мышления и медсестра самостоятельно принимает профессиональные решения по уходу за пациентом, это свидетельствует об увеличении профессиональной компетенции, повышении профессионального статуса.

Для систематизации сестринской деятельности мы разработали и используем формы документации:

- Лист регистрации противопролежневых мероприятий
- План сестринских вмешательств
- Карта оценки боли;
- Контроль диуреза
- Выписной эпикриз из отделения сестринского ухода
- Сестринский эпикриз
- Дневник наблюдений за пациентом.

Для изучения мнения пациентов о работе персонала отделения проведен анализ отзывов в Книге жалоб и предложений, жалоб и замечаний в книге не зафиксировано. На первом месте практически все пациенты пишут благодарность за чуткое, доброе отношение медицинского персонала к больным, внимательность. Отмечают улучшение своего здоровья, выражают надежду на то что теперь им не стоит беспокоиться, где пройти очередное профилактическое лечение своих хронических заболеваний от которых они страдают много лет, что они уверены в завтрашнем дне и могут получить квалифицированную медицинскую помощь в нашем отделении.

Сегодня очень трудно привлекать молодое поколение к медицине, так как это трудная и очень ответственная работа. Но своим примером мы надеемся, что тесное сотрудничество с медицинским колледжем послужит началом воспитания у студентов чувства профессионального долга, ответственности, сострадания и милосердия, готовности ставить интересы инкурабельных пациентов превыше своих в практической деятельности, а так же формирование профессиональных компетенций.

Среди учащихся Нерюнгринского медицинского колледжа было проведено анкетирование, в котором приняли участие 112 студентов с целью: изучения мнения студентов о роли сестринского персонала в оказании паллиативной помощи. По результатам изучения мнения студентов следует: паллиативная помощь- это квалифицированный сестринский уход оказываемый с целью улучшения качества жизни пациентов. Основными принципами в работе медсестры являются профессионализм, милосердие, душевная теплота. В работе с инкурабельными больными медсестра должна обладать следующими чертами характера- повышенное чувство ответственности, доброта, чуткость и понимание. Организация паллиативной помощи по силам далеко не каждому. Ведущей профессиональной ролью в работе медсестры при оказании паллиативной помощи является роль психолога и координатора ухода.

ВЫВОДЫ:

1. Внедрение сестринского процесса является неотъемлемым элементом качества сестринской помощи.
2. Сестринский процесс осуществляется командой медицинских сестер – специалистов, что обеспечивает многоплановый активный качественный уход круглосуточно.
3. Благодаря профессиональным квалифицированным знаниям медицинской сестры, ее терпению, заботливого отношения и милосердия, пациенты обретают надежду на восстановление своих нарушенных функций двигаться, жить и радоваться жизни, быть уверенным в завтрашнем дне.
4. Роль медицинской сестры оказывающей паллиативную помощь пациентам, сегодня возросла – от простого исполнителя врачебных назначений до квалифицированного специалиста, владеющего научно-обоснованным методом по оказанию сестринской помощи, обладающего клиническим мышлением и принимающего самостоятельные профессиональные решения по уходу за больными.
5. Хочется отметить что раньше у сестры был лишь один путь роста – стать врачом. Сейчас можно расти, оставаясь при этом в профессии медсестры.

Таким образом подводя итоги, сегодня можно с уверенностью сказать, что работа отделения по оказанию паллиативной помощи доказывает: медицинские сестры -это квалифицированные специалисты сестринского дела, которые своим примером высоко поднимают престиж медицинского работника.

СИМПОЗИУМ
«ЭТИКА И КУЛЬТУРА ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.
ЭТИКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ»

ЭТИЧЕСКОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

С. Ф. Дацюк

Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н.», председатель этического комитета Омской профессиональной сестринской ассоциации, г. Омск

Развитие сестринского дела как науки, совершенствование практических навыков медицинских сестер, а также постоянное внимание специалистов сестринского дела к этическим аспектам своей деятельности составляют сегодня основу сестринской профессии. Поэтому этическим комитетом Омской профессиональной сестринской ассоциации уделяется большое внимание обучению сестринского персонала практическому применению принятых Ассоциацией медицинских сестер России этических документов, основным из которых является Этический кодекс медицинской сестры России.

Этот документ служит шкалой ориентиров морально-этического регулирования профессиональной деятельности медицинской сестры, представляет собой совокупность норм поведения медицинского работника в лечебном процессе. Этический кодекс определяет базовые ценности сестринской профессии (милосердие, автономия, справедливость и доступность медицинской помощи), помогает медицинским сестрам развивать этическое мышление, решать вопросы о правомерности, этической обоснованности предпринимаемых в ежедневной практике действий.

Этический кодекс медицинской сестры России отражает современные представления о правах пациента, которые определяют содержание конкретных обязанностей, определяют формулы морального долга медицинской сестры. Эти обязанности служат своего рода эталонами, поясняя, как воплощать те или иные моральные ценности на практике. Этический кодекс медицинской сестры России регулирует деятельность сестринского персонала и определяет следующее:

- Сестринский персонал несет основную ответственность за улучшение здоровья, профилактику заболеваний, восстановление здоровья и уменьшение страданий. Каждая медицинская сестра должна проявлять уважение к жизни, человеческой ценности и правам человека.
- При выполнении работы медицинским сестрам следует способствовать созданию такой атмосферы, в которой уважаются ценности отдельного человека.

- В профессиональную задачу медицинских сестер входит также принятие мер, необходимых для защиты пациента, если возникает риск ущемления его прав.

- Медицинские сестры признают и уважают достоинство, как неотъемлемую часть каждого человека, ценят возможность содействовать здоровью и комфорту пациентов, помогают им быть максимально здоровыми при нормальном самочувствии, болезни или травме.

- Медицинские сестры ценят возможность, не подвергая риску пациента, квалифицированно и этически правильно ухаживать за ним, что позволяет им выполнять свои этические и профессиональные обязанности.

- Медицинские сестры уважают и способствуют самостоятельности пациентов и помогают им выражать свои ценности и потребности в отношении здоровья, а также получать услуги и желаемую информацию для того, чтобы принять решение.

- Медицинские сестры держат в тайне информацию, полученную в результате общения с пациентами, а также следят за тем, чтобы она распространялась среди других сотрудников только с информированного согласия пациента или в том случае, если по закону эта информация необходима, когда отказ ее выдать может причинить пациенту серьезный вред.

- Медицинские сестры отвечают за свою деятельность и действуют в соответствии со своими профессиональными обязанностями и нормами, согласно установленным стандартам в лечебной деятельности.

К сожалению, в России медицинская сестра долгое время рассматривалась как помощник врача и отсутствовала практика рассмотрения ее деятельности с этических позиций. Мы только учимся выявлять этические проблемы, пытаемся обсуждать и поддерживать сестринский персонал в их практическом решении, собираем базу этических ситуационных задач для обучения, общения и анализа.

Этические вопросы – это вопросы, связанные с реальной жизнью. Каждая ситуация будет отличаться в зависимости от вовлеченных в нее людей и самого контекста. Этический кодекс содержит только механизмы, которые помогают тщательно обдумать или прояснить этический вопрос.

Однако в кодексе не написано, каким ценностям и обязанностям должно отдаваться предпочтение в той или иной ситуации. Например, может возникнуть ситуация, в которой такие ценности, как право выбора, с одной стороны, и здоровье, и благополучие – с другой, находятся в противоречии. Пациенты могут, например, принять решение продолжать курить, что будет противоречить охране их здоровья и благополучия.

В ситуациях, когда возникает противоречие ценностей или непонятно, какие из них важнее, наши собственные моральные ценности и убеждения могут повлиять на нас, и мы делаем тот или иной выбор и ведем себя определенным образом, что может создать конфликтную ситуацию и напряжение в наших отношениях с пациентами и коллегами.

Осознание собственных ценностей является необходимым фактором для недопущения или разрешения конфликтных ситуаций, а также соблюдения принципа ненавязывания собственных ценностей пациентам и коллегам. Люди могут придерживаться принципов, противоречащих друг другу, часто даже не осознавая их. Поэтому, когда в ходе профессиональной деятельности необходимо принять решение, нужно найти компромисс между личными, профессиональными ценностями, а также принципами, принятыми в вашей медицинской организации. Умение определять эти ценности и расставлять приоритеты является первым шагом на пути принятия этически правильного решения и одним из требований кодекса.

Личные моральные ценности каждого специалиста определяются нашим опытом, семейными, культурными и религиозными традициями. Поэтому при принятии решения необходимо учитывать личные моральные ценности и пациента, и медсестры, так как эти ценности могут влиять на представления о здоровье, болезни и качестве сестринского ухода.

Например, в тех культурах, где считают, что после смерти есть жизнь, никогда не согласятся с практикой аутопсии или изъятия органов. Некоторые другие культуры накладывают запреты на тактильный контакт между мужчиной и женщиной, и поэтому осуществление ухода за пациенткой медицинским братом недопустимо.

Сама система здравоохранения имеет свою культуру, в которой преобладают такие ценности, как эффективность, качество и исполнительность. И здесь важно не придерживаться моральных ценностей, основанных на культурных или иных стереотипах, которых великое множество в различных регионах России.

Прежде чем принять решение, и определить, что делать в данной ситуации, необходимо провести анализ положительных и отрицательных моментов решения, определить последствия его принятия.

Нужно иметь в виду, что принятое нами этически правильное решение может быть не самым лучшим. Чтобы избежать ошибок и принять действительно лучшее решение медицинской сестре нужно подумать самой, изучить литературу по этой проблеме, обсудить проблему с коллегами, юристами, психологами, с этическим комитетом ассоциации. Поможет также самообучение, например, чтение профессиональной литературы,

посещение курсов повышения квалификации, участие в семинарах и конференциях.

При разрешении конфликтов моральных ценностей в процессе принятия решений главным является открытое обсуждение и сотрудничество «конфликтующих сторон». Этическая дискуссия укрепляет профессию, ведет к повышению профессиональной самостоятельности и ответственности. Мы можем рассматривать наши суждения об этике под различными углами зрения. Но необходимо делать все, что, по нашему мнению, будет наилучшим в данной ситуации.

Выигршем в этом случае может являться максимальная степень счастья, здоровья, качества жизни и облегчения страданий всех участников ситуации. При этом все обстоятельства профессиональной жизни нужно рассматривать по самому высокому счёту, ставя на первое место интересы пациента, а не псевдоэтические соображения о субординации.

Таким образом, ориентиры, содержащиеся в кодексе, помогают:

- глубже понять суть этики сестринского дела, в том числе, что значит самостоятельно принимать решение и делать этически правильный выбор, выполняя свои профессиональные обязанности;
- пояснить информацию относительно этически правильного поведения или нарушения этики;
- выработать подход к принятию этически правильных решений в непростых ситуациях;
- лучше осознать чувство внутреннего дискомфорта, вызванного этическими или моральными проблемами, неприятный «осадок» и необходимость справиться с этими проблемами;
- выработать подходы к преодолению неуверенности в ситуациях, например, когда неясно, какие моральные принципы или ценности следует применять, или непонятно, что представляет собой проблема с этической точки зрения.

Поэтому сестринскому персоналу предлагается:

- активно участвовать в наставничестве молодых специалистов,
- изучать нормативные документы и профессиональную литературу по морально-этическим правовым вопросам,
- активно выявлять этические проблемы в сестринских коллективах, вести этическую дискуссию и обсуждать варианты правильного принятия этических решений.

Вывод: правильное этическое регулирование сестринской деятельности поможет:

- укрепить профессию,

- повысить профессиональную самостоятельность и ответственность,
- позволит использовать на практике научно обоснованные знания,
- будет способствовать формированию навыков профессионального поведения,
- улучшить качество медицинской помощи, ставя на первое место интересы пациента.

ОПЫТ РАБОТЫ ЭТИЧЕСКОГО КОМИТЕТА ВРОО «АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА» С МЕДИЦИНСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ОБЛАСТИ

Г. В. Веденина – главная медицинская сестра

БУЗ ВО «Череповецкая детская городская больница»

Медицинская этика – это один из компонентов, определяющих состояние здравоохранения, который играет существенную роль в повседневной лечебно-диагностической деятельности. Для работы медицинской сестре недостаточно только совершенного профессионализма, необходима и хорошая этическая и психологическая подготовка.

В повышении авторитета сестринской профессии, формировании единых подходов в решении этических вопросов профессиональных взаимоотношений, как между медицинскими работниками, так и во взаимодействии с пациентами большая роль отводится работе этического комитета Вологодской региональной общественной организации «Ассоциация специалистов сестринского дела» (ВРОО АССД). Комитет по этике является структурным подразделением (ВРОО АССД). Свою работу этический комитет организует, руководствуясь законодательством Российской Федерации. Действует согласно Уставу Ассоциации медицинских сестер России, утвержденному Положению об этическом комитете, Этическому кодексу медицинской сестры России, Кодексу корпоративной этики Ассоциации медицинских сестер России

Цель работы комитета – участие медицинской общественности в защите прав, безопасности и здоровья пациентов, гуманистического служения человеку независимо от его гражданства, национальности, вероисповедания, политических взглядов, возраста, пола и прочих признаков. Повышение престижа, авторитета и социального статуса профессии медицинской сестры.

Основными задачами этического комитета являются:

- обеспечение соблюдения медицинскими сестрами законов страны и морально-этических норм, действующих в обществе;

– обеспечение соблюдения Этического кодекса медицинской сестры России, как основы профессиональной деятельности, определяющей четкие нравственные ориентиры: гуманность и милосердие;

– содействие консолидации, повышению престижа и авторитета сестринской профессии в обществе, развитию сестринского дела в России;

– осуществление контроля над сестринским медицинским персоналом по этическому и гуманному отношению к пациенту, уважению его законных прав;

– привлечение внимания общественности к вопросам соблюдения норм Этического кодекса медицинской сестры, его достижениям и недостаткам;

– гарантирование защиты медицинской сестры, фельдшера, акушерки;

– обеспечение этики труда;

– работа над изменениями и дополнениями морально-этических и правовых норм в сестринской практике;

– участие в разработке региональной концепции развития сестринского дела;

– участие в совершенствовании системы базового, повышенного уровня и непрерывного профессионального образования в сестринском деле.

Свою работу этический комитет проводит согласно плану работы на год, который утверждается Президентом ВРООАССД. Основные направления работы: организационное развитие, развитие сестринской профессии, участие в организации непрерывного профессионального образования, информационная деятельность, защита социально-экономических, юридических, профессиональных прав и интересов медицинских сестер, акушерок, фельдшеров.

Не малое значение имеет работа с молодыми специалистами, поступающими на работу в медицинское учреждение. Организаторам сестринского дела рекомендуем наряду с вводным инструктажем проводить занятие по медицинской этике и деонтологии, руководствуясь Этическим кодексом медицинской сестры России. При организации проведения производственной практики проводятся беседы со студентами медицинских образовательных учреждений по правилам Этического кодекса медицинской сестры России. Основная цель-воспитание у начинающих специалистов сестринского дела чувства гордости и уважения к своей профессии.

На заседаниях Совета по сестринскому делу в медицинских учреждениях организаторам рекомендуется рассмотрение, поступивших от пациентов жалоб о нарушении медицинской этики и деонтологии. Цель: выявление причины, вызвавшей недовольство пациента и поиск способов устранения возникшего конфликта, для улучшения качества оказываемой медицинской помощи. Кроме того, мы должны повышать авторитет сестринской профессии, соблюдая этические нормы, принятые в медицинском сообществе.

Одна из сторон реформы сестринского дела – это участие медицинских сестер в самостоятельной научно-исследовательской деятельности, в приумножении знаний, совершенствовании навыков в своей профессии. Но всегда следует помнить, что интересы пациента должны быть всегда выше интересов науки. Для этого этическим комитетом проводится согласование проведения исследований в сестринском деле с целью недопущения противоречия этическим нормам. Медицинские сестры Вологодской области заняли призовое место на общероссийском конкурсе исследовательских работ, организованном РАМС с исследовательской работой на тему: «Развитие сестринской практики по оказанию паллиативной помощи на дому».

Члены этического комитета, совместно с членами правления ВРООАС-СД принимают участие в мероприятиях орган изуемых ассоциацией специалистов сестринского дела и Департаментом здравоохранения Вологодской области. Конкурсы профессионального мастерства, методических рекомендаций, разработанных специалистами сестринского дела Вологодской области, исследовательских работ, способствуют повышению уровня качества деятельности медицинских сестер, фельдшеров, акушерок. Так же регулярно участвуют в различных акциях, посвященных здоровью населения, обучающих семинарах, организуемых для специалистов сестринского дела. Научно-практические конференции организуются по различным специальностям сестринского дела: для операционных медсестер, медицинской сестры участковой и медсестры врача общей практики, для специалистов учреждений психиатрического профиля, для педиатрической службы, для медсестер стоматологических поликлиник, эндоскопической службы и т.д. Руководитель этического комитета готовит доклады по медицинской этике и деонтологии с учетом специфики работы каждого медицинского учреждения, конкретной специальности сестринского дела. Совместно с медицинскими психологами моделируются различные спорные ситуации и ведется поиск правильного решения по выходу из нее.

Для доступности получения информации по работе этического комитета по этике Вологодской региональной общественной организации «Ассоциация специалистов сестринского дела» готовятся информационные листовки об этических нормах и правилах профессиональных взаимоотношений между медицинскими работниками и отношениями между медицинскими работниками и пациентами. В некоторых медицинских учреждениях проводятся конкурсы информационных листовок.

Члены Этического комитета Вологодской региональной общественной организации «Ассоциация специалистов сестринского дела», совместно с членами профессионального и информационно-аналитического комитетов,

активно участвуют в подготовке материалов для опубликования в печатных изданиях. Изучают опыт работы этических комитетов региональных ассоциаций, принимают участие в мероприятиях, организованных РАМС, рассматривают различные этические проблемы на сайте Ассоциации медицинских сестер России, обсуждая их на заседаниях специалистов сестринского дела.

При возникновении спорных ситуаций, не нашедших разрешения на уровне учреждения, членами этического комитета и правления ВРОО АССД предлагается помощь в решении вопросов защиты чест и и достоинства медицинских работников. На каждом мероприятии сообщается контактная информация для обращения в правление и этический комитет ВРООАССД.

В планах работы этического комитета продолжать проводить активную работу по ознакомлению специалистов сестринского дела с правилами и нормами медицинской этики и деонтологии. Выступать с докладами, организовывать круглые столы, совместно с медицинскими психологами, внедрять у себя лучший опыт работы этических комитетов региональных ассоциаций. Совместно с членами правления планируется посещение медицинских учреждений разных районов Вологодской области, для ознакомления с работой и планами работы ВРООАССД большого количества специалистов сестринского дела.

Медицинские сестры должны всегда помнить, что знание и соблюдение основных требований профессиональной этики необходимы для духовного обогащения повседневной работы, для усиления действенности основных лечебных факторов, способствующих выздоровлению пациентов.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ. ПРОБЛЕМЫ, АНАЛИЗ, РЕШЕНИЕ

**А.В. Леушина – медицинская сестра хирургического
торакального отделения, психолог**

*Государственное бюджетное учреждение
Новокузнецкий онкологический диспансер*

**Л.М. Лучшева – Научный руководитель,
к. психолог, доцент кафедры ОИПП**

НФИ КЕМГУ

Аннотация. В статье приводятся результаты исследования уровня эмоционального выгорания медицинских работников и удовлетворенности условиями труда, как одного из факторов, приводящих к выгоранию.

Ключевые слова. Эмоциональное выгорание, трудовые отношения, психологический климат, коммуникативные отношения, условия труда.

В современном обществе меняется отношение людей к работе. Люди теряют уверенность в стабильности своего социального и материального положения, в гарантированности рабочего места. Обостряется конкуренция за престижную и высокооплачиваемую работу, меняются запросы рынка труда, становится востребованным практико-ориентированный подход, появилась проблемы выбора между узостью специалитета и широкой, практической направленностью бакалавриата. Падает рейтинг социально значимых профессий – медицинских работников и педагогов [3]. Изменился ритм жизни, прогресс выдвигает новые требования для развития личности и успешного карьерного роста, но условия на рабочих местах остаются прежними. Человек не успевает понять, перестроиться, адаптироваться к новым требованиям. Как следствие, растет психическое, эмоциональное напряжение, связанное со стрессом на рабочем месте. Выявляются тревога, депрессия, психосоматические расстройства. Возрастают различные зависимости от психоактивных веществ (алкоголь, наркотики и др.). Все эти факторы приводят к эмоциональному выгоранию и деформации личности [2].

Чтобы оценить уровень эмоционального выгорания, нами было проведено исследование на базе Новокузнецкого онкологического диспансера. Целью исследования явилось выявление уровня эмоционального выгорания медицинских работников.

Выборку исследования составили сотрудники ГБУЗ НКОД, отделения то-ракальной, общей хирургии, отделения химиотерапии и радиологии в количестве 50 человек.

По результатам методики «Диагностика эмоционального выгорания» В.В. Бойко, были сделаны следующие выводы: «Фаза напряжения» сформирована у 27 % испытуемых, у 33 % фаза в стадии формирования [1].

Сложившийся симптом переживания психотравмирующих обстоятельств, проявляющийся усиливающимся осознанием психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, которые трудно или вовсе неустранимы, растущим раздражением, отчаянием и негодованием выявлен у 60 % испытуемых.

Симптом «Неудовлетворенность собой» выявлен у 14 % респондентов, у 27 % респондентов находится в стадии развития. Симптом «Загнанность в клетку» сложился у 13 % респондентов, у 20 % испытуемых симптом складывается. Тревога и депрессия сформированы у 27 % сотрудников, у 20 % испытуемых симптом только развивается. Чувство неудовлетворенности порождает переживания ситуативной или личностной тревоги, разочарования в себе, в избранной профессии.

Фаза «Резистенции» выявлена у 40% испытуемых и у 40% фаза в стадии формирования. Соппротивление нарастающему стрессу начинается с момента появления тревожного напряжения, человек осознанно или бессознательно стремится к психологическому комфорту, снижению давления внешних обстоятельств с помощью имеющихся в его распоряжении средств. Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, как сложившийся симптом, выявлен у 67% испытуемых, у 27% респондентов находится в фазе развития. Такой работник перестает улавливать разницу между экономичным проявлением эмоций и неадекватным избирательным эмоциональным реагированием. Симптом эмоционально-нравственной дезориентации сложился у 27% испытуемых. Они проявляют неадекватную эмоциональную реакцию в межличностных отношениях, затем возникает потребность в самооправдании: «это не тот случай, чтобы переживать», «такие люди не заслуживают доброго отношения», «таким нельзя сочувствовать», «почему я должен за всех волноваться». Симптом расширения сферы экономии эмоций обнаружен у 33% испытуемых, у 13% в стадии развития. Проявления симптома осуществляется вне профессиональной области – в общении с родными, приятелями и знакомыми. Симптом «Редукция профессиональных обязанностей» сложился у 47% сотрудников, у 27% – в стадии развития. В профессиональной деятельности проявляется в попытках облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат. Медицинский работник не склонен к подробной беседе, анамнез получается скудным и недостаточно информативным.

Сформированная «Фаза истощения», обнаружена у 20% испытуемых, у 47% респондентов фаза находится в стадии развития. Она характеризуется падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы. В ней присутствуют следующие симптомы: «Эмоциональный дефицит» выявлен у 20% сотрудников, у 47% в фазе развития. Такой человек ощущает, что эмоционально не может помогать другим, не в состоянии войти в их положение, сопереживать, неспособен к интеллектуальной, волевой и нравственной самоотдаче. Симптом эмоциональной отстраненности обнаружен у 27% респондентов, у 40% развивается. Личность почти полностью исключает эмоции из сферы профессиональной деятельности. Симптом «Личностная отстраненность, или деперсонализация» присутствует у 20% испытуемых, у 13% симптом в фазе развития. Отмечается полная или частичная утрата интереса к другому человеку. Возникает деперсонализированный защитный эмоционально-волевой антигуманистический настрой. Сложившийся симптом психосоматических и психовегетативных нарушений выявлен у 33% сотрудников, у 20% симптом в фазе развития. Симптом проявляется на уровне физического и психического самочувствия работника,

возникновением психосоматических явлений. Таким способом организм спасает себя от разрушительной мощи эмоциональной энергии.

Для реализации цели исследования нами была разработана анкета, включающая в себя как открытые, так и закрытые ответы. В результате анкетирования были сделаны следующие выводы. Отмечают неуважительное отношение внутри коллектива 60 % респондентов, 38 % говорят об отсутствии внимания, одобрения и объективной оценки работы со стороны руководителей. Не удовлетворены социальной политикой предприятия 30 % сотрудников, 54 % отмечают отсутствие профессионального, карьерного роста. Испытывают перенапряжение на рабочем месте от большого объема работы 65 % анкетизируемых. Не удовлетворены графиком работы и несоблюдением установленного трудовым законодательством времени отдыха между сменами – 73 % работников. Хотели бы иметь четкий, не меняющийся часто график работы – 64 % сотрудников и 70 % респондентов хотят уважительных профессиональных отношений в коллективе. Более 50 % сотрудников хотели бы получать психологическую помощь для эмоциональной разгрузки и решения внутриличностных проблем и конфликтов.

Таким образом, учитывая вышеизложенное, можно утверждать, что медицинские работники испытывают огромные психические и физические нагрузки. Присутствие на предприятии психологических служб позволит проводить групповые и индивидуальные занятия по оптимизации социально-психологической атмосферы на предприятии, разработать программы, для адаптации вновь принятых работников, снижения и профилактики стресса, личностного и профессионального роста.

Список литературы:

1. Бойко, В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других [Текст] / В.В. Бойко. – Москва: «Филин», 1996. – 472 с.
2. Егоршин, А.П. Мотивация трудовой деятельности [Текст] / А.П. Егоршин – Москва: «Инфра – М», 2006. – 463 с.
3. Ильин, Е.П. Мотивация трудовой деятельности. Психология работы с персоналом в трудах отечественных специалистов [Текст] / Е.П. Ильин – Санкт-Петербург, 2001. – 211 с.

**РАЗРАБОТКА «ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО
ВЫГОРАНИЯ» ДЛЯ СРЕДНЕГО И МЛАДШЕГО
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА РАБОТАЮЩЕГО
В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА,
НА ПРИМЕРЕ КОГБУЗ «КИРОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
ИМ. АКАДЕМИКА В.М. БЕХТЕРЕВА»**

Н. П. Огорельцева – старшая медицинская сестра
1 психиатрического отделения

М.А. Багаева – клинический медицинский психолог

*КОГБУЗ «Кировская областная клиническая психиатрическая больница
им. академика В.М. Бехтерева» Котельничский филиал*

В.В. Шипицына – ассистент кафедры сестринского дела, к.м.н.

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

Цель исследования: разработка «Обучающей программы для медицинского персонала по профилактике синдрома эмоционального выгорания» для среднего и младшего медицинского персонала работающего в условиях психиатрического стационара.

Материалы и методы исследования.

Проведено психологическое обследование 77 медицинских работников: 47 – медицинские сестры, 30 – младший медицинский персонал, с использованием методик на эмоциональное выгорание В.В Бойко и Н.Е. Водопьяновой и методикой Г. Айзенка на тип личности, а также социологическое анкетирование. Средний возраст респондентов: медицинские сестры – $42,8 \pm 7,8$ лет, младший медицинский персонал $51,1 \pm 9$ лет.

Получены результаты.

На I этапе при проведении анкетирования медицинских сестер и санитарок учитывались характеристики: возраст, семейное положение, стаж работы в данной организации, уровень образования, тип личности. Более половины респондентов – 57,1 % состоят в браке. Чуть более 20 % среди медицинских сестер и санитарок разведены, а так же 2,1 % медицинских сестер – вдовы и 26,6 % вдов среди младшего медицинского персонала. 15 % медицинских сестер не замужем. 75,3 % имеют стаж работы от 6 лет и более. Среди медицинских сестер лишь 4,2 % имеют стаж до 1 года. 5,2 % персонала имеют стаж более 30 лет. Уровень образования респондентов распределился следующим

образом: среди медицинских сестер 2,6 % имеют высшее сестринское образование, 63,3 % санитарок – среднее профессиональное образование, 36,7 % – среднее образование.

На II этапе для диагностики СЭВ и степени выраженности использовался тест Н.Е. Водопьяновой. Согласно интегральному показателю у среднего медицинского персонала выявлена низкая степень СЭВ у 4,2 %, средняя степень у 17 %, высокая степень 40,4 %, крайне высокая у 38,4 %. Среди младшего медицинского персонала низкой степени СЭВ нет, 10 % средняя степень выгорания, 43,3 % высокая степень и крайне высокая степень выгорания у 46,7 % санитарок. Более подвержены максимальной степени выгорания санитарки (на 8,3 % больше, чем медицинские сестры). Эмоциональное истощение у медицинских сестер наблюдается с 30-летнего возраста, цинизм проявляется во всех возрастах. Показатель профессиональной успешности проявляется с 30 лет, неудовлетворительное значение этого показателя отражает тенденцию к негативной оценке своей компетентности. Увеличение стажа работы медицинских сестер ведет к эмоциональному истощению и цинизму, профессиональная успешность достоверно возрастает при стаже работы 4–10 лет и больше 20 лет. Влияние стажа санитарок на показатели выгорания эмоциональное истощение достоверно при стаже 4–10 лет, цинизм – при стаже более 20 лет. Особый интерес представляет то, что среди младшего медицинского персонала формирование цинизма наступает только после 20 летнего стажа, когда как у медицинских сестер цинизм присутствует независимо от стажа. Также примечателен факт становления устойчивой сильной корреляционной связи между СЭВ и семейным положением. По результатам методики «экстраверт – интроверт» Г. Айзенка, выявлено: медицинские сестры: экстраверт 89,3 %, интроверт – 10,7 %; младший медицинский персонал: экстраверт – 63,3 %, интроверт 36,7 %. Т.о., СЭВ у медицинских работников зависит от индивидуально-типологических характеристик: темперамента, экстраверсии, интроверсии. Различия достоверны в сравниваемых группах и подтверждается наличием прямой корреляционной связи между СЭВ и типом личности. Фазы профессионального выгорания и выраженность симптомов в каждой фазе рассмотрены по методике Бойко В.В. Фаза «Напряжения» встречается у младшего медицинского персонала и является предвестником и «запускающим» механизмом в формировании СЭВ ($28,5 \pm 17,89^*$ при $p < 0,05$). Фаза «Резистенции» увеличивается у медицинских сестер ($57,9 \pm 21^*$ при $p < 0,05$) и характеризуется тем, что человек старается снизить давление внешних обстоятельств. Фаза «Истощения» присутствует у медицинских сестер ($33 \pm 19,89^*$ при $p < 0,05$) и характеризуется падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы.

На основе полученных данных разработана обучающая программа по снятию и профилактике синдрома эмоционального выгорания.

1. Индивидуальная работа психолога с лицами, имеющими крайне выраженные симптомы эмоционального выгорания. Совместный поиск выхода, установка на позитивное мышление, расширение сфер, зон, где человек может найти поддержку, понимание, признание и т.п. Обучение персонала способам психологической саморегуляции.

2. Проведение тренинга. Цель тренинга: формирование умений и навыков по сохранению и укреплению психического здоровья медицинских работников через активацию личностных ресурсов, развитие способности адекватного реагирования на конфликтные ситуации, отработка навыков «я-высказываний», способствующих достижению взаимопонимания.

Задачи тренинга: познакомить медицинских работников с понятием «СЭВ», способами профилактики; содействовать активизации личностных ресурсных состояний; сформировать установку на сохранение и укрепление психического здоровья; рассмотреть типы взаимодействия в конфликтной ситуации и выявить эффективный; научиться предупреждать конфликт; научиться управлению собственными эмоциями в конфликте, тренировка чувствовать другого, понимать его состояние и мысли.

Целевая аудитория: средний медицинский персонал, работающий в условиях психиатрического стационара, чья работа связана с повторяющимися стрессовыми ситуациями и большими эмоциональными нагрузками. Группы женские, от 26 до 55 лет. Группы формировать по 12-15 человек, открытого типа.

Временная характеристика программы: данная программа рассчитана на проведение 5-ти занятий, продолжительность каждого из которых 30-40 минут.

Формы работы с группой: фронтальная работа, работа в подгруппах, в парах, индивидуальная работа. Методы работы с группой: мини-лекции, беседы, дискуссии, практические коррекционные и релаксационные занятия, игровые упражнения.

Ожидаемый результат: в процессе реализации программы предусматривается: повышение эмоциональной устойчивости медицинских работников и их готовности к психологическим нагрузкам в профессиональной деятельности; развитие навыков по профилактике синдрома хронической усталости и эмоционального выгорания; стабилизация уверенности в себе; снижение уровня тревожности; повышение качества обслуживания пациентов; развитие способности адекватного реагирования в конфликтных ситуациях.

3. Рекомендации руководителю, направлены в первую очередь, на организацию рабочего места, условий труда, микроклимат в коллективе, систему

поощрений (как материальных, так и моральных), возможности служебного роста, этические аспекты и соблюдение субординации.

Программа первого дня тренинга. Продолжительность занятия – 45 минут. Цель – ознакомление с понятием эмоции, как эмоции влияют на нашу жизнь. Эмоциональное реагирование в различных ситуациях, способы контроля эмоций.

Задачи: – знакомство тренера и участников группы; – выяснение запроса участников; – принятие правил совместной работы; – анализ собственных источников негативных эмоций; – снятие напряжения за счет высказываний накопившихся негативных эмоций и получение психологической поддержки. Расходный материал: ватман, шариковые ручки, цветные карандаши, листы бумаги, восковая свеча.

Упражнение № 1 «Знакомство» (5–10 мин). Прилагательное на первую букву имени. Каждый участник называет свое имя и подбирает на первую букву своего имени прилагательное, которое его характеризует, отражает особенности его характера, индивидуальность. Можно перечислить достоинства, которые помогают в работе медицинского работника. Принятие правил групповой работы (5 мин.). Выработка правил группы производится с помощью активного обсуждения принципов тренинговой работы. Озвучиваем правила и пишем на ватмане.

- Конфиденциальность, то что происходит на занятиях, остается между участниками.
- Я-высказывание, говорим только о собственных чувствах, эмоциях.
- Критика должна быть конструктивной, без оскорблений и унижений, высмеиваний.
- В тренинге нет «правильных» и «неправильных» действий и суждений.
- Уважение другого, не перебиваем, выслушиваем до конца друг друга.
- Правило «Стоп», если обсуждение кому-то из участников не приятно, имеет право сказать «Стоп», закрыв тему.
- Добровольность: можно не участвовать в отдельных упражнениях.
- Активность: чаще всего те, кто проявляет большую активность на занятиях, приобретают по окончании курса больше, чем кто был пассивен.

Могут быть группой предложены и дополнительные правила.

Важно объяснить группе, что эти правила не формальность, а они действительно помогают группе работать более продуктивно и достичь поставленной цели.

Мини-лекция (5–7 мин.). Тема: «Эмоции». Дается понятие эмоциям. Виды эмоций.

Упражнение № 2 Тест «Человек под дождем» (15 мин). Дождь в нашей культуре – неоднозначный символ, с одной стороны, люди радуются дождю

в засуху, с другой, дождь- это непогода. Данный тест поможет нам узнать, как каждый из вас может защититься от стресса («непогоды») и проблем.

Задание: нарисовать человека под дождем. Прочувствуйте, какое настроение у этого человека, кто этот человек, спокоен или тревожен? Что будет делать дальше, был ли он готов к дождю или это для него полная неожиданность?

Далее – интерпретация психологом полученных результатов, анализ рисунка.

Упражнение № 3 «Моечная машина» (5–10 мин).Цель вызвать эмоциональную разрядку и снять эмоциональное напряжение, развить групповую сплоченность.

Все участники выстраиваются в две шеренги лицом друг к другу. По очереди (по желанию) каждый из участника представляет себя каким-нибудь предметом кухонной утвари, все имитируют его «помывку», прикасаясь с различной интенсивностью.

Упражнение № 4 «Свеча мнений» (обратная связь 5–10 мин).Ведущий зажигает свечу и участники, передавая её по кругу высказывают свои ощущения, чувства по поводу проведенного тренинга.

Обратная связь: – Самым полезным для меня было... -Мне понравилось... -Я хотела бы изменить...

Ведущий подводит итоги дня, выделяет главные аспекты, настраивает на следующие занятия, решает организационные вопросы. Благодарит всех за работу.

Выводы исследования:

1. Высокая и крайне высокая степень выраженности СЭВ по методике Водопьяновой Н.Е. выявлена у 78,8 % медицинских сестер и 90 % у младшего медицинского персонала. Цинизм отмечается у всех медицинских сестер и присутствует у младшего медицинского персонала с 20-летним стажем. Увеличение стажа среди медицинских сестер ведет к эмоциональному истощению и цинизму. Установлена устойчивая и сильная корреляционная связь между СЭВ и семейным положением респондентов. Корреляционный анализ свидетельствует о наличии чёткой закономерности развития СЭВ и типа личности. Коллектив КОГБУЗ «КОКПБ» относится к группе риска формирования синдрома эмоционального выгорания.

2. На основе полученных данных разработана программа профилактики симптомов СЭВ, включающая, как действия со стороны руководства, индивидуальная и групповая работа психолога в условиях психиатрического стационара.

РОЛЬ ТВОРЧЕСТВА В ФОРМИРОВАНИИ КУЛЬТУРЫ ОКАЗАНИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Е.В. Тимофеева – старшая медицинская сестра
1-го наркологического отделения**

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Наркологический диспансер», г. Омск*

*«В моей профессии есть чуткая душа, и тяга к знаниям, научная идея.
И жизнь расставит точки, не спеша, нить творчества в профессии лелея...»*

Спецификой развития человека и человеческого общества является процесс периодического выхода за пределы познания, науки и имеющегося опыта для созидания новых продуктивных знаний, новых потребностей и нового опыта. Творчество – это есть поиск и превышение исходного уровня деятельности уникальным и весьма эффективным образом.

Какие профессии являются творческими? Те профессии, в которых существует возможность продуктивного осуществления профессиональных функций не только на основе усвоенных клинических знаний и навыков. Другими словами, это такие профессии, в которых возможен и просто необходим выход за пределы имеющегося опыта. Безусловно, сестринское дело, именно в силу того, что без этого постоянного выхода за пределы имеющегося знания и опыта невозможно осуществлять индивидуальный подход к каждому пациенту. Почему? Да потому, что человек – это неравновесная динамически развивающаяся система, для корректирования развития которой субъект должен сам постоянно самосовершенствоваться, т.е. находиться на уровне опережающего отражения.

Сегодня остановимся на тех аспектах, которые удалось выделить, опираясь на личный опыт. Несомненен тот факт, что основой сестринской профессии всегда являлось сострадание и милосердие, творческий подход и большое человеческое сердце. И конечно, сестринское дело является плодотворным полем для творческих поисков. Омская профессиональная сестринская ассоциация много раз обращалась к теме творчества, но колоссальный опыт мы получили, осуществив проект «Профессия, творчество, поэзия...», который стартовал 1 мая 2013 года и завершился 4 сентября 2015 года.

Цель проекта – выявление и объединение творчески одаренных специалистов для создания сборника авторских стихов о сестринской профессии. Сам сборник стал уникальным собранием сочинений и отличным подарком всем медицинским сестрам Омского региона. Региональная ассоциация поддерживала творческие порывы, направила их в созидательное русло, стимулирую

одаренных специалистов. Что в свою очередь положительно отразилось на повышении престижа профессии, развитии отраслевого имиджа и системы, коллективно разделяемых ценностей, символов, убеждений, эталонов поведения, обуславливающих своеобразие и уникальность деятельности медицинской сестры, способствующих идентификации работников с деятельностью Ассоциации. Этот проект открыл новую грань нашей профессии, воздвигнув наше ремесло в ранг искусства, подарил вдохновение и вселил уверенность не только участникам проекта, но и всем тем, кто сегодня читает наши стихи. Неожиданные отзывы мы получили от наших пациентов, которые не просто получили эстетическое удовольствие от прочтения произведений, но и прониклись душевным трепетом к специалистам, чей ежедневный труд спасает их жизни, помогает на пути к выздоровлению.

Желание творить прекрасное, объединило 12 медицинских сестер, фельдшеров, лаборантов Омского региона. Все участницы это яркие неординарные и творческие личности, поэтические творения которых трогают душу, кроме этого они практикующие компетентные специалисты. Вклад каждого участника уникален, многие из участниц впервые поделились своими эмоциями, внесли свою лепту в палитру произведений о любимом деле, заявили о себе, как авторы стихотворений. Мы гордимся, что среди нас выявились медицинские сестры – «профессиональные поэты», получившие признание Союза писателей России и имеющие награды и достижения в этой области. Но и те, кто еще в начале своего творческого пути опубликовали свои первые робкие строки, но такие, что идут от сердца – так, же подарили читателям радость.

Благодаря проекту в коллективах на медицинских сестёр посмотрели не как на рутинного специалиста выполняющего назначения, а как на уникальных нестандартно мыслящих, духовно развитых коллег и единомышленников. Изменилось отношение к медицинским сестрам и в обществе – с безграничным уважением и возрастающим доверием, как к профессионально компетентным творческим личностям. Проект завершился, но положенные знакомства нашли продолжение в дружеском общении, обмене опытом и переросли в творческие союзы, которые не просто радуют своими произведениями, но и вносят свою лепту в формирование общей культуры оказания сестринской помощи.

Творчество применимо при внедрении медицинских технологий и улучшении качества оказываемых услуг, а при развитии взаимоотношений между врачебным и сестринским персоналом, между медицинскими работниками и пациентами – даёт существенный посыл на проведение пропаганды культуры оказания медицинской помощи. Мир, в котором мы живем, приобрел свои очертания в результате применений человеческих знаний, накопленных

за столетия, но, тем не менее, наша отрасль и поныне сохраняет присущие ей с рождения элементы искусства и творчества, выраженные в философии сестринского дела, существенные элементы которой отражены в Этическом кодексе медицинской сестры России, Кодексе корпоративной этики.

Мы не стоим на месте, культура и профессиональная этика была и остается живой составляющей сохранения особого опыта тонкого и деликатного обращения медицинских сестер с пациентами. Творчество, следует рассматривать в профессиональной деятельности, как факт, преобразующий знания и мир в соответствии с целями общей культуры, для улучшения качества мероприятий по выздоровлению пациентов на основе объективных законов клинической практики. Овладение культурой оказания сестринской помощи – сложная задача, требующая творческого подхода и постоянного самосовершенствования не только от специалиста, но и того сообщества, которое он представляет.

Культура сестринской помощи – это совокупность моделей поведения, которые приобретены специалистом в процессе адаптации, с учетом его профессиональных компетенций и внутренней интеграции, показавших свою эффективность, и поддерживаемых в обществе.

Компоненты культуры оказания сестринской помощи:

- принятые и пропагандируемые этические принципы;
- уровень профессиональных компетенций;
- действующая система коммуникации и стили разрешения конфликтов;
- возможность самореализации;
- творческий и научный потенциал специалистов;
- положение профессии в обществе;
- особенности гендерных и межнациональных взаимоотношений;
- принятая система лидерства (иерархия должностей) и др.

Управление качеством и культурой сестринской помощи предполагает: совершенствование управления деятельностью сестринских служб, направленной на формирование «культурной среды» для работы специалистов сестринского дела и предусматривает максимальную вовлеченность сестринского персонала в развитие своей профессии. Современные руководители должны рассматривать творчество как мощный стратегический инструмент, позволяющий ориентировать специалистов и пациентов на общие цели, мобилизовать инициативу сотрудников и облегчать продуктивное общение между ними.

На первом этапе нужно изучить потенциал сестринского персонала и имеющиеся проблемы взаимоотношений в сфере «медицинская сестра – пациент». Определить первоочередные стратегические задачи, по решению глобальных

пробелов в работе персонала, в рамках улучшения качества и культуры оказания сестринской помощи. Затем необходимо наметить план мероприятий по развитию (внедрению) компонентов культуры оказания сестринской помощи, с учетом потребностей и потенциала конкретных специалистов. Важно вовлечь в эту деятельность максимальное количество персонала, одни занимаются научной деятельностью, другие внедрением инновационных технологий, третьи организуют мероприятия по непрерывному обучению персонала, но при этом используя свой творческий потенциал. Задача руководителей сестринского звена выявить творчески одаренного специалиста, для популяризации «высоких идеалов» в повседневную жизнь коллектива. Выявить доминирующие типы, при этом, не упустив из поля зрения и развивающиеся или несущественные, на первый взгляд, тенденции. Творчество как особый вид человеческой деятельности следует отличать от других, нетворческих видов или проявлений. Так, творчество можно понимать как созидательное действие, противостоящее деструктивной деятельности. Выявляя необычные свойства вещей и их сочетаний, творческий процесс обеспечивает определенный прирост и получение новых результатов.

Большинство медицинских организаций в России нуждаются в формировании концепции, механизмов внедрения и развития культуры оказания сестринской помощи в практику своей деятельности, а система непрерывного профессионального образования управленческих кадров здравоохранения должна предусматривать реализацию образовательных программ в области формирования и развития культуры и творчества специалистов, с учетом передового опыта. Отличительным моментом нашей региональной ассоциации, являлся факт изучения и обобщения опыта культурных ценностей и формирование общих стратегий в сфере развития общей культуры и творчества. Сформированная и пропагандируемая в Омском регионе культура оказания сестринской помощи является важным инструментом управления, создает сильные конкурентные преимущества, повышает социальную ответственность сестринских и акушерских кадров перед обществом и пациентами, улучшает качество медицинской деятельности. Наличие единых принципов в формировании культуры, стройной системы ценностей и моделей поведения специалиста, позволяет улучшить процессы стратегического развития, внутренней коммуникации, единства и сплоченности команды, создать единый вектор развития человеческих ресурсов, сокращая текучесть кадров и давая возможность специалисту «творческого полета».

В заключение хочу отметить, что творчество должно расцениваться как руководство, где суммированы и систематизированы имеющиеся к настоящему

времени сведения о формировании общей культуры, в том числе и культуры оказания сестринской помощи. Под творческим процессом необходимо считать не только стихосложение, но и реализацию научно-исследовательской работы, внедрение расширенных сестринских практик и другие виды сестринской деятельности. Хотя, по моему мнению, стихотворное творчество, это своеобразный катализатор качества особого актуального, удивительного и очевидного в работе медицинской сестры. Поэзия может служить стимулятором творческих подходов к, казалось бы, устоявшимся вопросам диагностики, профилактики и лечения. Особенно важно заинтересовать сестринские кадры, приобщив их к радости творческой мысли, к механизму малых и крупных творческих озарений, в унисон единым культурным ценностям, на благо пациенту и обществу.

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КАК ФАКТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ УСПЕШНОСТИ

О.В. Бельтюкова

*Доцент кафедры психологии и педагогики Кировского государственного
медицинского университета, заведующая отделением КОГПОБУ
«Кировский медицинский колледж», кандидат педагогических наук*

Эмоциональная компетентность в настоящее время становится новым критерием достижения успеха для каждого человека, а медицинского работника особенно. Высокий уровень эмоциональной компетентности необходим людям, чья деятельность входит в круг профессий «человек – человек», следовательно, связана с риском эмоционального выгорания и профессиональной деформации. Осознание своих эмоций и умение воздействовать на них – это предвестники социального благополучия, здоровья и успеха в жизни. Когда медицинский работник понимает природу своих эмоций он способен уберечь свои ощущения и восприятие от искажения, что способствует улучшению взаимоотношений с другими людьми и способствует повышению качества оказываемых медицинских услуг.

Научившись управлять своими эмоциями, мы облегчаем жизнь не только себе, но и многим окружающим нас людям. Человек с высоким уровнем эмоциональной компетентности находится в контакте со своими чувствами и эмоциями, способен правильно распознавать и дифференцировать собственные эмоции и эмоции окружающих его людей, понимает причины, вызвавшие данную эмоцию, и следствия, к которым она приведёт. Эмоционально

компетентный медицинский работник создает атмосферу доверия и уважения, стремится не только удовлетворить личные потребности, но и принести максимальную пользу организации и пациентам. Наибольшего успеха в жизни добиваются те, кто в состоянии в критический момент взять себя в руки и не поддаться гневу, раздражению или унынию. Если у человека развиты подобные качества, то они распространяются на все жизненные ситуации, а не только на область, связанную с работой. Мудрые люди знают, что к любым моментам в жизни надо относиться осознано, а не автоматически. Вот простая формула, как это работает:

Событие – Реакция – Отклик – Действие = Результат

Одни люди, прежде чем реагировать на событие или «раздражитель», подумают, а какой результат они хотят получить?

Другие, наоборот – сначала автоматически реагируют, нагнетают вторичную эмоциональную волну и, получив не тот результат, на который рассчитывали, постоянно жалуются и обвиняют кого-то.

Эмоциональная компетентность и правильный отклик – это ценная привычка на секунду остановиться, и спросить себя: какой результат мне нужен в этой ситуации?

Успешные люди, зная о своей 100 % ответственности, всегда поступают именно так.

Неудачники предпочитают ответственности избегать, перекадывая ее на других людей или на обстоятельства.

Согласно определению Даниеля Гоулмана, «эмоциональная компетентность – это способность осознавать и признавать собственные чувства, а также чувства других, для самомотивации, для управления своими эмоциями внутри себя и в отношениях с другими» [1].

Структура эмоциональной компетентности включает четыре компонента: самосознание, самоконтроль, эмпатия, навыки отношений.

Самосознание – главный элемент эмоционального интеллекта. Человек с высокой степенью самосознания знает свои сильные и слабые стороны и умеет осознавать свои эмоции. Самоосознанность означает глубокое понимание самого себя, как личности, своих интересов, потребностей, ценностей, эмоциональности, мотивов поведения.

Самоконтроль – это следствие самосознания. Человек, которому свойственна эта черта, не только «познал себя», но и научился управлять своими эмоциями, действиями и поступками. Управлять своими эмоциями – значит не подавлять их, а подчинить их себе и заставить работать на пользу дела. То есть уметь регулировать их, в какое время, в какой степени, и в какой форме позволить себе выразить гнев или радость.

Если первые две составляющие эмоционального интеллекта – это навыки владения собой, то следующие две – эмпатия и коммуникабельность (навыки отношений) – относятся к способности человека управлять взаимоотношениями с другими.

Успешное взаимодействие с другими людьми невозможно без эмпатии. Это умение ставить себя на место другого, учитывать в процессе принятия решений чувства и эмоции других людей. Медицинский работник, способный к такому сопереживанию в высшей степени умеет поставить себя на место другого человека, например, пациента или его родственника.

Сопереживание подразумевает постоянную чувствительность к меняющимся эмоциям партнёра по общению, вхождение во внутренний мир другого человека, деликатное пребывание в нем без оценивания и осуждения. Это означает улавливание того, что другой человек сам почти не осознает. Однако при этом отсутствуют попытки вскрыть неосознаваемые чувства, поскольку они могут оказаться травмирующими. Быть эмпатичным – означает быть ответственным, инициативным, сильным и в то же время – тонким и чутким.

Человек, чувствительный к эмоциям других людей, способен услышать, увидеть и учесть эмоциональность другого, может понять точку зрения людей, которые мыслят иначе.

Коммуникабельность (навыки отношений) – предполагает позитивный жизненный настрой человека, умение эффективно взаимодействовать с людьми, сглаживать конфликтные ситуации, умение слушать и понимать, а также талант управлять взаимоотношениями и приспосабливаться в коллективе. Это не просто дружелюбие, а дружелюбие с определенной целью: подвигнуть людей в желательном для человека направлении. Это умение выстроить взаимоотношения с другими людьми таким образом, чтобы это было выгодно для обеих сторон, с позиции сотрудничества.

Таким образом, развитие эмоциональной компетентности повышает личную эффективность медицинских работников. Инструментами развития эмоциональной компетентности являются книги, тренинги, коучинг, саморазвитие. Распознавание своих эмоций – первый шаг в развитии эмоциональной компетентности. Чем конкретнее медицинский работник научится определять каждую свою эмоцию, тем больше у него будет возможностей по управлению собственным поведением.

Для того чтобы научиться легко распознавать свои эмоции, проведите следующую работу. В течение двух недель ведите свой «Дневник эмоций». Для этого разделите свой день на интервалы и записывайте про каждый интервал 1) что Вы делали и с кем 2) что Вы при этом чувствовали, какие эмоции испытывали. Важно оценивать (записать) то, что Вы чувствуете непосредственно

в момент, когда ощущаете эмоцию. Свои чувства старайтесь понять, а не менять их.

Не существует «правильных» или «неправильных» чувств. Они такие, какие есть. Будьте честны с собой. Иногда осознания своих эмоций достаточно, чтобы рассеять или увеличить эмоциональную реакцию.

Затем необходимо проанализировать причины, которые вызывают ту или иную эмоцию. Задайте себе вопросы: «Почему я так себя чувствую?», «Что вызвало именно такую реакцию?», «Что я получил (а) или не получил (а)? Почему? Что помешало?».

После определения источника разрушительных эмоций (а ведь именно они доставляют нам дискомфорт и заставляют задуматься, что вызвало их появление), важно научиться переходить как минимум в нейтральное эмоциональное состояние. По возможности вспомните, что вызывает у Вас улыбку, ощущение радости, спокойствия, умиротворения. Сосредоточьтесь на том, что Вы хотели бы почувствовать, а также на том, как бы Вам хотелось, чтобы ситуация разрешилась. Управление эмоциями – это навык, проявляемый в поведении, который можно нарабатывать и развивать в течение всей жизни.

Как писала Марша Рейнольдс: «Развитие эмоциональной компетентности делает человека более профессиональным, а профессионала более человечным» [3].

Список литературы

1. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект. – М.: АСТ: АСТ МОСКВА, 2009. – 478 с.
2. Ильин Е.П.. Эмоции и чувства. – СПб.: Питер, 2001. – 752 с.
3. Марша Рейнольдс. Коучинг: эмоциональная компетентность/ Пер. с англ. Центра поддержки корпоративного управления и бизнеса – Центр поддержки корпоративного управления и бизнеса, 2003. – 112 с.

ПРОФИЛАКТИКА МОББИНГА В СЕСТРИНСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Л. И. Кравченко

Государственное автономное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева»

Кравченко Л.В., Гусельникова Т.Л., Краснова Р.Ф.

Профессиональная деятельность может повлечь за собой негативные последствия. Патологические последствия работы могут иметь различные степени интенсивности, начиная от обычной нагрузки до крайней перегрузки и профессионального выгорания, вплоть до нарушения в психической сфере. Проблемы в работе и неспособность справиться с ними могут вызвать чувство беспомощности, потерю мотивации к работе и в результате – депрессию.

Отношения в трудовом коллективе имеют большое влияние на жизнедеятельность и самочувствие человека. На работе мы проводим большую часть своей жизни, поэтому очень важно, как сотрудники уживаются друг с другом. Связь между отдельными лицами является важным элементом деятельности группы. В группе сотрудников, где межличностные отношения напряжены, обмен информацией слаб. Это способствует возникновению конфликтов и недоразумений и, в конечном итоге, снижает качество производственной деятельности коллектива.

В зарубежной и отечественной литературе вопросы согласованности, взаимопонимания, формирования благоприятного социально-психологического климата рассматриваются не одно десятилетие, поскольку от этого зависят не только эффективность коллективного труда, сохранение здоровья сотрудников, но и престижность любого производственного коллектива. Нападки и притеснения со стороны коллег как явление известны уже давно, но как отдельную психологическую проблему их выделили только в конце 1970-х – начале 1980-х годов.

Среди сотрудников значительно участились межличностные конфликты, случаи неоправданного увольнения.

Моббинг – коллективный психологический террор, травля в отношении кого-либо из работников со стороны его коллег, подчинённых или начальства, осуществляемые с целью заставить его уйти с данного места работы.

Предпосылками возникновения моббинга могут являться как неразрешенный конфликт на рабочем месте, так и высокая эмоциональная напряженность из-за неблагоприятного психологического климата.

В данной ситуации очень эффективными являются меры поддержки продуктивных межличностных и трудовых отношений в коллективе, мероприятия по укреплению корпоративного духа внутри подразделений и между ними.

С 2009 года в больнице действует «Свод этических правил», обязательный к исполнению для всех сотрудников. В 2011 году приказом главного врача утверждено «Положение о корпоративной культуре и этических стандартах». В этих документах предложен ряд действий по пресечению возникновения моббинга в зависимости от ситуации, например:

- *распространение слухов, сплетен* – подобное поведение следует сразу пресекать, аргументируя возможным искажением ситуации, а также тем, что это может коснуться каждого;

- *презрительные взгляды, насмешки, оскорбления, унижительные высказывания* – нужно пригласить на беседу обе стороны конфликта, чтобы обсудить с ним основные противоречия, причины неконструктивного поведения на работе и принять решение о мерах примирения.

Крепкие традиции наставничества позволяют защитить молодых специалистов от нападок более опытных коллег, позволяют им чувствовать себя равноправными членами коллектива.

Сплочению сестринского коллектива в полной мере способствуют профессиональные и творческие конкурсы, спортивные мероприятия, где предпочтение отдается командным видам состязаний.

С руководителями сестринских служб проводятся регулярные тренинги, связанные с эффективной коммуникацией в коллективе.

Значительная часть семинаров для сестринского персонала посвящена вопросам этики профессионального общения.

С целью оценки эффективности принимаемых мер был проведен анкетный опрос среди специалистов со средним медицинским и высшим сестринским образованием, в котором приняли участие 74 % сотрудников. Опрос проводился анонимно для получения более достоверной информации. При анализе полученных результатов выявили следующее:

1. психологическое давление со стороны начальства в той или иной степени приходилось испытывать 18 % респондентов;
2. психологическое давление со стороны коллег – 11 %;
3. психологическое давление со стороны врачей – 18 %;
4. психологическое давление со стороны руководителей сестринских служб – 11 %;
5. негативизм по отношению к другим коллегам проявляли 27 % опрошенных;
6. формы психологического давления:

- несправедливая или обидная оценка деятельности – 22,6 %;
- упреки в ошибочности рабочей деятельности – 15,2 %;
- обсуждение личной жизни – 14,7 %;
- нарушение этики в отношении коллег – 12 %.

Чаще всего приходилось сталкиваться с несправедливой оценкой профессиональной деятельности, что, на наш взгляд, является достаточно сильным стимулом к профессиональному развитию.

Таким образом, из анализа полученных результатов можно сделать вывод, что система поддержки продуктивных межличностных и трудовых отношений в сестринском коллективе дает положительные результаты в отношении профилактики моббинга. Безусловно, используемый комплекс мер не является исчерпывающим и нуждается в постоянном пополнении, поиске новых форм деятельности, но один принцип остается неизменным: руководителю надо строить свою работу с персоналом с самого начала совместной деятельности, чтобы избежать негативного настроения в коллективе, и, как следствия, моббинга.

КУДА УХОДЯТ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ

**И. М. Мыльникова – старшая медицинская сестра
терапевтического отделения**

ГБУЗ КО «Топкинская районная больница»

Куда уходят медицинские работники? Когда-то перед нами встает вопрос: уйти из профессии или остаться... К большому сожалению, все чаще слышишь, как медицинские работники говорят о своем профессиональном выгорании и о желании покинуть профессию.

Весь наш рабочий день – это теснейшее общение с разными людьми: коллегами, больными, к тому же больными, требующими заботы, внимания, понимания, сдержанности, а также с их родственниками.

Многолетний опыт работы делает человека уверенным в себе, но появляется профессиональная усталость в результате монотонности, снижается работоспособность, обеднение репертуара способов выполнения работ, разочарование, психологические барьеры, стрессы, депрессии – симптомы профессионального выгорания.

Работая старшей медицинской сестрой в терапевтическом отделении ГБУЗ КО «Топкинской районной больницы», замечаю проблемы в моём коллективе. Для выяснения причин эмоциональных сбоев в поведении сотрудников, провела исследовательский процесс методом анкетирования. Определен процент и причины:

- 30 % условия труда: безопасность здоровья и риск; интенсивность, физические и рабочие нагрузки, вечерние и ночные смены; неоднозначные задания и требования к работе; высокая степень неопределенности в оценке выполняемой работы; отсутствие выходных, отпусков и интересов вне работы;
- 25 % заработная плата (низкое материальное вознаграждение), отсутствие перспективы служебного роста;
- 15 % содержание труда: недостаточное использование навыков и способностей; мелкая раздробленность повторяющихся задач; невозможность влиять на принятие определённых решений; монотонная, бесперспективная деятельность; необходимость в подавлении внешних и внутренних проявлений эмоций;
- 15 % взаимоотношения в коллективе: отсутствие или недостаток поддержки со стороны коллег;
- 15 % взаимодействие с руководством: изоляция от процесса принятия решения; недостаток внимания и понимания, социальной поддержки со стороны руководства; постоянный риск штрафных санкций.

Вывод: Наибольший процент приходится на условия труда и материальное вознаграждение. Профессия, которую выбрали мои сотрудники, стала для некоторых из них источником стресса из-за отсутствия социальной защищенности и мотивации. Все чаще в коллективе, в результате отсутствия адекватной оплаты труда, возникают чувство несправедливого отношения, непризнание труда, что приводит к апатии, снижению эмоциональной вовлеченности в дела коллектива и нежеланию принимать участие в жизни коллектива.

Сотрудники отметили, что часто стали испытывать гнев, обиду, горечь; повышенную раздражительность, которая проявилась как на работе, так и с близкими людьми; появилось ощущение, что к ним стали больше придираются; появились чувства равнодушия и бессилия. Произошли изменения в мышлении: мысли, что нужно уходить с работы, снизилась концентрация внимания, усилилась подозрительность, циничное, порицающее отношение к пациентам, появился менталитет жертвы.

«Синдром выгорания» затронул психическое и физическое здоровье моих сотрудников: чаще уходят на больничный, нарушился сон, появилась утомляемость в течение смены.

Склонность «выгорания» у сотрудников старшего возраста (40-65 лет) объясняется условиями труда медицинского работника, радикальными переменами, происходящими в медицине в целом. У молодых специалистов «профессиональное выгорание» объясняется эмоциональным шоком при столкновении с реальной действительностью, которая не соответствует ожиданиям.

Произошла профессиональная деформация личности: поменялись стереотипы восприятия ценностных ориентаций, характер способов общения

и поведения. Необходимо повысить и социальную роль, и значимость медицинского работника. Профессиональное долголетие медиков должно стать одним из главных приоритетов для нашего государства, одной из главных проблем в здравоохранении России в целом.

Что делать? Выход есть

К сожалению, медицинский работник может долго переживать «синдром выгорания», но универсального рецепта, как уберечься от «профессионального выгорания», нет. Как можно решать данную проблему? Конечно, на своем рабочем месте мы пытаемся искать выход. Обратили внимание на:

- организацию рабочего места. Цветовая гамма окружающей обстановки влияет на психологическое состояние. Тон окружающего пространства помещения мы выбрали на светло зеленый цвет, гармоничный, способствует снятию напряжений, восстановления внутренней гармонии, спокойствия, упорядочивает мысли, избавляет от негативных чувств и эмоций. Организована комната отдыха, приобретен музыкальный центр.

- психологическую совместимость сотрудников. Работа осуществляется в паре, учитываем психологическое соответствие друг другу (распределение обязанностей сотрудниками, ответственность, согласованные действия);

- на развитие наставничества. Молодой сотрудник ставится в пару с наиболее опытной медицинской сестрой (процесс адаптации, повышается самооценка);

- график отпусков. Отпуск сотрудников – 42 дня, мы рекомендуем разбивать его на две части (восстанавливается трудоспособность, снимается стресс, общение с семьей)

- оптимизацию нагрузки. Привлекаем к работе совместителей (исключаем скандалы дома, перегрузки, стресс);

- принцип действие принципа «шоковой терапии». Я предлагаю сотрудникам ознакомиться с профессиональной деятельностью медицинских сестер других подразделений. Принцип «шоковой терапии»: – Не везде хорошо, где нас нет!

- разрешение конфликтов между сотрудниками. Принцип: Добрые отношения между коллегами предпочтительнее строгим соблюдением субординации, сохранение и укрепление отношений стало для нас приоритетом (совместный отдых, поздравления с праздниками, сдача норм ГТО);

- предоставление возможности сотрудникам вносить свои предложения по улучшению качества рабочего процесса. Предложение сотрудника должно быть услышано, улучшение качества, повышение производительности работы является естественной потребностью работника. Отмечается положительный результат, новшество внедряется в других отделениях медицинской организации;

- процесс обучения сотрудника на рабочем месте новым технологиям. Внедрение компьютера на рабочее место положительно оценили сотрудники

молодого возраста. Организованы курсы обучения работы с программными обеспечениями медицинской организации, что повысило эффективность.

– процесс продолжения образования и самообразования. В процессе получения новых знаний, будучи в окружении других профессионалов, на семинарах, мастер-классах получаем возможность обсуждать профессиональные проблемы и находить ответы на вопросы.

Полностью исключить в работе профессиональный стресс и профессиональное выгорание в современных условиях, скорее всего, невозможно. Но вполне возможно существенно уменьшить их разрушительное влияние на здоровье работающих людей. Важной отличительной чертой людей, устойчивых к профессиональному выгоранию, является их способность формировать и поддерживать в себе позитивные, оптимистичные установки и ценности, как в отношении самих себя, так и других людей, и жизни вообще.

О чем мы мечтаем?

Мы медики, остро нуждаемся в реабилитационных процедурах. Для этого необходимо использовать технологии диагностики психического и физического здоровья, комплексы психологических, психотерапевтических, спортивно-бальнеологических процедур. Нас необходимо обучать приемам саморегуляции психических состояний. В штате медицинской организации хотелось бы видеть профессионального психолога, с которым возможно не только обсудить свое состояние, свои переживания, проблемы, найти какой-то приемлемый выход, но и изучить методы саморегуляции и самопомощи, которые можно будет потом использовать самостоятельно. Кроме того, люди, которые остро нуждаются в помощи, в связи с тем, что переживают кризис, могли бы получить помощь, почувствовать заботу о себе.

Необходимо научиться переустанавливать приоритеты и думать об изменении образа жизни, внося перемены в нашу повседневную рутину. Необходимо учиться обретать контроль над собой и при этом душевно переходить из положения жертвы, к состоянию уцелевшего, принимая ответственность на себя за характер переживания стресса.

Необходимо помнить, что работа – всего лишь часть жизни. Знание того, что синдром эмоционального фактически является не только и не столько вашей проблемой, сколько проблемой профессии. Поэтому нужно адекватно отнестись к появлению его симптомов и своевременно попытаться внести коррективы в свою жизнь. Мы можем начать с того, чтобы снова дать себе установку: наша работа может и должна доставлять удовольствие и возродить нас.

И тогда не возникнет вопроса: уйти или остаться..... и не услышим: «Человек сгорел на работе» ...

РОЛЬ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ В РЕАЛИЗАЦИИ МОДЕЛИ УХОДА В УСЛОВИЯХ ПАЛАТЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ, АНЕСТЕЗИИ И РЕАНИМАЦИИ. ОТ ПРОТИВОСТОЯНИЯ К СОТРУДНИЧЕСТВУ

**О. Е. Шитикова – старшая медицинская сестра отделения анестезиологии
и реанимации с палатой интенсивной терапии**

ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи» г. Петрозаводск

Больница скорой медицинской помощи города Петрозаводска – одно из крупнейших лечебных учреждений Республики Карелия, рассчитанное на 500 коек. Количество пациентов, госпитализирующихся в ЛПУ в течение года, в среднем, составляет 21-22 тысячи человек. Через отделение интенсивной терапии ежедневно проходит от 12 до 16 пациентов с различной патологией и степенью тяжести. В последнее время отмечается тенденция к значительному увеличению числа пациентов ОРИТ и длительности пребывания их на койке. В 2015 году через палату интенсивной терапии (ИТ) прошло почти 23 % от числа всех поступивших в стационар. В связи с внедрением порядков оказания помощи пациентам с различной нозологией, увеличилось количество койко – дней, проводимых пациентами в палате ИТ. Значительно возросло и количество пациентов, получающих лечение в палате ИТ за сутки.

ОРИТ сталкивается с проблемами, характерными для здравоохранения в целом: утяжеление патологии пациентов, недостаток площадей, сложность лечебного процесса, кадровый дефицит, интенсивность лечебного процесса, работа со сложной аппаратурой, инвазивность манипуляций и пр. Как сделать работу сестринского персонала более качественной? Какие резервы можно использовать для оптимизации процесса ухода в условиях палаты интенсивной терапии?

В период пребывания пациента в отделении интенсивной терапии к медицинскому персоналу часто обращаются родственники с вопросами, которые касаются не только лечения, но и сестринского ухода. Основной вопрос: как попасть в отделение, чем мы можем помочь? С одной стороны, подобные вопросы радуют – о пациенте беспокоятся, о нем заботятся, переживают, с другой – есть ограничения посещения (пребывания) посторонними лицами в отделении интенсивной терапии и реанимации. В соответствии с ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации «О правилах посещения родственниками пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии (реанимации)» администрация лечебного учреждения должна изыскать

возможности и создать условия для посещения родственниками пациентов в отделении интенсивной терапии.

В ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи» реализован проект «Добро пожаловать, или посторонним вход воспрещен».

Гипотеза: участие родственников пациентов, находящихся в отделении интенсивной терапии во многом определяет успех лечебного процесса.

Цель сестринского исследования: создать партнерские отношения в процессе выхаживания пациента в условиях отделения анестезиологии и реанимации с палатой интенсивной терапии между медицинским персоналом и родственниками пациентов.

Задачи: проанализировать опыт работы с родственниками других лечебных учреждений, в том числе и зарубежных стран; изучить мнение пациентов, родственников пациентов, медицинского персонала по вопросам партнерских отношений, апробировать технологию коммуникативного сотрудничества медицинского персонала и родственников пациентов палаты ИТ, создать модель ухода в условиях палаты интенсивной терапии, анестезии и реанимации

Объект исследования: реализация сестринского ухода за пациентом в условиях отделения интенсивной терапии с привлечением их родственников.

Предмет исследования: роль родственников пациентов в реализации ухода в отделении интенсивной терапии.

Методы исследования: наблюдение, анкетирование пациентов и медицинских работников отделения анестезиологии и реанимации, изучение опыта работы отделений интенсивной терапии других лечебных учреждений, в том числе и зарубежных стран.

Требования к работе отделения интенсивной терапии требует строгого соблюдения санитарного противоэпидемиологического и лечебно – охранительного режимов. Именно это и интенсивность организации лечебного процесса в отделениях анестезии и реаниматологии сдерживают возможность пребывания родственников в них. Условия отделений, большая скученность пациентов, интенсивность работы персонала порой не позволяют пребыванию посторонних лиц. Да и что греха таить, лишние глаза и уши в отделениях интенсивной терапии не приветствуются. Нормы площадей, рассчитанных на пребывание одного пациента в отделении ИТ, с каждым новым нормативным актом увеличиваются. В лечебных учреждениях, построенных в «советские времена», выделить дополнительные площади для индивидуального пребывания пациента, да ещё и в присутствии родственника, не представляется возможным. До идеальных, изолированных условий пребывания пациента

в условиях ОРИТ, как это создано во многих зарубежных клиниках, нам ещё далеко.

Постоянные вопросы (звонки) родственников порой только отвлекают от лечебного процесса и мешают работе персонала. Исследование, позволило изучить мнение обоих заинтересованных сторон.

В проведенном анкетировании, целью которого стало изучение мнения о необходимости пребывания родственников в ИТ, приняло участие 79 респондентов (29 родственников, 18 пациентов и 32 медицинских работника ОРИТ). Среди опрошенных пациентов было 56% женщин, 44% мужчин, из них 28% – до 40 лет, 33% – старше 55 лет, 39% – от 41 до 54 лет. Пациенты высказывали аргументы как «за», так и «против» посещений. Основными аргументами в пользу посещений являлись: потребность в психологической поддержке (около 40%), осуществлении ухода силами родственников (около 18%), получении информации о семье (14%). Основными аргументами против посещений являлись беспокойство за психологическое состояние родственников (14%), чувство неловкости у самих пациентов (7%). Все респонденты отметили, что должно быть учтено согласие самих пациентов на посещение их близкими. При этом более половины респондентов (56%) высказались против осуществления ухода родственниками.

Среди опрошенных родственников большую часть составили женщины (69%). Возраст опрашиваемых: до 25 лет – 1%, старше 55 лет – 14%, до 40 лет – 35%, от 40 до 55-41%. Основными доводами в пользу посещений для родственников являются: возможность получения достоверной информации о состоянии здоровья пациента – около 30%, возможность оказания психологической поддержки близкому человеку и помощь в уходе – по 26%. В 11% случаев родственники посещали бы пациентов ОРИТА с целью контроля работы медицинского персонала. Стоит отметить, что для большинства опрошенных (52%) не имеет значения возможность словесного контакта с пациентом.

Самой многочисленной группой респондентов был медицинский персонал ОРИТ (врачи и медицинские сестры). Из 32 опрошенных 6% – в возрасте до 25 лет, 10% – старше 55 лет, 31% – от 40 до 50 лет, 53% – от 25 до 40 лет. При этом стаж работы респондентов составлял: 12% – до 5 лет, 13% – до 20 лет, 9% – до 15 лет, 28% – до 10 лет, 38% – более 20 лет. Основными факторами, обосновывающими посещения пациентов в ОРИТ, были названы: возможность оказания психологической поддержки – почти 16%, чуть более 12% – соблюдение прав пациента, менее 8% – оказание помощи в уходе. Факторами, препятствующими посещению, названы: в 16% случаев – нарушение прав других пациентов, по 13% – нарушения санитарно – противоэпидемического режима и создание помех для профессионального ухода из-за недостатка

навыков. Обращает на себя внимание опасение медицинских работников в увеличении количества жалоб на медицинский персонал (13 %), а также следующее за посещением ухудшение состояния пациентов (7 %). Все 100 % респондентов- медиков назвали важной составляющей успеха осуществления ухода в ОРИТ – обучение родственников. Только владеющий навыками ухода человек может быть максимально полезен и востребован в палате ИТ. И тогда родственники пациента из позиции наблюдателя станут активными участниками лечебного процесса.

Кроме того, эта категория респондентов высказала в общем объеме больше негативных аргументов в вопросах, связанных с посещениями (за – 36 %, против – 64 %), нежели респонденты из числа родственников (за 85 %, против – 15 %) и пациентов (за – 79 %, против – 21 %).

Наблюдение и повторное анкетирование среди тех же категорий респондентов, проведенное через 6 месяцев после реализации модели сотрудничества показало, что сохраняется тенденция настороженности в аспектах осуществления ухода за пациентами среди родственников даже после индивидуального обучения и помощи медицинского персонала (38 % из опрошенных), возросло до 22 % количество пациентов, положительно оценивающих факт посещения их в палате ОРИТ. Среди медицинских работников ОРИТ утвердилось мнение о нецелесообразности посещений пациентов в существующих условиях.

Таким образом, при подготовке положения о посещении пациентов отделений реанимаций и интенсивной терапии и разработки региональной модели ухода за пациентами в условия ОРИТ, необходимо предусмотреть следующие условия:

1. Регламентировать режим посещений при обязательном заключении соглашения о неразглашении тайны и изоляции других пациентов;
2. Учесть желание пациента к общению с близкими, как самое весомое;
3. Обеспечить посетителей средствами индивидуальной защиты;
4. Провести психологическую подготовку родственников перед посещением;
5. Обучить родственников особенностями ухода за пациентами ОРИТ;
6. Провести тренинг по выработке коммуникативных навыков у медицинского персонала.

По нашему мнению, только в этом случае можно добиться создания партнерских отношений между родственниками и медицинскими работниками в интересах пациента.

ЭТИЧЕСКИЙ ОБРАЗ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

**О. А. Гузенко – заместитель главного врача
по работе сестринским персоналом**

Е. Н. Бекетова – старшая медсестра 8 психиатрического отделения

ГБУЗ АО АКПБ

О. А. Баскакова – медсестра кабинета статистики и информатики

ГБУЗ АО АКПБ ГБУЗ АО

«Архангельская клиническая психиатрическая больница»

Профессия медицинской сестры – одна из тех, где непосредственный контакт с другим человеком играет первостепенную роль. Цена такого общения – здоровье, а нередко и жизнь человека. Поэтому так важно научить медицинского работника умению общаться или нормам профессионального этикета.

Роль медицинской сестры в оказании психиатрической помощи трудно переоценить. Медицинской сестре приходится выполнять руководящую, воспитательную, просветительную деятельность. В сфере психического здоровья медсестра порой общаться не только с «особенным» и «трудным» пациентом», но и в большей степени с его социальным окружением (семьей, знакомыми). В соответствии с этическим кодексом медицинской сестры России, утвержденным решением правления Российской ассоциации медицинских сестер от 24.06.2010 г., медицинские сестры являются не просто помощниками врача, исполнителями его поручений, а представителями самостоятельной профессии, которые владеют навыками комплексного, всестороннего ухода за пациентами, облегчения их страданий, реабилитации и располагают знаниями в области психологии и психотерапии в пределах своей компетенции [3].

Повседневное поведение медицинской сестры, стиль ее работы и общения зависят от многих факторов. Здесь и собственное отношение к профессии, и личностные качества, и общая корпоративная культура конкретной медицинской организации.

К большому сожалению, часто приходится сталкиваться с эмоциональной и нравственной индифферентностью (безразличием, равнодушием) медицинских работников.

Нередко неблагоприятные поступки, противоречащие нормам этического кодекса, медицинские сестры пытаются оправдать экономической обстановкой, наличием глубоких личных проблем и другими факторами. Однако истинно профессиональная этика медсестры руководствуется тем, что

в подобных ситуациях, оправдывающих неэтичное поведение, обстоятельств просто не существует.

Профессиональной секцией «Сестринское дело в психиатрии и наркологии» региональной общественной организации «Объединение медицинских работников Архангельской области» в январе 2017 года методом анкетирования проводилось изучение этического образа современной медицинской сестры.

В выборочном анкетировании приняли участие 113 медицинских сестер государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельская клиническая психиатрическая больница».

При анализе полученных анкет было выявлено, что большинство медицинских сестер обращается к пациенту по имени – отчеству – 65,5 %, по фамилии называют 29,2 % медсестер, обращаются по имени – 28,3 %.

О проводимом лечении (обследовании) в пределах своей компетенции информируют пациента 67,3 % опрошенных медсестер, хотя своевременное и полное информирование о предстоящих манипуляциях является хорошей профилактикой конфликтных ситуаций в дальнейшем. При профессиональной подготовке специалистов сестринского дела необходимо проводить их пошаговое обучение по информированию пациентов, принимать во внимание их страхи и представлять обзорную информацию при проведении различных манипуляций, не форсировать события, учитывать особенности характера и психический статус пациента. Отсутствие адекватной информации у пациента усиливает его психологический дискомфорт, повышает риск конфликта.

85 % респондентов никогда не обсуждают проблемы пациентов со своими близкими и знакомыми, однако, по признанию анкетированных, 12,4 % иногда допускают обсуждение медицинской информации вне стен больницы.

Важным этическим принципом со времен Гиппократов является принцип непричинения вреда. С заповедью «Прежде всего не навреди» полностью согласны 74 % медсестер, а 27,4 % стараются придерживаться древней этической заповеди, но не всегда.

Внешний вид медицинской сестры- визитная карточка как ее самой, так и организации, которую она представляет. Чистые волосы и аккуратная прическа – это то, чего следует придерживаться. Легкий макияж, короткие ногти и здоровые руки. Рекомендуется носить удобную обувь с устойчивым каблуком. Каждый работник может выбрать форму в соответствии со стандартами и спецификой своего отделения, которая должна быть чистой и отглаженной.

Наши медицинские сестры в силу специфики учреждения предпочитают носить медицинские костюмы, что составило 78,8 %, а халат средней длины носят 53 % респондентов.

100 % респондентов считают, что внешний вид медицинской сестры должен быть прежде всего аккуратный и опрятный.

По стилю поведения мнения разделились: 45 % медсестер считают, что в поведении медицинская сестра должна быть спокойной, 42 % придерживаются взгляда, что специалист среднего звена должен быть в поведении вежливым и доброжелательным, а 20 % респондентов считают, что главное в поведении это уравновешенность, 11 % предпочитают сдержанность в поведении специалиста.

По вопросам о стиле общения медицинской сестры с пациентами ответы также неоднозначны: 30 % считают, что стиль поведения должен быть вежливым, 27 % – уважительным, а 25 % – доброжелательным.

Медицинская сестра обязана поддерживать уважительные отношения и со своими с коллегами, обращаться к ним по имени-отчеству.

Очень важно быть сдержанными тактичным, владеть собой и считаться с желаниями и потребностями других людей. Беседуя с коллегой, надо уметь слушать собеседника, не мешая высказать ему то, что он думал, а затем, если есть необходимость, спокойно возразить, но без грубости.

Недопустимо публичное выражение негативных эмоций. Очень громкий разговор или очень громкий смех неуместны на рабочем месте.

Недопустимы конфликты между коллегами и особенно в присутствии пациента. При общении с коллегами медицинской сестре необходимо соблюдать субординацию, не допускать «панибратского» поведения в профессиональных отношениях. В коллективах должны быть конструктивные отношения, поддерживающие командный стиль работы, которые предполагают не только ценностные ориентиры, но и поддержку во врачебно-сестринском коллективе. Командный стиль – это движение в одном направлении, связанное со здоровьем пациента, который находится на лечении.

По результатам проведенного анкетирования выявлено, что большая часть респондентов в основном обращаются к своим коллегам по имени-отчеству – 91 %, почти треть (28 %) – просто по имени.

Считается, что медицинский работник должен быть примером отношения к здоровью для своих пациентов, так как обладает большей информированностью о факторах риска и возможности профилактики различных заболеваний.

При проведении исследования мы выяснили, что только 65 % опрошенных медицинских сестер сами придерживаются здорового образа жизни, почти треть респондентов (27 %) ответили отрицательно, а 23 % имеют «вредные привычки», причем 18,6 % из них курят и это возрастная группа от 31 года и старше.

Возникает вопрос «Может ли медицинский работник, относящийся к своему здоровью, таким образом, мотивировать пациента на ценность и сохранение здоровья?»

Этическая основа профессиональной деятельности медицинской сестры – гуманизм и милосердие. Важнейшими задачами деятельности медицинской сестры являются: комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий, восстановление здоровья и реабилитация, содействие укреплению здоровья и предупреждение заболеваний.

Этический кодекс медицинской сестры России дает четкие нравственные ориентиры профессиональной деятельности сестринского персонала. Он призван способствовать консолидации, повышению престижа и авторитета сестринской профессии в обществе, развитию сестринского дела в России [3].

По результатам проведенного исследования мы пришли к выводу, что в нашей медицинской организации необходимо продолжить обучение сестринского персонала по этическим вопросам профессиональной деятельности, для повышения уровня их компетенций и профессиональной культуры, а также для определения ценностных жизненных ориентиров.

Так же совместно со специализированной секцией «Сестринское дело в психиатрии и наркологии» необходимо разработать Кодекс поведения медицинской сестры психиатрической службы, учитывающий не только специфику профессиональной деятельности, но и морально-нравственные требования к данным специалистам.

Литература

1. Голенков А.В., Козлов А.Б., Аверин А.В. Сестринское дело в психиатрии и наркологии. Конспект лекций. Чебоксары, 2006. 244 с.
2. Караваева Т.А., Вьюнова Т.С., Подсадный С.А. Значение этических норм и принципов в психотерапии и их закрепление в правовом регулировании / Т.А. Караваева, Т.С. Вьюнова, С.А. Подсадный // Вестник психотерапии – 2015. – № 2. – 6–9
3. Ключникова П. Кодекс поведения медицинской сестры / П. Ключникова // Сестринское дело. – 2007. – № 1. – С. 40–41

СИМПОЗИУМ
«ОХРАНА МАТЕРИНСТВА
И ДЕТСТВА»

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ. РОЛЬ СЕСТРИНСКОЙ АССОЦИАЦИИ

Н. С. Швецова – главная медицинская сестра

*ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень),
заместитель председателя Правления ТРОО ТОПСА*

Указом Президента РФ «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года» и Концепцией долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г. определены стратегические направления развития здравоохранения. Неотъемлемой задачей в развитии здравоохранения является формирование системы управления качеством медицинской помощи. Медицинская помощь всегда оказывается в условиях риска. Развитие медицины, информационных технологий, высокая нагрузка, которую испытывает здравоохранение – лишь некоторые из факторов, которые, собираясь вместе, порождают явление высоких рисков в медицине. В минимизации этих рисков может оказаться определяющей роль сестринского персонала. Внимание, уделяемое правам пациента, важность информированности – повышают востребованность сестринской помощи.

Управление качеством – непрерывный процесс. Построение в медицинской организации системы управления качеством позволяет повысить удовлетворенность пациентов и эффективность процесса оказания медицинской помощи с точки зрения использованных ресурсов и достигнутых результатов. В ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) управление качеством оказания медицинской помощи средним и младшим медицинским персоналом осуществляется главными и старшими медицинскими сестрами, которые являются ключевыми фигурами на втором уровне оперативного управления и осуществляют руководство сестринским и младшим персоналом, как производителями качественной услуги. Обеспечению безопасности пациента и персонала способствует комплексная система мер, решающая задачи по

- совершенствованию внутреннего и внешнего аудита качества медицинской помощи,
- системной подготовке персонала на всех этапах профессионального развития с учетом междисциплинарного подхода,
- созданию безопасных условий труда для медицинских работников и т.д.

Внутренние аудиты являются одним из инструментов управления качеством. Задачами внутренних аудитов являются: осуществление контроля исполнения законодательства и нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения и анализ причин, лежащих в основе нарушений; принятие мер по их

предупреждению; оценка качества медицинской помощи пациентам; анализ и экспертная оценка эффективности результатов деятельности медицинских работников; изучение результатов профилактики и лечения заболеваний. Полная прозрачность при проведении аудита, отсутствие разночтений при использовании в работе нормативных документов способствуют появлению уверенности у сотрудников в правильности выполнения медицинских процедур, стремлению улучшить свои показатели деятельности и качества оказания медицинской помощи.

Определяющее значение при создании системы безопасности пациента имеет уровень профессиональной подготовки акушерок и признание их экспертной роли.

Акушерки обязаны предоставлять безопасную, высококачественную и ориентированную на население медицинскую помощь, улучшая охват и комплексный характер медико-санитарных услуг, снижая затраты лечебно-профилактических учреждений. Все чаще поднимаются вопросы о расширении функции акушерки, особенно в области укрепления здоровья, профилактики заболеваний, ведения и координации лечения хронических болезней. Практика в акушерском деле развивается в ответ на потребности населения в медицинских услугах. Обеспечение качества медицинских технологий достигается путем разработки и внедрения стандартных операционных процедур с учетом последних достижений медицинской науки, основанной на доказательной клинической практике, в том числе акушерской.

Департаментом здравоохранения Тюменской области определён вектор развития акушерского дела в направлениях:

- исполнения функций медицинскими работниками в рамках перераспределения обязанностей между ними;
- реализации (создания) системы квалифицированной сестринской помощи.

Для решения поставленных задач в тюменском регионе готовятся образовательные программы по организации и проведению школ пациентов, самостоятельному сестринскому приему в амбулаторно-поликлинической сети, патронажу, диспансеризации и т.д.

Большую роль в обеспечении безопасной манипуляционной технике играет система подготовки кадров, развитие симуляционного обучения, внедрение непрерывного медицинского образования, введение института наставничества на рабочих местах. Обучение, тренинги, консультации, проводимые в ПЦ являются основой взаимодействия в коллективе и команде специалистов в целом. Эти мероприятия, безусловно, повлияют на повышение роли и статуса акушерок, и медицинских сестер.

Сегодня Ассоциация медицинских сестер России играет важную роль в подготовке кадров к новой системе образования. РАМС является одним из провайдеров системы НМО, включена в список профессиональных обществ для аккредитации мероприятий по регионам России. Большую роль в деле саморегулирования профессии, обозначении и понимания роли акушерки в нормативных документах, развитии профильной прессы занимает ассоциация медицинских сестер. В 2016 году в Тюменской области проведено 5 аккредитованных конференций, обучено и выдано свидетельств для 1600 медицинских сестер и акушерок. Появилась возможность участия во Всероссийских научно-практических конференциях, симпозиумах, организованных Российской ассоциацией средних медицинских работников.

Взаимодействуя с медицинскими организациями по вопросам обращения граждан по некачественно оказанной медицинской услуге, членами ассоциации разрабатываются СОПы (стандартные операционные процедуры), учитывая вопросы этики и деонтологии: «Алгоритм действий акушерки при гибели плода», «Алгоритм использования средств индивидуальной защиты», «Алгоритм проведения вакцинации БЦЖ у новорожденных».

Применение подходов к управлению качеством, получивших признание во всем мире, обеспечивает руководство медицинской организации современными инструментами для улучшения качества медицинской помощи, повышения удовлетворенности пациентов и более эффективного использования ресурсов.

НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: ПРИМЕНЕНИЕ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕБНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

А. Р. Худайбердиева – главная акушерка

ГБУЗ АО «Клинический родильный дом» г. Астрахань

В 2015 году на коллегии в министерстве здравоохранения Астраханской области было озвучено, что организация симуляционных классов является приоритетной задачей ЛПО. Именно в них отрабатываются манипуляционные навыки, способность работать в команде.

В процессе организации в родильном доме было разработано положение об организации симуляционного класса. Издан приказ, составлен план на 2017 год включающий в себя актуальные темы акушерства, гинекологии и неонатологии. Каждая тема в режиме обучения отрабатывается в течение недели, а на следующей неделе проводится зачет по отработанной теме.

Обучение на тренажере обладает целым рядом неоспоримых преимуществ:

1. Неограниченная продолжительность учебного процесса и длительность отработки одного и того же этапа или навыка;
2. Отсутствие необходимости в постоянном контроле преподавателя за процессом обучения;
3. Высокая заинтересованность сотрудников самом процессе обучения;
4. Безопасность процесса обучения начинающего сотрудника для пациента;
5. Сокращение числа ошибок, которые допускают начинающие сотрудники при выполнении своих первых манипуляций;

Целью работы в симуляционном классе является отработка навыков пошагового алгоритма при неотложных состояниях. Отработка имеющихся несовершенных навыков у молодых специалистов. А работа сотрудников со стажом в манипуляционном классе направлена на отработку алгоритмов с доведением действий до автоматизма.

Отработанные на муляжах протоколы оказания неотложной помощи при кровотечениях, при преэклампсии, при анафилактическом шоке дали свои незамедлительные и осязаемые результаты. Значительно сократилось количество осложнений при неотложных состояниях, связанных с потерей времени на координацию действий, оказывающих помощь. А также сотрудники обучились работе в команде без использования лишних фраз и движений. Каждый четко знает свой объем помощи и действий.

В работе медицинского персонала очень важны навыки.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В АКУШЕРСТВЕ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

Т.А. Студнева – старшая акушерка женской консультации

ГБУЗ АО «Городская поликлиника № 8» г. Астрахань

С этическими проблемами в акушерстве очень часто сталкиваются акушерки первичного звена. Первый вопрос при наступившей беременности оставить ребенка или прервать беременность. Как снять тревожность у женщин с наступившей беременностью и имеющей в анамнезе самопроизвольно прервавшиеся беременности. Работа с женщинами, выполняющими функции инкубатора при суррогатном материнстве. Этические проблемы, возникающие при работе с женщинами беременными особенными детьми (с синдромом. маму, будущую семью, не понимая даже, что ты делаешь. Должно быть правилом: информировать, но не советовать, подробно рассказать и на этом

остановиться, не рекомендовать ничего, дать будущей маме подумать, привыкнуть к мысли, что она вынашивает особого ребенка. Если будущие родители на пути к решению сохранить ребенка, им нужно предоставить возможность общаться со всеми, с кем они захотят: с семьями, где уже растут особые дети, с психологами, с педагогами., вопросов «А что вы нам посоветуете?», «А что вы сделали бы на нашем месте?» – таких вопросов не избежать. Все их задают и надо очень осторожно отклонять, и обходить эти вопросы

Часть вопросов регулируется законодательством, но основная доля вопросов остается открытой и отдается на откуп личному мнению и опыту медицинского работника.

Как научиться не осуждать женщин, вынашивающих беременность и оставляющих детей в родильном доме.

В наши дни также возникает вопрос, насколько реальна опасность того, что современные методы искусственного оплодотворения могут стать причиной инцеста (кровосмешения) (теоретически возможное число детей у некоторых «активных доноров» приближается к 100). Серьезные споры вызывает и вопрос полового отбора эмбрионов или половая селекция до проведения процесса зачатия ребенка в «пробирочных» условиях. В ряде семей существует чрезвычайно жесткая политика, основанная нередко на культурных традициях и предрассудках, в отношении половой принадлежности новорожденных. Важно разобраться в причинах того, почему Вам так важно родить ребенка определенного пола? Дети не должны страдать из-за психологических комплексов своих родителей, быть объектом реализации их амбиций. Еще одной из весьма актуальных проблем в первичном звене является проблема аборта. Не прекращаются споры о моральной и физической составляющей искусственного прерывания беременности. В контексте спора вокруг абортов центральным противоречием является сопоставление права женщины распоряжаться своим телом и права ребенка на жизнь. Важно понять: какая из двух этих ценностей выше, и какая из них должна преобладать.

Подводя итоги вышесказанному, можно отметить, что все этические вопросы, связанные с деторождением, являются актуальными на протяжении многих лет. Задача первичного звена – помочь женщинам адаптироваться в современных условиях, получать грамотные и своевременные консультации у специалистов. Находить понимание и поддержку в каждой ситуации на каждом этапе жизни женщины.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ МОДЕЛИ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДНОЙ РАБОТЫ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

О. В. Хованская – старшая медицинская сестра отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных

ГАУЗ КО «Областная детская клиническая больница», г. Кемерово

Успех работы отделения, здоровье и жизнь пациентов, зависит во многом от вклада медицинской сестры в лечебный процесс. Качество выполнения всех сестринских вмешательств влияет на эффективность и безопасность медицинской помощи новорожденным детям. Поэтому очень важно правильно организовать работу медицинских сестер отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) так, чтобы максимально эффективно использовать знания, опыт и квалификацию каждой медицинской сестры в процессе выхаживания новорожденных детей, находящихся в критическом состоянии.

Многочисленный коллектив медицинских сестер ОРИТН с различным уровнем профессиональной подготовки, опытом работы, необходимо сплотить в единую команду, в которой каждый, выполняя на своем месте определенные задачи, вносит свой вклад для достижения оптимального результата. Для этого работа в нашем отделении была построена по модели мультидисциплинарной команды. Мультидисциплинарная команда – это группа людей с комплиментарными навыками, объединённая общей целью, выполнением задач и общим подходом. Для реализации общей цели команда, состоящая из специалистов одного профиля, поддерживает внутри себя взаимную ответственность. Чтобы создать команду, необходимо внутри группы использовать единые методы и подходы, распределить роли и степень ответственности каждого члена команды. Чтобы достичь этого, необходимо отработать несколько важных аспектов:

- Распределить функции в зависимости от профессиональных компетенций медицинских сестер;
- Проводить ротацию между группами;
- Мотивировать стремление к профессиональному самосовершенствованию;
- Обеспечить единый подход к выполнению поставленной цели;
- Обеспечить непрерывное обучение на рабочем месте;
- Обеспечить возможность профессионального и карьерного роста;
- Воспитать корпоративный дух.

Медицинские сестры ОРИТН разделены на 3 группы в зависимости от вида деятельности, с учетом их профессиональной подготовки, стажа работы и уровня квалификации.

Первая группа – медицинские сестры по уходу за новорожденными. Все медицинские сестры, приходя работать в отделение в первую очередь должны освоить принципы ухода за новорожденными. Овладев всеми технологиями по выхаживанию детей, находящихся в критическом состоянии, с различными патологиями перинатального периода, в том числе технологии выхаживания недоношенных детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела, медицинские сестры могут работать во второй группе.

Вторая группа – это медицинские сестры, выполняющие функции медсестры процедурного кабинета, которые в круглосуточном режиме обеспечивают проведение манипуляций, связанных с парентеральным введением медикаментов и работу с венозным доступом.

Третья группа это медицинские сестры, работающие в составе выездной неонатальной реанимационно-консультативной бригады, которая осуществляет консультативную помощь в родильных домах города и области, подготовку новорожденного ребенка к транспортировке в специализированное отделение. В эту группу входят самые высококвалифицированные медицинские сестры, владеющие всем спектром медицинских технологий, которые имеют не только первую и высшую квалификационные категории, но и осуществляют научную деятельность: участвуют в разработке и внедрении новых сестринских технологий, пишут статьи, участвуют в научно-практических конференциях.

Неотъемлемой частью создания мультидисциплинарной команды является ротация медицинских сестер. Она обеспечивает мотивацию профессионального совершенствования и карьерного роста. Ротация проводится между первой и второй группой, медицинские сестры третьей группы работают во второй и в первой группе. Работа по выхаживанию пациентов выполняется медицинскими сестрами согласно четкому распределению обязанностей. И несмотря на то, что каждая группа медицинских сестер отвечает за определенный блок работы, команда работает по принципу преемственности и взаимозаменяемости. Все члены команды хорошо знают профессиональные роли друг друга и готовы заменить отсутствующих при необходимости. Каждая медицинская сестра профессионально ответственна за собственные решения и решения, принятые остальными членами команды. Выполняя свою работу, каждая медицинская сестра руководствуется едиными требованиями, алгоритмами, подходами, принятыми в нашем отделении.

Для того чтобы обеспечить единый подход к выполнению поставленной цели в отделении разработаны технологии простых и сложных медицинских услуг, технологии развивающего ухода, которые неукоснительно выполняются всеми членами команды. Существует ряд простых, но очень важных пунктов в командной работе, которые мы соблюдаем: это лечебно-охранительный режим, инфекционная безопасность, четкое выполнение технологий по уходу за новорожденным. Каждое новое предложение по улучшению качества оказания помощи новорожденным детям рассматривается и внедряется в работу после обсуждения деталей на ежедневных утренних конференциях. Основным показателем эффективности мультидисциплинарной команды является разработка и внедрение в работу новых медицинских технологий, стремление к развитию и самосовершенствованию.

В ОРИТН, где выхаживаются пациенты с различными патологиями: хирургической, нейрохирургической, патологией ЛОР органов, соматической, неврологической и т.д. медицинские сестры становятся многопрофильными специалистами. Они ассистируют консультантам, которые приходят к пациентам своего профиля. Поэтому необходимо постоянно совершенствовать свои знания и умения для работы с пациентами, которые имеют весь спектр, как соматической, так и хирургической патологии, с которой может встретиться новорожденный ребёнок, находящийся в критическом состоянии.

Важным аспектом командной работы является непрерывное повышение квалификации медицинских сестер путем использования различных форм и методов обучения и активизация мотивации к саморазвитию и самосовершенствованию. Профессиональное развитие на рабочем месте имеет определенные преимущества по сравнению с другими формами обучения. Корпоративная система обучения является сильным мотивирующим фактором, так как способствует осознанию каждым сотрудником своих перспектив профессионального и карьерного роста. Продуманная целенаправленная работа по организации обучения и повышения квалификации персонала позволяет создать у медсестёр позитивное отношение к нововведениям, повысить качество оказываемых медицинских услуг новорожденным детям.

Одной из важнейших задач старшей медицинской сестры ОРИТН, является организация непрерывного образования сестринского персонала. В нашем отделении для обучения на рабочем месте применяются традиционными методы: «копирование», наставничество, ротация, использование учебных методик, подробных инструкций и описаний, тестирование, семинарские и практические занятия. Выбор той или иной методики обучения зависит от вида деятельности медицинских сестер. В отделении применяются методика наставничества для минимизации периода адаптации молодых специалистов

и периода освоения новых технологий сотрудниками на рабочем месте. Наиболее эффективно показывает себя индивидуальное обучение, практикующееся в нашем отделении. Поддержание высокого профессионального уровня, приобретение новых знаний и навыков с учетом достижений медицинской науки и практики требуют того, чтобы повышение квалификации медсестер представляло собой гибкую по форме и постоянно обновляющуюся по содержанию систему непрерывного обучения.

Таким образом, создание мультидисциплинарной команды медицинских сестер – это ежедневная работа старшей медицинской сестры, направленная на постоянное информационное содействие, грамотную обратную связь и поддержку сотрудников в желании учиться и развиваться. Это сложный механизм, работа которого направлена на достижение главной цели – сохранение жизни и здоровья наших маленьких пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ ОБОГАТИТЕЛЕЙ ГРУДНОГО МОЛОКА У НЕДОНОШЕННЫХ В ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ (II ЭТАП ВЫХАЖИВАНИЯ)

**И. С. Проскурякова – старшая медицинская сестра отделения патологии
новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания)**

*Перинатальный центр бюджетного учреждения здравоохранения
Омской области «Областная клиническая больница»*

Бережный, заботливый, квалифицированный уход за новорожденными детьми имеет первостепенное значение в выхаживании недоношенных детей. Обеспечение комфортных условий (адекватная температура и влажность воздуха, достаточное поступление кислорода, покой, правильное вскармливание, регулярное питье, щадящие методы обследования и лечения) помогает новорожденному ребенку адаптироваться к новым условиям окружающей среды, способствует саморегуляции нарушенных обменных процессов и позволяет в ряде случаев избежать интенсивных методов лечения. Организация рационального вскармливания (нутритивной поддержки) заключается в своевременном и оптимальном обеспечении недоношенных детей пищевыми веществами и энергией, начиная с первых дней жизни. Обеспечить новорожденного с малой массой тела оптимальным количеством пищевых веществ достаточно сложно, учитывая морфофункциональную незрелость пищеварительной системы. Относительно высокая потребность недоношенных детей в пищевых веществах находится в противоречии с ограниченными возможностями к их

усвоению. Особые трудности возникают при лечении и питании детей с очень низкой и низкой массой тела. Они обусловлены выраженной незрелостью всех органов и систем, а также полиорганной патологией, принимающей нередко крайне тяжелое течение. Важной задачей в выхаживании недоношенного ребенка с низкой массой тела и очень низкой массой тела является организация энтерального питания материнским молоком. При этом грудное молоко нуждается в обогащении. Содержание нутриентов, в первую очередь белка, в молоке женщин, родивших преждевременно, не соответствует высоким потребностям, обеспечивающим темп развития, соответствующего внутриутробному, глубоко-конедошенных детей. Для устранения возникающего дефицита разработаны обогатители грудного молока (фортификаторы), которые вносятся в сцеженное молоко перед кормлением, начиная с момента достижения объема энтерального питания, равного 80 мг/кг в сутки. В отделении патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания) для обогащения грудного молока применяются фортификаторы. В условиях стационара был проведен ретроспективный анализ исследований по изучению применения фортификаторов грудного молока, влияющих на массу тела и время пребывания в отделении. Анализу, который проводился в период с октября 2015 года по март 2016 года, подлежало 66 недоношенных новорожденных. Всех недоношенных разделили на 3 группы в зависимости от характера вскармливания: первая группа – естественное (грудное молоко с фортификатором) – 23 ребенка (34,8%) со сроком гестации 32-36 недель (масса 1330,0–2438,0 грамм); вторая группа – смешанное (грудное молоко и смесь для недоношенных) – 21 ребенок (31,8%) со сроком гестации 32-36 недель (масса 1570,0–2529,0 грамм); третья группа – искусственное (смесь для недоношенных) – 22 ребенка (33,3%) со сроком гестации 30-36 недель (масса 1200,0–2361,0 грамм). Способ кормления определялся тяжестью состояния детей, массой тела и гестационным возрастом (бутылочка, орогастральный зонд путем болюсного введения). Необходимый суточный объем питания рассчитывался калорийным методом, исходя из энергетической потребности недоношенного ребенка соответствующей массы тела (фактическая масса тела). Проведя анализ физического развития детей установлено, что в первой группе недоношенных новорожденных темпы прибавки массы тела на 13% выше ($3255,0 \pm 0,235$ грамм), чем во второй группе ($2899,0 \pm 0,278$ грамм), и выше на 4%, чем в третьей группе ($2757,0 \pm 0,166$ грамм соответственно), что привело к сокращению длительности нахождения недоношенных новорожденных в стационаре ($18,5 \pm 2,0$ койко-дней по сравнению с $22,6 \pm 2,4$ и $23,5 \pm 2,5$ койко-днями). В группе детей, которые получали обогащенное грудное молоко, было выявлено значительно меньше таких симптомов как, вздутие живота, срыгивание, изменение частоты стула, объема желудочного аспирата. Применение

обогачителей грудного молока не требует термической обработки, что исключает их длительное хранение, увеличивает время медицинской сестры молочной комнаты для обучения матерей вопросам грудного вскармливания, снижает частоту инфекционно-воспалительных заболеваний, оказывает влияние на долгосрочный прогноз нервно-психического развития недоношенных детей, Нами сделаны выводы, что при вскармливании новорожденных детей целесообразно отдать предпочтение грудному молоку, применять индивидуальный подход для вскармливания недоношенных, при переводе недоношенных новорожденных, в том числе с низкой и очень низкой массой тела на полностью энтеральное питание предпочтительнее использовать грудное молоко, обогащенное фортификатором, совместное пребывание матери и ребёнка позволяет улучшить лактацию кормящих матерей и снизить финансовые затраты больницы по обеспечению специализированной дорогостоящей смесью для недоношенных.

ПРОБЛЕМЫ БОЛИ В НЕОНАТОЛОГИИ

Е.М. Кузьмичева – старшая медицинская сестра

*ГБУЗ КО «Новокузнецкая городская детская клиническая больница № 4»,
отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных*

«Боль – неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, сопровождающееся фактическим или возможным повреждением тканей, или состояние, словесное описание которого соответствует подобному повреждению».

Международная ассоциация по изучению боли (1979 год).

Субъективный характер боли делает ее трудноизмеримым понятием. Это – особенность верно для тех, кто затрудняется выразить свою боль словами. Вплоть до середины 1970-х годов существовало убеждение, что новорожденные не способны воспринимать физическую боль вследствие незрелости периферических болевых рецепторов, ЦНС и проводящих волокон, хотя еще Гиппократ полагал, что новорожденные чувствительнее к боли, чем старшие дети и взрослые.

- Чувствительные клетки спинного мозга новорожденных более возбудимы, чем у взрослых – реакция на повреждающий раздражитель более выражена и длится дольше.
- Частота расположения рецепторов в коже больше, чем у взрослых.
- Тактильные и болевые волокна в спинном мозге заканчиваются близко одни к другим, поэтому им тяжело отличить боль от неповреждающего прикосновения.

– Ранние повреждения нервных окончаний вызывают гибель нервных клеток, стимулируют разрастание нервных окончаний на поврежденном участке кожи – на долгое время после повреждения усиливается чувствительность этой области.

Новорожденные не способны локализовать боль; любое местное повреждение (боль) носит генерализованный характер. Период ощущения боли у новорожденного ребенка составляет 30-90 минут, любое дотрагивание до ребенка в это время может имитировать предыдущее болевое раздражение.

Особенность болевого синдрома у новорожденных заключается в том, что они гораздо быстрее «привыкают» к повторяющемуся болевому раздражителю или продолжительной боли, что приводит к истощению компенсаторной функции нервной системы и ослаблению реакций организма. Следовательно, при проведении длительной интенсивной терапии мы не всегда сможем увидеть реакцию новорожденного на боль.

У глубоко недоношенного новорожденного внешняя реакция на боль проявляется гораздо слабее, чем у доношенного ребенка. В то же время они гораздо больше подвержены негативным влияниям боли.

В ответ на боль и стресс состояние пациента может ухудшиться. Ранние, отсроченные и отдаленные последствия боли у новорожденных достаточно хорошо изучены.

Ранние последствия боли: беспокойство, плач, существенные колебания ЧСС, ЧД, ВЧД, уровня кислорода, нарушения сна и бодрствования. *Отсроченные последствия боли:* плохая прибавка в весе, изменение иммунного статуса, увеличение длительности стационарного лечения.

Отдаленные последствия боли: память о боли, повышенная восприимчивость к боли в течение всей жизни, задержка психомоторного и физического развития.

Процедуры, вызывающие боль у новорожденного: диагностические (пункции), хирургические (операции), терапевтические (санации, катетеризации, ИВЛ, смена пластыря и т.д.), клинические состояния, вызывающие боль у новорожденного (менингит, язвенно-некротический энтероколит, перитонит, кишечная непроходимость, родовые травмы, внутричерепные кровоизлияния, аномалии брюшной стенки).

Новорожденные воспринимают боль, демонстрируя её своим поведением, физиологическими и биохимическими показателями. Физиологические реакции на боль включают тахикардию, тахипноэ, повышение артериального давления, повышение внутричерепного давления, повышение мышечного тонуса, поверхностное дыхание, побледнение или покраснение кожи.

Гормональные/метаболические реакции организма на боль проявляются повышением уровней гормонов стресса (адреналина, норадреналина), гормона роста, повышением выделения азотистых продуктов, увеличением концентраций глюкозы, снижением секреции инсулина, повышением содержания CO_2 и снижением содержания O_2 .

Поведенческие реакции на боль включают: плач, стон, вздрагивание тела, резкое оттягивание конечности, гипертонус конечностей, вздрагивание от до-трагивания, сжатые в кулачок кисти рук либо мышечный гипотонус, вялость.

В настоящее время разработано много разных шкал для оценки интенсивности боли, некоторые из них основаны на оценке поведенческих реакций, другие – на оценке физиологических и поведенческих последствий боли.

Многим пациентам имеющиеся способы оценки боли не подходят, потому что они не могут адекватно выразить боль. Это касается в первую очередь боли у новорожденных (в особенности недоношенных) с врожденными отклонениями, у которых степень боли еще невозможно правильно оценить. Кроме того, их движения часто скованы из-за обилия современной медицинской аппаратуры, поддерживающей жизнь.

В нашей клинике для оценки острой боли используют шкалу DAN, болевой профиль недоношенных новорожденных оценивается по шкале PIPP, Шкала боли (NIPS) используется для оценки болезненных процедур у неинтубированных новорожденных. Все шкалы основаны на оценке поведенческих реакций новорожденного, универсальной шкалы не существует. Количество пролеченных пациентов в отделении неизменно увеличивается. В 2016 году увеличилось количество пациентов, получивших обезболивание и седацию. Эта группа составила 25,8 % – в 2014 году; 37,1 % – в 2015 году и 53,5 % – в 2016 году, по отношению к пролеченным пациентам. Комплексный подход к программе выхаживания пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных, основанный на лечебно-охранительном режиме, щадящих технологиях и адекватном подходе к проблеме боли у новорожденного, приводит к снижению длительности пребывания пациента в отделении и сокращению среднего времени пребывания на ИВЛ. По данным исследований, у недоношенного ребенка, находящегося в ОРИТН: за 24 часа 30 % времени приходится на манипуляции и процедуры (происходит 132 контакта с ребенком, частота манипуляций составляет 5,5 раза в час, а средняя продолжительность манипуляций в совокупности 14-20 минут). В среднем ребенок в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных получает около 14 болезненных процедур в сутки. Чтобы адекватно оценить информированность медицинских сестер в вопросах диагностики и ведения боли, было проведено анкетирование 12 специалистов отделения.

Только 25 % из числа опрошенных умеют оценить боль у новорожденных. 50 % могут установить физический контакт (ласково погладить, взять на руки, “мамины руки”), применяют методы переключения (ласковый голос, покормить, дать “пустышку”)

Для снижения боли 25 % используют сладкие субстанции (раствор глюкозы per os)

К сожалению, ни одна из опрошенных медицинских сестер не отметила применение щадящего положения с применением “гнезд”, “бубликов”, специальных валиков и других подобных средств, как метод нефармакологического снижения боли.

Исследование доказало целесообразность применения стратегии ведения и профилактики боли у новорожденных, которая направлена не только на уменьшение интенсивности и продолжительности боли, но и на предупреждение возникновения боли.

Фармакологическое лечение боли: наркотические анальгетики (фентанил, морфин, кетамин), ненаркотические анальгетики (парацетамол), седативные препараты (диазепам, фенobarбитал), для местной анестезии (крем ЭМЛА, лидокаин, Инстиллагель). Необходимо сказать, что у каждого препарата есть свои «за» и «против». Один препарат не эффективен при болезненных манипуляциях, другой вызывает побочный эффект, у третьего недостаточно данных по безопасности и надежности у новорожденных. Поэтому применение препаратов жестко обосновывается.

Нефармакологические методы ведения боли:

- Ограничение количества пункций, уколов и т.п. (за 1 пункцию забор большего числа анализов).
- Использование центральных катетеров (катетер-линия, пупочные венозный и артериальный катетеры).
- Болезненные процедуры должен осуществлять наиболее подготовленный персонал.
- Бережное удаление пластыря.
- Обеспечение адекватной премедикации перед инвазивными процедурами.
- Применение соответствующего оборудования (маленькие иглы, атравматические катетеры и т.п.)
- Создание лечебно охранительного режима в отделении. Защита глубоко недоношенного ребенка от чрезмерного освещения, шума, вибрации, частых осмотров и рутинных процедур. Гарантировать ребенку периоды покоя на 2–3 часа. Обеспечить ребенку чувство удобства и безопасности (укладка в «гнездо»).
- При выполнении болезненных процедур нежно поглаживать ребенка, говорить успокаивающим голосом.

– Использование глюкозы для однократного снижения болевых реакций при проведении малоинвазивных процедур. С 1991 года опубликованы результаты 14 исследований. Все исследования подтвердили, что сахароза проявляет анальгетический эффект у новорожденных. Предлагается: несколько капель глюкозы на переднюю часть языка за 2 минуты до, во время и через 2 минуты после проведения манипуляции.

У недоношенных новорожденных с гестационным возрастом менее 30 недель глюкозу нужно использовать с осторожностью во избежание гипергликемии и нарушений кишечного транзита (некротический энтероколит). Рекомендуются менее концентрированные растворы глюкозы (10-20%).

В заключение следует сказать: проблема облегчения боли в неонатологии не решена. Боль является субъективным переживанием, и лечение ее очень индивидуально!

Раздел обезболивание в Neonatal Formulary заканчивается так: «При каких-либо сомнениях, руководствуйтесь следующим правилом: поступайте с ребенком так, как вы хотели, чтобы поступали с Вами».

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Н. Е. Панкратова – главная медицинская сестра

ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника № 4» г. Астрахань

Ведущим учреждением в системе оказания первичной медико-санитарной помощи детям является амбулаторно-поликлиническая организация, которая выполняет основной объем профилактической и лечебно-диагностической помощи детскому населению в амбулаторных условиях.

Детской поликлинике принадлежит координирующая роль в обеспечении **непрерывности и преемственности** медицинской помощи детям, как по месту проживания, так и в образовательных учреждениях.

Одним из видов деятельности детской поликлиники является проведение медицинских осмотров детей различных возрастных групп в декретированные возрастные сроки.

Медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

В соответствии с приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 г. № 1177н (ред. от 10.08.2015 г.) «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское

вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является **информированное добровольное согласие**.

Порядок прохождения медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, определен Приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 г. № 1346н.

Медицинские осмотры:

- **Профилактические медицинские осмотры** – проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для детей;

- **Предварительные медицинские осмотры** – проводятся при поступлении в образовательные учреждения в целях определения соответствия учащегося требованиям к обучению;

- **Периодические медицинские осмотры** – проводятся в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья учащихся, своевременного выявления начальных форм заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных факторов учебного процесса на состояние их здоровья и выявления медицинских противопоказаний к продолжению учебы.

Профилактическое наблюдение в условиях детской поликлиники начинается сразу после выписки ребенка из родильного дома.

Одной из важнейших задач, решаемых медицинскими работниками во время патронажной работы, является сбор подробных сведений о генеалогическом, биологическом и социальном анамнезе ребенка, прогнозирование на основе их анализа дальнейшего хода его развития, формирования состояния здоровья, выделение групп биологического и социального риска, составление индивидуальных программ диспансерного наблюдения и оздоровления.

В соответствии с Приказом МЗиСР РФ от 22.03.2006 г. № 185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания» в период новорожденности ребенка проводится неонатальный скрининг с целью раннего выявления наследственной патологии (врожденный гипотиреоз, фенилкетонурия, адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземия). Неонатальный скрининг имеет большое значение для проведения своевременного лечения, профилактики инвалидности, развития тяжелых клинических последствий, а также снижения летальности от наследственных заболеваний.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 29.03.1996 г. № 108 «О ведении аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни» детям в возрасте до 3-х месяцев жизни проводится аудиологический скрининг (обследование с помощью специального прибора с целью выявления нарушения слуха).

В течение первого года жизни ребенка регулярно проводятся профилактические медицинские осмотры врачами-специалистами:

- Педиатр – ежемесячный осмотр;
- Невролог – 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 12 месяцев;
- Хирург – 1 месяц, 6 месяцев, 12 месяцев;
- Офтальмолог – 1 месяц, 12 месяцев;
- Ортопед – 3 месяца;
- Стоматолог – 12 месяцев;
- Оториноларинголог – 12 месяцев;
- Психиатр – 12 месяцев.

а также лабораторные и функциональные исследования:

- Неонатальный скрининг – до месяца;
- Аудиологический скрининг – до 3-х месяцев;
- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, тазобедренных суставов – 1 месяц;
- Нейросонография – 1 месяц;
- Общий анализ крови – 3 месяца, 6 месяцев, 9 месяцев, 12 месяцев;
- Общий анализ мочи – 3 месяца, 6 месяцев, 9 месяцев, 12 месяцев;
- Исследование уровня глюкозы в крови – 12 месяцев;
- Электрография – 12 месяцев.

Ежемесячно медицинская сестра проводит доврачебный этап медицинского осмотра:

- Измерение массы тела;
- Измерение роста;
- Измерение окружности головы;
- Измерение окружности грудной клетки.

После подробного клинического осмотра, проведения антропометрии, диагностики уровня нервно-психического развития, изучения особенностей поведения ребенка, анализа имеющихся факторов риска, сведений за прошедший период, данных лабораторных и других методов исследования, консультации специалистов педиатр дает заключение о состоянии здоровья ребенка, которое включает:

- Диагноз (основное и сопутствующие заболевания, морфо-функциональные отклонения);

- Оценку физического развития;
- Оценку нервно-психического развития;
- Оценку поведения;
- Установление группы здоровья.

На основании заключения разрабатываются рекомендации по:

- дальнейшему наблюдению;
- особенностям питания;
- физическому воспитанию;
- закаливанию;
- воспитательным воздействиям;
- проведению профилактических прививок.

Ребенку в возрасте с года до двух лет профилактические медицинские осмотры проводятся ежеквартально по схеме:

- Педиатр – 1 год 3 месяца, 1 год 6 месяцев, 1 год 9 месяцев, 2 года;
- Стоматолог – 2 года;
- Общий анализ крови – 1 год 6 месяцев, 2 года;
- Общий анализ мочи – 1 год 6 месяцев, 2 года.

В возрасте с двух лет до трех лет медицинский осмотр проводится 1 раз в полгода:

- Педиатр – 2 года 6 месяцев, 3 года;
- Невролог – 3 года;
- Хирург – 3 года;
- Стоматолог – 3 года;
- Офтальмолог – 3 года;
- Оториноларинголог – 3 года;
- Психиатр – 3 года;
- Гинеколог (девочки) – 3 года;
- Уролог-андролог – 3 года;
- Общий анализ крови – 3 года;
- Общий анализ мочи – 3 года;
- Исследование уровня глюкозы в крови – 3 года.

В случае поступления ребенка в дошкольное образовательное учреждение проводится **предварительный** медицинский осмотр с дополнительным исследованием анализа кала на яйца глистов.

В возрасте с 4-х лет до 17 лет медицинские осмотры проводятся ежегодно по схеме:

- Педиатр – ежегодно;
- Хирург – 4 года, 5 лет, 7 лет, 10 лет, 11 лет, 15 лет, 16 лет, 17 лет;
- Невролог – 6 лет, 7 лет, 10 лет, 14 лет, 15 лет, 16 лет, 17 лет;

- Офтальмолог – 6 лет, 7 лет, 10 лет, 11 лет, 14 лет, 15 лет, 16 лет, 17 лет;
- Стоматолог – 6 лет, 7 лет, 10 лет, 14 лет, 15 лет, 16 лет, 17 лет;
- Ортопед – 7 лет, 10 лет, 15 лет, 16 лет, 17 лет;
- Оториноларинголог – 7 лет, 10 лет, 14 лет, 15 лет, 16 лет, 17 лет;
- Психиатр – 7 лет, 10 лет, 14 лет, 15 лет, 16 лет, 17 лет;
- Гинеколог (девочки) – 7 лет, 12 лет, 14 лет, 15 лет, 16 лет, 17 лет;
- Уролог-андролог (мальчики) – 7 лет, 12 лет, 14 лет, 15 лет, 16 лет, 17 лет;
- Эндокринолог – 10 лет, 14 лет, 15 лет, 16 лет, 17 лет;
- Общий анализ крови – ежегодно;
- Общий анализ мочи – ежегодно;
- Общий анализ кала – 10 лет;
- Исследование уровня глюкозы в крови – 6 лет, 7 лет, 8 лет, 9 лет, 10 лет, 11 лет, 13 лет, 14 лет, 15 лет, 16 лет, 17 лет;
- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы, органов репродуктивной сферы – 7 лет, 14 лет,
- Электрокардиография – 7 лет, 10 лет, 14 лет, 15 лет, 16 лет, 17 лет;
- Исследования уровня гормонов в крови – 14 лет (проводятся при наличии медицинских показаний);
- Флюорография – 15 лет, 16 лет, 17 лет.

При поступлении ребенка в общеобразовательное учреждение проводится **предварительный** медицинский осмотр в соответствии с декретированным возрастом с дополнительным исследованием анализа кала на яйца глистов.

При поступлении ребенка в образовательное учреждение начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального образования проводится **предварительный** медицинский осмотр в соответствии с декретированным возрастом с дополнительным ультразвуковым исследованием органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы и органов репродуктивной сферы.

При проведении **периодических** медицинских осмотров в общеобразовательных учреждениях дополнительно проводится анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина.

Этапы медицинского осмотра

Медицинский осмотр состоит из двух этапов:

I этап включает в себя доврачебный осмотр, осмотр врачами-специалистами и выполнение лабораторных, инструментальных и иных исследований. При отсутствии подозрений на наличие у ребенка заболевания (состояния) медицинский осмотр является завершенным. Общая продолжительность I этапа составляет не более 10 рабочих дней.

II этап включает в себя дополнительные консультации и исследования в случае подозрения на наличие у ребенка заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении I этапа.

Общая продолжительность медицинского осмотра, включая I и II этапы, составляет:

- не более 45 рабочих дней (для профилактических медицинских осмотров);
- не более 30 рабочих дней (для предварительных медицинских осмотров).

Комплексная оценка состояния здоровья ребенка

Комплексная оценка состояния здоровья ребенка осуществляется на основании следующих критериев:

- наличие или отсутствие функциональных нарушений и (или) хронических заболеваний (состояний) с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса;
- уровень функционального состояния основных систем организма;
- степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;
- уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

Группы состояния здоровья

На основании комплексной оценки состояния здоровья ребенка определяются группы здоровья:

I группа состояния здоровья – здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных нарушений;

II группа состояния здоровья:

- дети, у которых отсутствуют хронические заболевания (состояния), но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения;
- реконвалесценты, особенно перенесшие инфекционные заболевания тяжелой и средней степени тяжести;
- дети с общей задержкой физического развития в отсутствие заболеваний эндокринной системы (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), с дефицитом массы тела или избыточной массой тела;
- дети часто и (или) длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями;
- дети с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности функций органов и систем организма;

III группа состояния здоровья:

- дети, страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или

компенсированными функциями органов и систем организма, при отсутствии осложнений основного заболевания (состояния);

- дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации функций органов и систем организма, степень которой не ограничивает возможность обучения или труда;

IV группа состояния здоровья:

- дети, страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями органов и систем организма либо неполной компенсацией функций;

- дети с хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии ремиссии, с нарушениями функций органов и систем организма, требующими назначения поддерживающего лечения;

- дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией функций органов и систем организма, повлекшими ограничения возможности обучения или труда;

V группа состояния здоровья:

- дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями (состояниями) с редкими клиническими ремиссиями, частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, выраженной декомпенсацией функций органов и систем организма, наличием осложнений и требующими назначения постоянного лечения;

- дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением функций органов и систем организма и значительным ограничением возможности обучения или труда;

- дети-инвалиды.

Учетно-отчетная медицинская документация

- «История развития ребенка» – форма № 112/у;

- «Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений» – форма № 026/у;

- «Медицинскую справку на несовершеннолетних, поступающих в учреждения начального, среднего и высшего профессионального образования»;

- «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего» – форма № 030-ПО/у-12 (бумажная и электронная форма). Карта осмотра оформляется в двух экземплярах, один из которых по завершении медицинского осмотра выдается законному представителю ребенка, второй экземпляр хранится в медицинской организации в течение 5 лет. На основании карт медицинская организация осуществляет ежемесячное ведение системы электронного мониторинга медицинских осмотров.

– «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних» – форма № 030-ПО/0–12. Отчет составляется ежегодно в двух экземплярах, один из которых направляется в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, второй экземпляр отчета хранится в медицинской организации, проводившей профилактические осмотры, в течение 10 лет.

Заключение

«Цель медицины – действие, а не ожидание», французский физиолог XIX в. Клод Бернар.

Достижение высокого уровня здоровья и повышение качества жизни зависит не только от человека, но и от его окружения, которое формирует микросоциальную среду, оказывающую существенное влияние на здоровье. В состав ближайшего окружения ребенка входят медицинские работники, в частности средний медицинский персонал амбулаторно-поликлинического звена, который своими профессиональными действиями влияет на уровень здоровья и способствует повышению качества жизни, что является конечной целью любого медицинского вмешательства.

Значительную роль в поддержании здоровья и формировании принципов здорового образа жизни играют медицинские сестры, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, одной из функций которой является профилактика. Поэтому на доврачебном этапе медицинского осмотра целесообразно формирование навыков сохранения здоровья и потребности к его поддержанию и укреплению.

Самостоятельность и активность способствуют повышению престижа профессии медицинской сестры и повышению уровня ее самоуважения и уважения со стороны пациентов

ХОЛОДОВАЯ ЦЕПЬ. ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Н. Е. Панкратова – главная медицинская сестра

ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника № 4» г. Астрахань

- Эффективность и безопасность вакцинации зависят от качества иммунобиологических лекарственных препаратов.

Иммунобиологические лекарственные препараты являются чувствительными биологическими субстанциями, которые при неблагоприятных температурных условиях теряют свою активность.

Для сохранения качества и активности иммунобиологических лекарственных препаратов необходимо правильное хранение и транспортирование, включая строгое соблюдение рекомендуемого температурного режима.

«Холодовая цепь» – это постоянно функционирующая система организационных и практических мероприятий, обеспечивающая оптимальный температурный режим хранения и транспортирования иммунобиологических лекарственных препаратов на всех этапах пути их следования от предприятия-изготовителя до вакцинируемого.

Нормативно-правовая документация, регламентирующая требования по соблюдению «холодовой цепи»:

- Федеральный закон Российской Федерации от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
- Постановление Главного государственного санитарного врача от 17.02.2016 г. № 19 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.3.2.3332-16 «Условия транспортирования и хранения иммунобиологических лекарственных препаратов».

Уровни системы «холодовой цепи»:

- 1 уровень – Организация-изготовитель;
- 2 уровень – Организация оптовой торговли;
- 3 уровень – Городские и районные (сельские) аптечные организации, медицинские организации, индивидуальные предприниматели, имеющие лицензию на фармацевтическую или медицинскую деятельность;
- 4 уровень – Медицинские организации или их обособленные подразделения (участковые больницы, амбулатории, поликлиники, родильные дома, медицинские кабинеты образовательных и других организаций).

Система холодовой цепи включает в себя:

- Специально обученный персонал, обеспечивающий эксплуатацию холодильного оборудования, правильное хранение и транспортирование ИЛП;
- Холодильное оборудование, предназначенное для хранения и транспортирования ИЛП в оптимальных температурных условиях;
- Механизм контроля за соблюдением требуемых температурных условий на всех этапах хранения и транспортирования ИЛП.

Медицинская документация, регламентирующая деятельность в системе «холодовой цепи»:

- Приказ «Об организации комплекса организационных, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, обеспечивающих безопасность и сохранность качества иммунобиологических лекарственных препаратов, предназначенных для иммунопрофилактики, диагностики болезней и аллергических состояний, при их транспортировании и хранении»:

- Организация системы «холодовой цепи»;
- Инструкция по транспортированию, хранению и использованию иммунобиологических лекарственных препаратов;
- Ответственное лицо за соблюдения системы «холодовой цепи»;
- План и схема экстренных мероприятий по обеспечению «холодовой цепи» в чрезвычайных ситуациях:
 - Схема размещения холодильного оборудования для размещения ИЛП в повседневном режиме (с указанием объема холодильной и морозильной камер);
 - Схема размещения резервного холодильного оборудования и термоконтейнеров, используемых в чрезвычайных ситуациях с расчетом их оптимальной потребности;
 - Расчет потребности холодильного оборудования и термоконтейнеров для обеспечения сохранности ИЛП;
 - Состав аварийно-восстановительной группы (ответственные лица);
 - Должностные обязанности лиц по восстановлению работоспособности холодильного оборудования и электроснабжения;
 - Должностные обязанности лиц по обеспечению сохранности ИЛП в чрезвычайных ситуациях;
 - Порядок (алгоритм действий) обеспечения сохранности ИЛП при возникновении чрезвычайной ситуации (поломка холодильного оборудования, отключение электроэнергии):
 - В часы работы медицинской организации;
 - В случае отключения электроэнергии более 24 часов.
 - СХЕМЫ обеспечения сохранности иммунобиологических лекарственных препаратов при возникновении чрезвычайной ситуации:
 - При неисправности холодильного оборудования в рабочее время, в ночное время, выходные и праздничные дни;
 - При восстановлении работоспособности холодильного оборудования;
 - При отсутствии электроснабжения медицинской организации в рабочее время, в ночное время, выходные и праздничные дни;
 - При восстановлении электроснабжения медицинской организации.
 - Журнал регистрации температурного режима и относительной влажности кабинета;
 - Журнал регистрации температурного режима в холодильном оборудовании;
 - Журнал регистрации отключения электроэнергии;
 - График проведения генеральной уборки холодильного оборудования;

- Журнал учета проведения генеральной уборки холодильного оборудования;
- Журналы учета движения иммунобиологических лекарственных препаратов.

Основные требования к организации хранения и транспортирования иммунобиологических лекарственных препаратов на четвертном уровне «холодовой цепи»:

- Все виды ИЛП должны храниться в холодильном оборудовании при температуре от +2С до +8С;
- В морозильной камере холодильного оборудования должен быть достаточный запас замороженных холодоэлементов. Холодоэлементы, содержащие в качестве наполнителя воду, должны иметь маркировку «вода»;
- Длительность хранения ИЛП не должна превышать одного месяца. В труднодоступных районах срок хранения может быть увеличен до 3-х месяцев;
- Не допускается совместное хранение вакцин с другими лекарственными средствами, в том числе с туберкулином. В исключительных случаях (например, в труднодоступных местах) допускается хранение вакцины и туберкулина в холодильнике для ИЛП в отдельной герметично закрываемой емкости;
- Не допускается перегрев помещений, где находится холодильное оборудование, выше +270С;
- Не допускается размещение холодильного оборудования и термоконтейнеров вблизи отопительных систем;
- В случае если транспортирование ИЛП длится более 1 часа, в термоконтейнер необходимо закладывать термоиндикатор для контроля температурного режима транспортирования;
- Загрузка и выгрузка термоконтейнеров осуществляется в срок до 10 минут;
- Должностным лицом, ответственным за «холодовую цепь», ведется строгий учет поступления и расхода ИЛП, фиксируются показания термометров и термоиндикаторов, используемых для контроля температурного режима, с обязательным внесением записей в специальные журналы (приложение № 2, № 3 к СП 3.3.2.3332–16);
- В холодильном оборудовании необходимо строго соблюдать правила размещения ИЛП: препараты, не подлежащие замораживанию, размещаются в удалении от источника холода (АКДС, АДС–М, АС, АДС, ИПВ, вакцина против вирусного гепатита В и другие). Растворители следует хранить вместе с вакцинами. Полки холодильного оборудования маркируются с указанием вида размещаемых на них ИЛП;

- В морозильном отделении холодильного оборудования размещается необходимый запас хладоэлементов;
- Не допускается хранение ИЛП в морозильном отделении холодильного оборудования на четвертом уровне «холодовой цепи»;
- В холодильном оборудовании на четвертом уровне «холодовой цепи» размещаются незамороженные хладоэлементы, которые могут служить дополнительными источниками холода в аварийных ситуациях.

Заключение

При оказании первичной медико-санитарной медицинской помощи важнейшим разделом деятельности является иммунопрофилактика инфекционных болезней, для осуществления которой необходимо правильно организовать процесс иммунизации. Важно не только правильно спланировать проведение профилактических прививок в соответствии с Национальным календарем и провести иммунизацию с соблюдением всех технологий, но и сохранить исходное качество иммунобиологических лекарственных препаратов.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Л. В. Нечайкина – старшая акушерка перинатального центра

*Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области,
«Воронежская областная клиническая больница № 1»*

Открытие Воронежского перинатального центра позволило внедрить и реализовать на территории региона трехуровневую систему оказания акушерской помощи и полный комплекс технологий по оказанию помощи и выхаживанию детей с ОНМТ и ЭНМТ. Круглосуточная работа дистанционно-акушерского центра (ДАКЦ), правильная и своевременная маршрутизация беременных высокой степени риска в перинатальный центр позволили в 89 % случаев родиться здесь детям сроком гестации менее 30 недель. С созданием дистанционного акушерского консультативного центра показатель материнской смертности снизился в 4 раза, так как программа «РИСАР», позволила всех беременных, поставленных на учет в Воронежской области, выделить в группу повышенного и высокого риска, своевременно оказать правильную помощь и маршрутизацию. А наличие в структуре перинатального центра медико-генетической консультации дает возможность контроля пренатального скрининга, пренатальных консилиумов и мониторинга врожденной патологии.

В целях совершенствования акушерско-гинекологической помощи в роды ПЦ внедрены следующие эффективные медицинские практики

- проводится современный динамический контроль состояния плода в родах, включающий кардиомониторное, ультразвуковое, доплерометрическое наблюдение с одновременным мониторингом показателей гемодинамики роженицы

- ведение портограммы;

- используются современные методики регионарной анестезии в родах.

При преждевременных родах- 100 % эпидуральная анестезия;

- семейно-ориентированные (партнерские) роды;

- профилактика гипотермии новорожденных (ранний контакт «кожа-к-коже» новорожденного и матери) Раннее прикладывание к груди.

- совместное пребывание матери и ребенка в род зале и послеродовой палате;

В родовом отделении внедрены новые методики:

- используется и развивается аутоплазмодонорство;

- активно используется реинфузия крови при массивных кровотечениях, при помощи аппарата НАЕМОНЕТIC CELL SAVER.

- методика катетеризации магистральных вен через периферический доступ с помощью центральных венозных линий;

- разработана электронная история болезни пациентов, электронная версия амбулаторной карты беременной женщины.

- Использование новых лекарственных средств:

- Трактоцил – для пролонгирования беременности при угрозе преждевременных родов позволило сохранить жизни маленьких пациентов;

- Пабал – для профилактики маточного кровотечения в раннем послеродовом периоде;

В отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных разработан и внедрен алгоритм по выхаживанию маловесных детей: выполнение протокола первичной реанимации, профилактика гипотермии и боли, транспортировка в условиях транспортного кювеза, использование искусственных сурфактантов, неинвазивная искусственная вентиляция легких и мониторинг, грудное вскармливание с первых часов жизни и фортификаторы.

В отделении активно используется респираторная поддержка в режиме NCPAP (режим респираторной поддержки самостоятельного дыхания, заключающийся в поддержании постоянного потока и давления в верхних дыхательных путях с заданной концентрацией кислорода в дыхательной смеси при помощи назальных канюль или маски). Позиционная поддержка осуществляется методом «гнезда» с различными укладками и использованием Zaky.

В отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных большое внимание уделяется изучению поведенческих реакций детей на различные манипуляции, процедуры, прикосновения к ребенку медицинским персоналом, родителями. На сегодняшний день создан фотоархив порядка 2000 снимков позитивных признаков принятия и знаков недовольства, отторжения.

Важным фактором, определяющим благоприятный исход лечения недоношенного новорожденного, является проведения раннего полноценного питания. Учитывая, что энтеральная нагрузка в раннем периоде недостаточна или невозможна, все дети с рождения получают полное парентеральное питание. При стабилизации лактации у матери все дети начинают получать энтеральную нагрузку женским нативным молоком. Данный подход к раннему питанию сцеженным материнским молоком позволил существенно снизить такое грозное осложнение раннего неонатального периода как язвенно-некротический энтероколит.

Обеспечение последующего приемлемого качества жизни недоношенного новорожденного на современном этапе развития интенсивной неонатологии невозможно без соблюдения принципов развивающего ухода. Эта система ухода направлена на скорейшую стабилизацию состояния ребёнка, создание комфортной среды для ребёнка и его родителей в отделении интенсивной терапии. Развивающий уход способствует правильному формированию центральной нервной системы, предотвращает развитие когнитивных и двигательных расстройств, в дальнейшем, способствует уменьшению вероятности развития неврологических дефицитов. Развивающий уход включает в себя: исключение или уменьшение количества инвазивных процедур, обезболивание глюкозой всех неприятных манипуляций, обеспечение температурного, зрительного и звукового комфорта, правильное позиционирование ребёнка, контакт с родителями длительный и максимально близкий, кормление грудным молоком.

В условиях отделения реанимации и интенсивной терапии проводятся малые кардиохирургические операции- клепирование открытого артериального протока, лазерокоагуляция сетчатки глаза при злокачественной ретинопатии– все на месте в интересах детей.

В нашей работе внедряются и широко используются новые медицинские технологии:

- Методика первичной реанимации экстремально недоношенного новорождённого в родильном зале с соблюдением комфортного температурного режима и использованием специализированных теплосохраниющих пакетов.
- Методика неинвазивного или малоинвазивного введения сурфактанта в родильном зале с последующим восстановлением и сохранением самостоятельного дыхания.

- Использование у новорожденных с низкими показателями функциональной остаточной ёмкости лёгких санации верхних дыхательных путей с использованием закрытых санационных систем.
- Методика транспортировки новорожденных из родильного зала и между корпусами ВОДКБ № 1 с использованием транспортной системы оснащённой всем необходимым для оказания полного объема реанимационной помощи и позволяющим проводить непрерывную интенсивную терапию
- Методика обработки кожи экстремально недоношенных новорожденных с помощью стерильного подсолнечного масла.
- Разработка и внедрение электронных листов назначений пациента как элемент перехода к ведению электронной истории болезни и способ оптимизации работы врача и медицинской сестры.
- Внедрение методики набора препаратов и растворов для проведения парентерального питания в стерильных условиях, специально обученным и выделенным персоналом. Данный подход позволяет оптимизировать трудоёмкую процедуру, уменьшить количество технических ошибок и, что самое важное существенно снизить вероятность развития катетерассоциированной инфекции. Также широко используются бактериальные инфузионные фильтры.
- Внедрены технологии развивающего ухода. Данная технология представляет собой систему, ориентированную на создание максимального комфорта для ребёнка и его родителей в отделении интенсивной терапии. Предполагает целый комплекс мер по уменьшению последствий от проведения инвазивных процедур и манипуляций, широкое участие родителей в выхаживании глубоко недоношенного новорожденного.
- Внедрены светофоры – индикаторы шума для обеспечения охранительного режима маленьких пациентов. При превышении допустимого шумового порога светофоры загораются красным светом, что дисциплинирует персонал, консультантов.
- Методика аэрозольной дезинфекции в отделении – современная методика, обеспечивающая оптимальный санитарно-эпидемиологический режим.
- Внедрен эргономичный дизайн рабочего места, позволяющий избежать нарушения санэпидрежима.

Перинатальный центр БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1» своей работой отражает достижения практикующих врачей, акушеров, медицинских сестер, внесших значительный вклад в решения демографических задач и вопросов репродуктивного здоровья граждан.

МЕТОДЫ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И РАБОТА В ШКОЛЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Н.В. Астафьева – главная медицинская сестра

ГБУЗ АО «Центр охраны здоровья семьи и репродукции», г. Астрахань

Болезнь Дауна по своей классификации относится к наследственным, т.е. хромосомным патологиям.

С генетической точки зрения по относительной значимости наследственных и средовых факторов в развитии – это первая группа патологии, где преобладает числовая трисомия – 21 хромосома.

Благодаря ранней пренатальной диагностики беременным женщинам снижается детская смертность, растет раннее выявление наследственных заболеваний, что позволяет вовремя предупредить рождение ребенка с наследственной патологией и социально значимыми хромосомными болезнями.

В соответствии с данными ВОЗ 2,5–3 % у всех новорожденных обнаруживают различные пороки развития. При этом 0,5–1 % составляют хромосомные болезни. Решающая роль в мероприятиях по профилактике и предупреждению наследственной патологии принадлежит пренатальной диагностике, позволяющей предотвратить рождение детей с тяжелыми социально-значимыми хромосомными болезнями.

Главной задачей нашей цитогенетической лаборатории Центра охраны здоровья семьи и репродукции является предоставление будущим родителям исчерпывающей информации о степени риска рождения больного ребенка и определение диагноза здоровья будущего потомства.

Для решения этих задач выработана система действий, благодаря которой беременные женщины из всех женских консультаций направляются на УЗИ в первом триместре в МГК ЦОЗСиР. Далее в отделении медико-генетического консультирования после комбинированного скрининга (ультразвукового и биохимического) (на основе концентрации белков РАРР-Аи свободной бета-ХГЧ), формируются группы высокого риска беременных по ВНЗ. Всем беременным женщинам с расчетным риском 1:250 по программе Austriy предлагается инвазивная пренатальная диагностика.

Стандартными показаниями для направления на инвазивную пренатальную диагностику являются:

- ультразвуковые маркеры хромосомных болезней у плода;
- высокий риск хромосомной патологии по результатам комбинированного скрининга (биохимический и ультразвуковой);

- наличие в семье ребенка или выявление при предыдущей беременности плода с синдромом Дауна, с другими хромосомными болезнями, с множественными ВПР;

- семейное носительство хромосомных перестроек или генных мутаций;
- возраст женщины 40 лет и старше.

В структуре патологии, выявленной в результате пренатальной диагностики, хромосомные синдромы (болезни) – это большая группа врожденных наследственных заболеваний, клинически характеризующихся множественными врожденными пороками развития и умственной отсталостью, возникающих в результате аномалии количества или структуры хромосом человека. Синдром Дауна (трисомия 21 хромосомы) – наиболее частое хромосомное заболевание. Его частота 1:700 новорожденных, у мальчиков и девочек патология встречается одинаковое число раз.

Исследования в пренатальной диагностике очень ответственные и более трудоёмкие. Возможность повторить анализ отсутствует, так как получение плодного материала для анализа сопряжено с высоким риском потери беременности. Инвазивные методы пренатальной диагностики – это внутриматочные вмешательства под ультразвуковым контролем, выполняемые с целью получения плодного материала для последующего цитогенетического исследования. Выбор инвазивного метода определяется сроком беременности, показаниями к его проведению.

Несмотря на большую работу по выявлению синдрома Дауна у плода при ранней диагностики, все-таки рождаются такие дети у женщин, отказавшихся от пренатальной диагностики, не состоявших на учете во время беременности, отказавшиеся от прерывания беременности с синдромом Дауна, большинство их после рождения отказываются от детей и оставляют их на попечение государства.

Реабилитация начинается с первых дней выявления синдрома Дауна. Только женщина сама и семья может принять решение о рождении такого ребенка. И если ребенка оставляют, то начинается работа специалистов: врачей-генетиков, психологов, юристов с самой женщиной, мужем и семьей. После рождения ребенка реабилитация проводится в двух центрах города Астрахани с 2-х месячного возраста специально обученными специалистами.

С ребёнком проводятся специальные занятия (для развития мелкой моторики), массаж, физиолечение, медикаментозное лечение. В возрасте 1 года дается инвалидность. До 18 лет дети наблюдаются у педиатра, невролога, и других узких специалистов, для выявления сопутствующих заболеваний и пороков развития внутренних органов.

В 18 лет переходят во взрослую поликлинику. Дети с синдромом Дауна могут посещать обычные детские сады, школы, коррекционные школы.

В последнее время уделяется внимание этой сложной теме чтобы дети с синдромом Дауна и их семьи чувствовали поддержку государства и своей семьи, и могли жить полноценной жизнью, и им оказывали социальную и материальную помощь.

Они встречаются в центрах на занятиях в школах для детей с синдромом Дауна, где им оказывается психологическая помощь. Выпускается ежемесячный журнал и работает специальный сайт «Даунсайт Ап».

Важную роль играют фельдшера, акушерки, медицинские сестры ФАПов, которые обеспечивают своевременное направление беременных женщин для проведения пренатального скрининга в Центре охраны здоровья семьи и репродукции.

При выявлении медико-генетической лабораторией врожденной и наследственной патологии плода, соблюдая острые этические вопросы, необходимо убедить пациентку совместно с врачом-генетиком, акушером-гинекологом, принять верное решение и подарить семье счастье – рождение здорового ребенка и предотвратить рождение ребенка с тяжелыми наследственными неизлечимыми заболеваниями.

Цель таких школ – повышение мотивации у родителей, воспитывать своих детей с синдромом Дауна в семье, а не оставлять их на попечение государства, так как сами приняли решение сохранить беременность и родить младенца. Контролировать развитие детей и исключить факторы риска других сопутствующих заболеваний, объединить родителей, чтобы они лучше адаптировались в обществе со своими детьми.

КОДЕКС ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ АКУШЕРКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Т. В. Сайтова – главная акушерка перинатального центра

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Областная клиническая больница», г. Омск*

Трудовая деятельность является основной сферой общественной жизни, где существуют специфические отношения людей друг к другу, к обществу, от нравственных целей и содержания которых зависит благополучие многих людей.

Профессиональная деятельность акушеров не является исключением. Направления деятельности акушерки разносторонние и многогранные. В вопросах

прегравидарной подготовки, планирования семьи, санитарно-просветительной деятельности, проведения патронажной работы, оказания медицинской помощи она взаимодействует с пациентками, их родственниками, активно контактирует с группами населения разных возрастов, расовой принадлежности, с разным мировоззрением, жизненными, семейными ценностями и отношением к материнству.

Акушерская практика осуществляется в соответствии с Международным этическим кодексом акушерок, принятым Международной конфедерацией акушерок в 1993 году.

25 сентября 2013 года на 5 съезде акушеров-гинекологов был утверждён Кодекс профессиональной этики врача акушера-гинеколога Российской Федерации, а Комитетом по этическим вопросам Российского общества акушеров-гинекологов (председатель – профессор Кира Е.Ф.) совместно с Оргкомитетом съезда и Межрегиональной общественной организацией «Лига акушерок» России подготовлен проект Кодекса профессиональной этики акушерки Российской Федерации, который к сожалению, не утвержден по настоящее время, но подразумевает, по мере необходимости, углубление, дополнение, уточнение, коррекцию и внесение поправок.

Специализированная секция «Акушерское дело» Ассоциации медицинских сестер России считает, что у акушерок Российской Федерации должен быть Кодекс профессиональной этики. Это подтверждает необходимость в нашей профессии этической регламентации внутренних взаимоотношений, что является показателем её свободного развития и зрелости профессионального сознания, отражает перемены в отрасли, отвечает современному характеру профессии, состоянию её развития и социального окружения.

Специализированная секция РАМС «Акушерское дело» предлагает рассмотреть проект Кодекса профессиональной этики акушерки Российской Федерации, который представлен пятью разделами:

1. Общие положения
2. Профессиональная позиция акушерки
3. Акушерская практика
4. Развитие профессиональных знаний и практики
5. Общественная деятельность

Кодекс является локальным нормативным актом, который устанавливает систему правил, стандарты поведения акушерок, отвечает задачам и интересам профессии, в соответствии с этическими принципами.

Так как охрана материнства и детства в Российской Федерации осуществляется в соответствии с Конституцией РФ, Основами законодательства РФ

в области охраны здоровья граждан, Кодекс отражает основные принципы охраны здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья во всех сферах деятельности акушерок, отдавая приоритет интересам пациента.

Положения Кодекса не могут рассматриваться самостоятельно, а только во взаимосвязи с правовыми нормами, стандартами акушерской помощи, клиническими протоколами, Кодексом акушерки Международной конфедерации акушерок, Этическим кодексом медицинской сестры России, Кодексом профессиональной этики врача акушера – гинеколога Российской Федерации и другими документами, регламентирующими деятельность акушерки.

Профессиональная позиция акушерки представлена с учётом признания и уважения права женщины на:

- материнство и частную жизнь;
- информированный, осознанный выбор по отношению сохранения её репродуктивного здоровья и воспроизводства потомства;
- активное участие в планировании беременности, процессе родов, уходе за новорожденным;
- соблюдение культурных и религиозных традиций по вопросам, затрагивающим здоровье её и её семьи.

Уровень взаимоотношений с коллегами так же формирует профессиональную позицию акушерки, главными этическими основаниями которой служат честность, справедливость, порядочность, уважение к знаниям и опыту, готовность к наставнической деятельности, неприятие неэтичного поведения других акушерок и недопущение публичных негативных высказываний о своих коллегах в присутствии пациенток и их родственников. Именно перечисленные качества способствуют формированию в коллективе чувства профессионального долга, который должен быть выше финансовой заинтересованности, и корпоративных ценностей, к которым относятся профессионализм, взаимное уважение, ответственность и непосредственно влияют на качество оказания медицинской помощи и удовлетворённость пациенток её уровнем.

В акушерстве прослеживается значимость рационального взаимодействия и сотрудничества акушерок с врачами акушерами-гинекологами, неонатологами, анестезиологами-реаниматологами, медицинскими сёстрами неонатального профиля, психологами, социальными работниками, которое строится на основе безупречного делового поведения, соблюдения принципов субординации, корпоративного имиджа, не выходит за рамки компетентности акушерки, благодаря чему формируется уникальная профессиональная роль специалистов и иное восприятие акушерской практики.

В настоящее время родовспоможение приобрело семейно-ориентированное направление. Широко внедряются вспомогательные репродуктивные технологии, суррогатное материнство, увеличивается число пациенток с социально значимыми заболеваниями, проводится работа с женщинами, попавшими в трудную жизненную ситуацию. К сожалению, остаются высокими цифры преждевременных родов и как следствие число детей, рождённых с экстремально низкой массой тела, что подтверждает этическую основу отношений «пациентка – акушерка», которые имеют и построены на доверии и честности, уважении человеческого достоинства в контексте культурных и религиозных традиций общества.

Развитие информационных технологий в здравоохранении привело к ряду новых вопросов, связанных с соблюдением врачебной тайны и выполнением требований к персональным данным пациента. Поэтому профессиональная позиция акушерки и акушерская практика рассматриваются с позиций соблюдения конфиденциальности информации при оказании медицинской помощи, объём которой должен быть регламентирован компетентностью акушерки.

Развитие профессии возможно только в том случае, если каждый специалист стремится к личностному, интеллектуальному и профессиональному росту в течение всей профессиональной деятельности, интегрируя это развитие в свою практику.

В современных условиях знания в области акушерства распространяются и совершенствуются посредством системы непрерывного профессионального образования, обмена опытом по расширенной акушерской практики, научно-исследовательской деятельности. Внедрение современных перинатальных технологий, совершенствование пренатальной диагностики, подходов к ведению беременных с невынашиванием беременности, экстрагенитальной патологией, рубцом на матке, организация школ здоровья для беременных, школ по поощрению грудного вскармливания является идеальной площадкой для развития научных исследований и расширенной акушерской практики.

Результатом этой работы станет не только повышение профессионализма акушерок за счет разнообразия образовательных программ и ресурсов, но также и повышение престижа членства в профессиональной ассоциации, с которой акушерки сотрудничают в пределах своей компетенции во благо развития специальности, улучшение и стабильность основных показателей службы родовспоможения.

Согласитесь, профессия акушерки – это одна из сложнейших специальностей, которой уделяется большое внимание, где появляется немало современных технологий, но в ней же возникает и немало этических проблем. Можно

сколько угодно улучшать условия пребывания пациенток в стационаре, сокращать время пребывания в очередях на приём к врачу, но при отсутствии должного чувства такта, милосердия, корректного отношения, как к пациенту, так и в коллективах, все достижения, направленные на стабилизацию показателей по охране здоровья матери и ребёнка, едва ли будут востребованы. Это подтверждает необходимость у нашей профессии Кодекса профессиональной этики акушерки Российской Федерации, который будет призван выполнять не только этико-правовую и педагогически-воспитательную функции, но и функцию консолидации в рамках профессии.

РАННЯЯ АКТИВИЗАЦИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Н. Г. Хамедуллина – главная акушерка

ГБУЗ КО «Новокузнецкий Перинатальный Центр» родильный дом № 3

Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или физических дефектов
(Всемирная организация здравоохранения).

Каждый врач должен понимать, как целенаправленно воздействовать на организм человека, подвергнутому оперативному вмешательству, для сохранения и восстановления его здоровья.

Для эффективного возвращения женщин после кесарева сечения к нормальной жизни, к исполнению новых функций материнства, бытовым и трудовым процессам, важно знать принципы медицинской реабилитации, педагогику, методику физической культуры, механизмы физиологической адаптации организма к физическим нагрузкам, в том числе – послеродовому периоду. Так же необходимо владеть современными медицинскими знаниями, теоретическими и практическими навыками для достижения максимальных результатов.

В настоящее время при производстве акушерских операций руководствуются теми же основными принципами, которые обязательны и для хирургов: строжайшее соблюдение принципов антисептики и асептики операционного поля, рук оператора и инструментов; обстоятельное знание анатомии женских половых органов, особенностей течения родового акта, обезболивания родов, влияния лекарственных средств на организм плода и новорожденного, послеоперационного периода.

Восстановление после кесарева сечения сходно с восстановлением после серьезной операции на брюшной полости, однако имеет и свои особенности,

объективно связанные с особенностями течения беременности, операции, обезболивания, послеродового (послеоперационного) периодов. Поэтому в ГБУЗ Кемеровской области «Новокузнецкий Перинатальный Центр» родильный дом № 3 разработали практическую модель восстановления женщин после операции кесарева сечения.

Она включает в себя 8 модулей: наблюдение специалистами в послеоперационный период, интенсивная терапия, «первый шаг», послеоперационный период, диета, движение (выполнение восстановительной гимнастики) дыхание, самомассаж.

Базой проведения исследования явилось ГБУЗ КО «Новокузнецкий Перинатальный Центр» родильный дом № 3

Актуальность нашего исследования определялось необходимостью проведение комплексных восстановительных мероприятий каждой женщине, перенесшей кесарево сечение. Все это послужило основанием для выбора темы нашего исследования: «Ранняя активизация после операции кесарева сечения»

Период исследования: 2012–2016 гг.

Цель: изучить современное состояние проблемы ранней активизации как условия восстановления женщин после операции кесарева сечения.

Для реализации цели нами были поставлены следующие задачи:

- исследовать сущность и понятие операции кесарева сечения,
- рассмотреть показания и противопоказания к выполнению операции кесарева сечения
- охарактеризовать возможные осложнения после операции кесарева сечения;
- разработать практическую модель восстановления женщин после операции кесарева сечения

Новизна исследования: практическая модель восстановления после операции кесарева сечения позволяет женщине избежать многих осложнений, особенно тромбоземболического характера, как можно быстрее полноценно реализовывать основные функции материнства.

Объект исследования: методы реабилитационной помощи после кесарева сечения, необходимые для ранней активизации

Предмет исследования: практические мероприятия с женщинами после операции кесарева сечения.

Гипотеза: использование предлагаемого комплекса практических мероприятий позволят надежно профилактировать основные осложнения характерные для послеоперационного периода и эффективно восстановиться женщинам после операции кесарева сечения для полноценного выполнения материнских функций.

Методы исследования: анализ специальной литературы и статистических данных, шкалирование.

Рост частоты оперативного родоразрешения в родильном доме № 3 отражает общую тенденцию увеличения частоты операции кесарева сечения, как во всем мире, так и в России, в течение последних 20 лет. Так в 2012 году всего операций по кесареву сечению было 417, к 2016 их число увеличилось до 727. В нашем родильном доме частота кесарева сечения колеблется от 34 %. В подавляющем большинстве случаев операция кесарево сечение выполняется по экстренным показаниям (76 %). В течение последних лет стабильно высокий процент операции кесарева сечения выполняется по следующим показаниям: рубец на матке (32 %), клиническое несоответствие (18 %), тазовое предлежание плода (12 %), аномалии родовой деятельности (3–6 %), гипоксия (5 %), неправильное положение плода (5 %), экстрагенитальная патология (22 %).

После кесарева сечения рекомендуется ранняя активация всем женщинам. Уже через 6 часов ей разрешается встать и прикладывать новорожденного к груди. После кесарева сечения живот следует подтягивать с помощью специального бандажа или туго обвязывать его простынкой. На 5–6 сутки после кесарева сечения обязательно проводят ультразвуковое исследование полости матки. Послеоперационные швы обрабатывают раствором антисептиков и закрывают рану стерильным гипоаллергенным пластырем на мягкой нетканой основе с впитывающей подушечкой на 2–3 суток. Выписка из роддома после кесарева сечения осуществляется обычно на 7–8 сутки.

Модель активного восстановления женщин после кесарева сечения включают в себя: наблюдение врачами и акушерами, интенсивная терапия, модуль «первый шаг», послеродовое отделение, диета, движение, дыхание, самомассаж.

Анализ внедрения практической модели по ранней активизации после кесарева сечения.

Исследование проводилось в течение 2012–2016 гг. Для исследования были взяты две группы пациенток: основная и контрольная. В контрольную группу входили пациентки, которым проводились разработанные нами мероприятия. Каждая группа включала в себя по 40 рожениц, выборка проводилась в разные периоды в течении календарного года. Пациентки в обеих группах были первородящие, возраст от 25 до 35 лет. Анализ данных проводился на основе медицинских карт рожениц.

Контрольной группе предлагалось использовать практическую модель для быстрого и эффективного восстановления после кесарева сечения. Послеоперационный период в основной группе шел по общепринятой схеме.

Результат исследования: введение предлагаемого комплекса практических мероприятий позволила:

- избежать тромбоэмболических осложнений в 100 % случаев,
- уменьшить осложненное течение послеоперационного периода в 2,5 %,
- сохранить лактацию у 96,5 % женщин, перенесших операцию кесарева сечения,
- более эффективно восстанавливаться женщинам после операции кесарева сечения.

В группе, которой предложена практическая модель, преобладал абсолютный позитивный эмоциональный настрой в послеоперационном периоде и на этапе выписки из родильного дома. Женщины с удовольствием выполняли рекомендации врача и акушеров.

Таким образом, введение практической модели восстановления женщин после операции кесарева сечения, позволяет роженицам сохранить свое репродуктивное здоровье и получать радость от Материнства.

ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ ТЕПЛОВОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ВЫХАЖИВАНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Е. С. Тарасевич – палатная медицинская сестра отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных

О. В. Хованская – старшая медицинская сестра отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных

ГАОУЗ КО «Областная детская клиническая больница», г. Кемерово

Несмотря на большой мировой опыт и бурное развитие реанимационных технологий в неонатальной практике, важнейшей проблемой остается поддержание нормальной температуры тела у недоношенных детей и новорожденных, находящихся в критическом состоянии. В силу уязвимости физиологической адаптации и/или наличия сопутствующих заболеваний, недоношенные дети нуждаются в лечении и интенсивном уходе в специализированных отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН).

В условиях «госпитального периода жизни» новорожденные сталкиваются с комплексом негативных факторов, влияющих на их терморегуляцию. Создание микроклимата, адекватного гестационному возрасту и тяжести состояния ребенка – основные требования при планировании и проведении интенсивных мероприятий в условиях ОРИТН. На сегодня имеются четкие данные, о том, что сохранение нормальной температуры новорожденных

с постоянным качественным контролем терморегуляции считается одним из важных резервов снижения младенческой смертности. Благодаря внедрению научно-обоснованной концепции «тепловой защиты» с использованием специальной медицинской аппаратуры и средств термозащиты в реанимационных отделениях, можно успешно выхаживать новорожденных детей с экстремально низкой (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ).

Еще в первой половине 19 века начался учет и анализ смертности новорожденных. В этот период активно анализируется смертность среди недоношенных детей. По данным парижского института Материнства (1881) смертность среди недоношенных в Париже в этот период составляла 32 %, по данным лондонских патологоанатомических столов (1887) в первый месяц жизни в городе умирало до 40 % недоношенных детей. На Европейском Конгрессе Гигиены в 1897 году проф. Уффельманн представил ориентировочную обобщенную европейскую статистику по смертности среди новорожденных. Оказалось, что до 1 года доживает только 20 % недоношенных детей, до 2 лет – 11 %. Среди причин, приводящих к высокой смертности, всеми исследователями отмечалась ведущая роль гипотермии, больше присутствующая именно для недоношенных детей, даже в благополучных странах со стабильным теплым климатом.

Основной причиной ведущей к потере тепла недоношенных детей, является несовершенство терморегуляции, проявляющееся преобладанием теплоотдачи над теплопродукцией, что связано с недоразвитием подкожного слоя и большей поверхностью тела по отношению к собственной массе. Сниженная теплопродукция обусловлена недостаточностью окислительных процессов. В этой связи оптимальным температурным режимом считается тот, при котором у ребенка сохраняется постоянная температура тела при наименьшем напряжении процессов терморегуляции.

Обеспечение оптимальных температурных условий для недоношенных детей напрямую зависит от специалистов выхаживающих таких пациентов. При уходе за недоношенными детьми следует учитывать механизмы потери тепла: излучение, испарение, кондукция, конвекция. Проблема состоит в том, что при выполнении ряда лечебных манипуляций, существует большая вероятность нарушения теплового режима: открытые окна и дверцы куведа, холодные руки и стетоскоп, выполнение манипуляций и различных обследований, обеспечение венозного доступа. Даже рутинная смена подгузников, постановка внутривенных назначений и забор крови на исследования, могут нарушать температурный баланс недоношенных детей.

Для того, чтобы правильно формировать этапы выполнения манипуляций и не навредить пациентам, специалисты, выхаживающие недоношенных

детей должны представлять, какую «цену» платит ребенок при нарушении тепловой защиты.

Цена потерь тепла:

- снижение уровня кислорода в крови;
- развитие гипогликемии;
- нарастание уровня непрямого билирубина;
- развитие метаболического ацидоза;
- усиление процессов липолиза;

Температура тела новорожденного – один из важнейших параметров, который нужно контролировать всегда, и на всех этапах оказания интенсивной помощи, если охлаждение продолжается длительное время, это может привести к «замыканию порочного круга» развитию тяжелой гипоксии и даже к смерти от переохлаждения.

В нашем отделе для предотвращения даже минимальных тепловых потерь, температура тела новорожденных мониторируется в круглосуточном режиме с помощью сервоконтроля. Мы продумываем последовательность действий при выполнении манипуляций, соблюдаем основные принципы работы с недоношенными детьми:

- температура помещения где располагаются недоношенные дети должна быть 24–26 °С;
- ребенка необходимо помещать только в заранее прогретый инкубатор, чем меньше масса тела ребенка и его возраст, тем выше должна быть температура в кувезе;
- пользоваться только прогретым бельем;
- использовать шапочки, носочки, варежки, сухое белье;
- согревать руки перед манипуляциями с ребенком;
- подавать подогретый кислород;
- четко формулировать последовательность действий для исключения потерь тепла при открытых окнах инкубатора;
- не допускать сквозняков в помещении;
- использовать термочехлы на колпаки инкубаторов;
- использовать только согретые предметы для обследования малышей (стетоскопы, молоточки, сантиметровые ленты и т.д.);
- укладывать ребенка так, чтобы к потенциальному источнику охлаждения был направлен не головной, а каудальный отдел тела;
- инкубаторы должны быть расположены торцом к потенциально более холодным предметам.
- транспорт ребенка из родильного дома, находящегося на базе больницы, а также из родильных домов города и области, осуществляется в тран-

спортивном инкубаторе с сервоконтролем температуры тела. Ребенок с ЭНМТ, нуждающийся в экстренной эвакуации сразу после рождения, помещается в специальный полиэтиленовый мешок для исключения потери тепла испарением.

- при постановке центрального венозного доступа необходимо использовать дополнительные источники тепла;
- отдавать приоритет капельному введению препаратов;
- при уходе за новорожденным стараться не тревожить его чаще, чем один раз в три часа, если в этом нет необходимости.

Таким образом, в силу своих анатомо-физиологических особенностей недоношенные дети неспособны самостоятельно поддерживать нормальную температуру тела, поэтому основной задачей специалистов, выхаживающих недоношенных детей, является минимизация потенциальных факторов риска потерь тепла и создание оптимальных температурных условий для нормального роста и развития маленьких пациентов в условиях ОРИТН.

ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ

**А. И. Седельникова – старшая акушерка
акушерского отделения патологии беременности**

ГАУЗ КО «Областная детская клиническая больница», г. Кемерово

Данная работа посвящена изучению клинических особенностей и прогностических критериев речевых нарушений у детей с последствиями перинатальной патологии.

По сведениям, содержащимся в специальной литературе, ежегодно на 15-20 % увеличивается количество младенцев, имеющих не только нарушения моторного развития разной степени тяжести, но и психического, и в том числе речевого развития. Данная патология определяет порой всю последующую жизнь малыша, его интеллектуальное и физическое развитие, и даже появление множества сопутствующих заболеваний.

На этапе родильного дома, сразу после рождения, уже с первым криком малыша можно говорить о сохранности центральной нервной системы, что чрезвычайно важно в прогнозировании речевого развития. Несвоевременная диагностика речевых и психических отклонений у детей раннего возраста, не вовремя оказанная медицинская и логопедическая помощь приводит к тяжелым неврологическим последствиям. Перспективы речевого развития и успешность обучения детей в школе, а также социальная адаптация

напрямую зависит от своевременного выявления нарушений в речевой и познавательной сферах. Этим и определяется актуальность данного исследования.

Различные неблагоприятные воздействия во время беременности, родов, а также в первые годы жизни ребенка могут приводить к речевой аномалии различного генеза. Этиология и патогенез речевой патологии многообразны и с клинической точки зрения связаны с ранним органическим поражением центральной нервной системы. Наиболее серьезное поражение мозга под влиянием различных вредных факторов, как правило, возникает в период эмбриогенеза. При неблагоприятных условиях на протяжении всего внутриутробного развития плода может иметь место недоразвитие отдельных мозговых структур, что приводит к возникновению различных сложных дефектов.

Среди причин, вызывающих отклонения от нормального развития головного мозга новорожденного, наиболее частым являются инфекции или интоксикации матери в период беременности (алкоголизм, наркомания, никотиновая зависимость), анемия, гипоксия, асфиксия, родовая травма, ио-сенсibilизация крови матери и плода по резус-фактору или по групповой принадлежности, нейроинфекции, а также травмы головного мозга в период раннего развития.

В 2016 г. в г. Кемерово на базе МБОУ для учащихся с тяжелыми нарушениями речи «Школа-интернат» № 22 и на базе родильного дома ГАУЗ КО ОДКБ была проведена научно-исследовательская работа на тему «Прогностические критерии речевых нарушений у детей с последствиями перинатальной патологии».

Группа детей была выбрана случайным образом, из числа детей, обучающихся в начальных классах школы интерната. Из группы исследуемых были исключены пациенты перенесшие постнатальные травмы и нейроинфекции. Исследуемая группа имела тяжелые речевые нарушения, такие как заикание, дизартрия, алалия, задержка психо-речевого развития и др.

В ходе нашего исследования проведено психолого-педагогическое и логопедическое обследование 60 учащихся 2007–2009 гг. рождения (7–10 лет.). Нами были проанализированы акушерско-гинекологический анамнез матерей данной группы детей, течение беременности, родов, ранний неонатальный период, дальнейшее развитие детей, результаты консультации узких специалистов (невролог, окулист, отоларинголог, epileптолог и т.д.).

Из 60 обследованных школьников в младенческом возрасте по данным ретроспективного анализа медицинской документации у 43 % детей было диагностировано перинатальное поражение ЦНС в ранний неонатальный период, в 57 % нарушение ЦНС было выявлено у детей старше одного года.

Все пациенты данной группы находились на диспансерном учете с диагнозом ММД, ППЦНС, резидуальная энцефалопатия и др.

Анализ результатов исследования полученных факторов риска позволил прийти к заключению, что 100 % женщин имели ОАГА и относились к группе с высоким риском по перинатальной патологии новорожденного. Наиболее частыми осложнениями во время беременности стали следующие факторы: угроза преждевременных родов, хроническая гипоксия плода, ХФПН, гестозы, многоводие, изосенсибилизация по ABO и Rh, патологическое течение родов. Каждая третья женщина наблюдалась и получала лечение по поводу анемии во время беременности.

У детей с врожденной челюстно-лицевой системы в антенатальный период была в 100 % случаев отмечена высокая частота острых вирусных инфекций, а также носительство хронических инфекций, передаваемых половым путем.

В группе детей с задержкой психо-речевого развития действительно высокий уровень показали материнские факторы: хроническая гипоксия плода (100 %), хроническая никотиновая (28 %) и наркотическая зависимость (5 %).

Полученные в ходе работы результаты свидетельствуют о высокой роли неблагоприятного течения беременности и родов, что требует необходимость комплексной ранней диагностики отклонений в развитии речи, когда учитываются данные клинической медицины, а также специальной педагогики и психологии. Раннее выявление и оценка прогноза отдаленных последствий перинатальных поражений мозга у новорожденных определяет возможность своевременного и эффективного их лечения, предупреждения осложнений и максимального восстановления нарушенных функций, а также позволит снизить численность формирования хронической неврологической патологии у детей школьного возраста.

В тех случаях, когда ребенок рождается с перинатальной патологией, родители должны быть хорошо осведомлены о возможных проявлениях отклонений у ребенка, а также о том, какие профилактические меры позволят предупредить или ослабить симптомы речевой патологии. В связи с этим, именно родителям совместно с неврологами и логопедами необходимо внимательно следить за развитием ребенка и в случае его отклонения от нормы принимать необходимые меры на ранних этапах развития.

Таким образом становится актуальной педагогическая подготовка молодых родителей. Информационная и психологическая поддержка женщин в период беременности является эффективным инструментом профилактики. Повышение педагогических знаний родителей позволит своевременно выявить факторы риска речевых нарушений и оказать медико-психолого-педагогическую помощь детям, тем самым предупредив речевые нарушения.

Дети с ППЧНС в анамнезе нуждаются в регулярном наблюдении педиатра совместно с неврологом, логопедом, психологом, а также в проведении реабилитационных, коррекционных и оздоровительных мероприятий не только на первом году жизни, а длительно, до достижения подросткового возраста в целях предотвращения негативных последствий перенесенной перинатальной патологии в будущем.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНАЯ АТМОСФЕРА В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ, КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ ПРИНЦИП СОВРЕМЕННОГО РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

**А. С. Рычкова – старшая акушерка родового
отделения родильного дома**

ГАУЗ КО «Областная детская клиническая больница», г. Кемерово

Важнейшим фактором, определяющим уровень здоровья матери и новорожденного, является организация и проведение родов без осложнений. В родильном зале царит атмосфера новой жизни, чистой энергетики. Благоприятный исход родов во многом зависит от самой женщины и только на 10% от врача и акушерки. Поэтому, 90% успешных родов – это здоровье женщины и ее психоэмоциональное состояние в родах.

Наша практика показала, что роды проходят легче, когда женщина заранее готовится к рождению малыша. Но для эмоционального спокойствия беременной необходимо самой узнать, что будет происходить с ней и ее малышом в родильном доме. Страх и неизвестность перед родами овладевает будущей мамочкой. Подсознание беременной живет тревогой и болью о предстоящих родах, отрицательные эмоции женщины могут негативно влиять на процесс родов.

Помочь беременной справиться с психоэмоциональным напряжением могут экскурсии по родильному дому. Они помогут женщине снизить страх, рассеять неуверенность и найти ответы на вопросы у квалифицированных специалистов. Анкетирование показало, что большинство женщин (98%) после экскурсии чувствовали себя более уверенно, психоэмоционально спокойнее, видя знакомые стены и лица персонала. Однако три четверти женщин отметили, что при поступлении в родовое отделение испытывали страх и волнение.

Положительно на поведение женщины в родах может влиять множество факторов: ощущение домашнего уюта в родильном зале (температурный режим, влажность, цвет стен, наличие ароматерапии, фитбол и т.д.) Они пройдут успешно, если роженица морально на них хорошо настроена. Немаловажно,

чтобы роженица получала полную и достоверную информацию и была эмоционально уравновешена.

В ГАУЗ КО «ОДКБ» родильного дома разработан алгоритм действий акушерки по созданию положительной психоэмоциональной атмосферы в родильном зале. Эти правила очень простые, но они показали свою высокую эффективность. При первом знакомстве с роженицей в родильном блоке акушерка представляется по имени, и обращается по имени к роженице. Приветствует ее и партнера (муж, либо родственники), ориентирует их в соответствии периодами родов. После этого знакомит роженицу с родильным залом (коврики, мячи, оборудование т.д.). Акушерка старается создать атмосферу гостеприимства, дружелюбия и одновременно безопасности и компетентности. Спрашивает о планах и представлениях роженицы о процессе родов, старается поддержать ее пожелания. Если некоторые из ее пожеланий нереалистичны, то обсуждает их вежливо и уважительно, предлагает сделать выбор, который мы можем предоставить.

Таким образом, роженицы действительно особо нуждаются в эмоциональной поддержке, сострадании, советах, а не только в качественной медицинской помощи. От знаний акушерки, ее опыта и душевной теплоты зависит здоровье матери и ее ребенка. Создание психоэмоционального комфорта для роженицы способствовало предупреждению излишнего использования инвазивных, неприятных, ограничительных процедур и значительно снизило количество жалоб и конфликтных ситуаций.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАЛИЗАЦИИ КОМАНДНОГО ПОДХОДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕРМИИ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ

Т. М. Домбровская – старшая медицинская сестра

*ОРИТН Областное бюджетное учреждение здравоохранения
«Областной перинатальный центр» г. Курск*

Терапевтическая гипотермия (ТГ), проводимая у новорождённых с интранатальной асфиксией средней и тяжёлой степени, является высокотехнологичным методом лечения, требующим высокой квалификации врачебного и сестринского персонала и их чёткой кооперации. Это реализуется в концепции командного подхода, подразумевающего согласованность действий участников лечебно-диагностического процесса с максимальным использованием опыта и реализацией личностных качеств творческих способностей всех членов команды.

Ишемически-гипоксическое поражение ЦНС является важной медицинской и социальной проблемой. По данным литературы смертность от интранатальной асфиксии составляет 0,44 на 1000 родившихся живыми (Hammerman С., 1994). В настоящий момент ТГ рассматривается как основной физический метод нейропротекторной защиты головного мозга, поскольку не имеется ни одного, доказанного с позиций доказательной медицины, метода фармакологической нейропротекции. В настоящее время существуют два способа проведения ТГ: охлаждение головы (Coolcap) и охлаждение всего тела (Wholebody). На базе ОРИТН ОПЦ г. Курска создан «Cool-центр», основной задачей которого является максимальное сосредоточение на своей базе доношенных и недоношенных новорожденных в первые часы жизни, родившихся в тяжелой асфиксии в акушерских стационарах области. ТГ проводится в отделении с использованием аппарата общей гипотермии Allon-2001.

В оказании реанимационной помощи пациентам, получающим ТГ, участвует команда специалистов, состоящая из врача-реаниматолога, неонатолога, невролога и медицинской сестры, которая объединяет всех вышеобозначенных специалистов в одну команду. Процедура ТГ включает в себя помимо общего охлаждения ребёнка проведение сложного комплекса лечебно-диагностических мероприятий, во время которого медицинская сестра не только осуществляет уход за пациентом и выполнения врачебных рекомендаций, но и проводит наблюдение, фиксацию и анализ полученной информации с целью как можно раннего выявления и терапевтической коррекции возникших изменений.

Новорожденные дети, получающие ТГ, всегда нуждаются в проведении ИВЛ, что требует от медицинской сестры базовых знаний по респираторной поддержке, таких как сборка контура аппарата ИВЛ и мониторинг адекватного увлажнения газовой смеси, санация верхних дыхательных путей, умение работать с различными аспирационными системами. Высокая частота гемодинамических нарушений у детей, перенесших асфиксию и необходимость проведения инотропной и вазопрессорной поддержки, предъявляет высокие требования к знаниям медицинской сестры практических вопросов её проведения, а именно: физиологических норм показателей гемодинамики (ЧСС, АД, время капиллярного наполнения), их изменений при патологии и ожидаемой динамики на фоне проводимого лечения, способов введения препаратов, работы с инфузионными системами.

Стандартом проведения ТГ в нашем отделении является мониторинг амплитуд интегрированной электроэнцефалограммы (аЭЭГ) с целью раннего выявления судорожной активности. Роль медицинской сестры состоит в слежении за правильным положением электродов и внесении данных обо всех

манипуляциях с ребенком в электронную карту прибора, так как любые манипуляции создают артефакты аЭЭГ, затрудняющие её последующую интерпретацию врачом-неврологом.

Неотъемлемым условием процедуры ТГ является создание медикаментозного охранительного режима, позволяющего предотвратить возникновение у ребенка дискомфорта и болевого синдрома, обусловленного давлением на тело охлаждающего костюма, наличием датчиков, электродов, манжет и катетеров. Роль медицинской сестры состоит в оценке эмоционального состояния пациента и выраженности болевого синдрома. С целью повышения объективности такой оценки и оптимизации дозы и качественного состава проводимой аналгоседативной терапии в настоящее время разрабатывается адаптированная к условиям нашего отделения карта оценки неврологического статуса пациента и выраженности болевого синдрома, которая в том числе может быть использована с целью определения неврологического прогноза пациента.

Важная роль в повышении качества жизни пациента в отделении реанимации принадлежит адекватному уходу с активным вовлечением в него родителей ребёнка. Он включает в себя профилактику сдавления мягких тканей охлаждающим костюмом, манжетами и датчиками. С этой целью медсестра каждые два часа внимательно осматривает кожные покровы, чтобы исключить появление изменений, связанных с нарушением микроциркуляции, начальных признаков некроза кожи и/или подкожной клетчатки и меняет положение тела. Как правило, родители, регулярно посещающие детей в отделении, бывают напуганы большим количеством аппаратуры и датчиков, неподвижным положением ребёнка, самой процедурой охлаждения. Их поведение определяет, в том числе, возможность неблагоприятного неврологического прогноза у ребёнка. В этой связи грамотное и сопереживающее общение медсестры с родителями не только позволяет успокоить их, но и помочь общению с ребёнком, тем самым вовлекая их в команду.

Итогом нашей работы явилось создание карты наблюдения за больными на ТГ, в которую медсестра в течение суток вносит информацию об основных параметрах жизнедеятельности, положении тела и изменении кожных покровов. В дальнейшем проводится анализ данных карты специалистами, участвующими в лечении пациента. С мая 2014 года по июль 2017 года в ОРИТН ОБУЗ ОПЦ г. Курска процедура ТГ проведена 54 пациентам, из которых двое больных умерли, остальные переведены в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПННД) для дальнейшего лечения. Ни у кого из пациентов при проведении ТГ не отмечено таких осложнений как некроз мягких тканей и подкожно-жировой клетчатки.

Таким образом, реализация командного подхода к проведению ТГ, в котором связующую роль между отдельными специалистами, а также родителями пациента выполняет медицинская сестра, позволил нам получить удовлетворительные результаты лечения, а также избежать грозных осложнений, связанных с её проведением.

ВЕДЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА, СЕСТРИНСКИЙ УХОД. ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ (НЕДОНОШЕННЫХ) ДЕТЕЙ

А. Е. Бондаренко – медицинская сестра-анестезист

ОРИТНГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница»

В настоящее время сокращение численности населения – одна из острых проблем российского общества. В условиях существующего демографического кризиса проблемы сохранения жизни и здоровья новорожденных, а также детей первого года жизни, приобретают особое, стратегическое значение. Таким образом, спасение жизни каждого новорожденного ребенка является приоритетной национальной задачей.

Рождение ребенка – это сложный физиологический процесс, не всегда протекающий таким образом, как хотелось бы и родителям, и специалистам, оказывающим помощь и поддержку женщине. От слаженных и грамотных действий персонала в этот момент зависит не только жизнь и здоровье ребенка, но и моральное и физическое здоровье семьи, формирование здорового общества.

Учреждения здравоохранения Тамбовской области активно участвуют в оказании медицинской помощи населению области в полном объеме. Оказывают весь спектр услуг по охране репродуктивного здоровья, ведению здоровой беременности и как результат совместной работы всех специалистов перинатальной медицины – рождением здорового, желанного малыша.

Историческая справка:

Младенческая смертность является одним из важнейших показателей демографической ситуации, как в стране, так и непосредственно в нашем регионе. В конце 1990-х годов младенческая смертность составляла в области 18,6 ‰, что являлось одним из высоких показателей в РФ и ЦФО. С начала открытия ОРИТН на базе ГБУЗ ТОДКБ, а именно в 1999 года, зафиксировано устойчивое снижение показателя младенческой смертности в области до 3,8 ‰ в 2016 году.

Актуальность проблемы:

Резервом снижения перинатальной и младенческой смертности является адекватное использование высоких технологий выхаживания новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела находящихся в критическом состоянии.

Выхаживание новорожденных с экстремально низкой массой тела требует значительных усилий, дополнительных материальных вложений, совершенствования структуры организации медицинской помощи новорожденным детям. На сегодняшний день государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Тамбовская областная детская клиническая больница» является ведущей медицинской организацией в области по оказанию многопрофильной специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи новорожденным с ОНМТ и ЭНМТ.

С 01.01.2010 года в ГБУЗ «ТОДКБ» детям с ЭНМТ и ОНМТ при рождении оказывается медицинская помощь по высоким технологиям.

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется согласно полученной лицензии в рамках I раздела «Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования», утверждённого Постановлением правительства РФ от 19.12.2015 г. № 1382.

Маршрутизация и транспортировка новорожденных с ЭНМТ:

Совместной работой администрации Тамбовской области, управления здравоохранения области и специалистов Тамбовской областной детской клинической больницы организована жестко регламентированная маршрутизация глубоко недоношенных детей в первые часы жизни, требующих оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

При прогнозируемом рождении ребенка с ЭНМТ и ОНМТ на родоразрешение выезжает специализированная неонатальная бригада ГБУЗ «ТОДКБ» в составе врача анестезиолога – реаниматолога, медицинской сестры-анестезиста.

Данные специалисты прошли обучение и переподготовку по оказанию первичной реанимационной помощи новорожденным детям с ОНМТ и ЭНМТ на базе центральных научных клиник г. Москва, г. Санкт – Петербург.

Кроме того, на основании приказа № 282 от 30.03.2010 года Управления здравоохранения Тамбовской области на базе ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница» функционирует Тренинговый центр по совершенствованию оказания первичной реанимационной помощи новорожденным детям, где весь медицинский персонал отрабатывает навыки оказания реанимационной помощи детям с ОНМТ и ЭНМТ, умения и навыки работы в команде, когда каждый член команды знает свои обязанности и умеет

выполнять возложенные именно на него задачи. Вся подготовка к проведению первичной реанимации должна быть проведена до рождения ребенка, включая проверку готовности материальной части и ролевые функции участников.

Реанимация новорожденного ребенка в родильном зале является командной работой, где немаловажная роль отводится медицинской сестре, прошедшей специальную подготовку.

Целью работы в команде является: оказание адекватной реанимационной помощи и интенсивной терапии в первый час жизни ребенка.

- Проведение первичной реанимационной помощи специально обученным медперсоналом.
- Респираторная поддержка (ИВЛ, NCPAP).
- Заместительное введение сурфактанта.
- Профилактика гипотермии (использование полимерных пленок)
- Обеспечение стабильного венозного доступа, инфузионная терапия.
- Контроль газов крови и КЩС, глюкозы
- Посиндромная терапия для стабилизации состояния перед транспортировкой

Транспортировка тяжелобольных новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ осуществляется на специализированном автотранспорте – неонатальном реанимобиле, оснащенный необходимыми системами жизнеобеспечения.

Во время транспортировки обязательно проводится аппаратный мониторинг жизненно важных функций пациента – пульсоксиметрия, температура тела, частота сердечных сокращений, артериальное давление.

Отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (недоношенных) детей.

Отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (недоношенных) детей на 18 коек – это единственное отделение в Тамбовской области, где сконцентрированы все новорожденные с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении, нуждающиеся в проведении неотложной высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «Неонатология».

В отделении реанимации проводится комплексная терапия с использованием современных технологий в лечении новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ:

- искусственная вентиляция легких,
- триггерная неинвазивная вентиляция легких,
- обеспечение стабильного сосудистого доступа (глубокая венозная линия)
- инфузионная, кардиотоническая, гемостатическая терапия
- энтеральное питание

В лечении детей используются самые современные методы диагностики и лечения новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ.

Роль медицинской сестры в выхаживании новорожденных.

В выхаживании новорожденных детей с ОНМТ и ЭНМТ огромную роль играет правильно организованный уход квалифицированным средним медицинским персоналом. На медицинскую сестру отделения реанимации новорожденных возлагается особая ответственность как в выхаживании новорожденного с ЭНМТ и ОНМТ, так и обладание ею высоких морально-этических качеств, связанных с особенностью профессии.

Медицинская сестра ОРИТН должна обладать способностью не «механического» повторения назначений врача, а обдуманно и взвешенно, опираясь на свои навыки и знания, индивидуально подходить к каждому малышу.

Приоритетной задачей в работе медицинской сестры ОРИТН является создание охранительного режима: защита от шумового воздействия с использование шумоизолирующих накидок, ограничение громких звуков и шумов.

Ограничение избыточного светового воздействия: использование приглушенного света, защитных индивидуальных глазных протекторов.

Поддержание оптимального теплового режима (исключение как охлаждения так и перегрева пациента) с использованием специального, высокотехнологичного оборудования инкубаторов-трансформеров, которые позволяют имитировать условия нахождения младенца в утробе матери.

Медицинская сестра обязана сохранять адекватное увлажнение кожи новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ с использованием высокотехнологичного оборудования, осознавая, что такие системы как открытое реанимационное место и инкубаторы «низкого» класса, в данной ситуации использовать нельзя.

Для поддержания физиологичной- флексорной позы, характерной для новорожденного, медицинская сестра нашего отделения использует валики, «гнезда», что позволяет сохранить эмбриональную позу для полноценного развития малыша. Если позволяет состояние ребенка, медицинская сестра соблюдает режим ротаций через каждые 2 часа, что также позволяет проводить защиту кожи новорожденного от повреждений. Данная группа пациентов имея низкую иммунорезистентность, сниженную барьерную функцию кожи и слизистых подвержена высокому риску возникновения внутрибольничного инфицирования. Поэтому на медицинской сестре лежит высокая ответственность за соблюдение санитарно –эпидемиологического режима.

Немаловажную роль медицинской сестры в выхаживании детей с низкой массой тела является защита кожных покровов, обладающих особенной ранимостью и тенденцией к инфицированию в этот период жизни младенца. Для этой цели в нашем отделении активно используются адгезивные повязки-«Тегадерм», выполняющие функцию «искусственной кожи», что позволяет

профилактировать мацерацию, минимизировать риск травматизации при выполнении различных манипуляций, а также при проведении мониторинга.

Кроме того, на основе собственного опыта, мы используем фиксирующий лейкопластырь из текстильной ткани с синтетическим каучуковым клеем с добавлением оксида цинка для предотвращения мацераций кожи при фиксировании интубационной трубки и питающего катетера.

Энтеральное питание малыша с ОНМТи ЭНМТ является сложной, трудоемкой задачей, требующей от медицинской сестры отделения реанимации тщательной, иногда кропотливой работы. Пищеварение малыша проходит сложный путь становления, и часто требует начала энтерального питания раньше срока, а иногда на сроке гестации 22 недели, что возлагает на медицинскую сестру дополнительные трудности. В нашем отделении мы используем щадящую методику кормления: исключаем частую смену питательного зонда (что, по нашему мнению, меньше травмирует нежную слизистую малыша, увеличения частоты инфицирования нами не отмечено).

В своей ежедневной практике мы исключили методы проверки остаточного объема, что соответствует мировым и Российским рекомендациям. Использование современных, адаптированных, готовых к применению жидких смесей для маловесных детей в нашем отделении является стандартом и позволяет снизить риск инфицирования и развития осложнений. В нашем отделении у детей с ЭНМТ и ОНМТ болюсное введение энтерального питания заменено на капельное, с использованием высокоточных шприцевых насосов. Данная технология питания, по нашему мнению, позволяет более щадящее начать энтеральное питание и сократить срок расширения объема до нормального в более короткий срок.

Очень часто состояние новорожденного с ОНМТ и ЭНМТ настолько тяжелое, что не позволяет начать энтеральное питание и тем самым обеспечить адекватное восполнение физиологической потребности. В данной ситуации мы используем обеспечение стабильного венозного доступа – катетеризация центральной вены через периферическую с использованием специализированного микрокатетера диаметром 1 Fr. Данный катетер не ограничивает движения малыша, и не нуждается в жесткой дополнительной фиксации конечности. В сочетании с использованием современных одноразовых бактериальных инфузионных фильтров позволяет использовать данные системы для проведения полного парентерального питания на максимальный срок – без замены. Такая методика позволяет минимизировать повреждения от повторных катетеризаций и ограничить болевые раздражители такому маленькому пациенту.

Кроме того, средним медицинским персоналом нашего отделения выполняются протоколы и алгоритмы различных манипуляций, разработанные в нашем отделении с соблюдением всех правил асептики и антисептики.

Развивающий уход.

Опираясь на обсонованные современные научные исследования, персоналом нашего отделения активно используются новейшие методики выхаживания новорожденных детей с ОНМТ и ЭНМТ, а именно, активно используются элементы развивающего ухода начиная с этапа отделения реанимации новорожденных. Медицинские сестры проводят обучение родителей малыша при первом общении в отделении. Обучают родителей соблюдению санитарно-эпидемиологического режима, совместно осваивают основы методов ухода за маловесным новорожденным: придание удобной флексорной позы, защита кожи. В нашем отделении используется «метод кенгуру», что позволяет снизить психологическую нагрузку у матери, сформировать духовную связь, профилактировать развитие внутрибольничной инфекции. Ребенок должен слышать голос матери, ощущать ее запах, чувствовать прикосновения рук. В настоящее время обеспечить круглосуточное присутствие родителей рядом с малышом не представляется возможным, и чтобы не прерывать процесс непрерывного развития малыша медицинскими сестрами нашего отделения используются игрушки -манекены, которые имитируют руку матери и дают ребенку ощущение материнского тепла и заботы.

Необходимость привлечения родителей к уходу за младенцем даже с экстремально низкой массой тела является одним из важных условий успешного развития недоношенного младенца.

Результаты работы.

В итоге, благодаря всему комплексу проводимых мероприятий, Тамбовская область, на сегодняшний день, занимает лидирующие позиции в ЦФО и РФ по выхаживанию и реабилитации детей с массой тела при рождении от 500 гр. до 1500 гр., обеспечив, тем самым, устойчивое снижение показателя младенческой смертности в области с 18,6% в конце 1990-х годов до 3,8% в 2016 году.

	РФ	ЦФО	ТАМБ.ОБЛ.
2014	7,4	5,4	4,5
2015	6,5	6,0	3,7
2016	6,0	5,6	3,8

В 2016 г, в сравнении с 2015 г., на 8,9 % (12 детей) увеличилось количество новорожденных детей с массой тела до 1500 г, из них в группе детей с экстремально низкой массой тела на 47,6 %, с очень низкой массой тела на 44 %. При этом выживаемость детей с ЭНМТ и ОНМТ выросла с 87 % до 95 %.

Выводы:

- Резервом снижения перинатальной и младенческой смертности является адекватное использование высоких технологий выхаживания новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ качественная базовая помощь критически состояний.
- Выхаживание новорожденных с экстремально низкой массой тела потребует значительных усилий от среднего медицинского персонала, дополнительных материальных вложений, совершенствования структуры организации медицинской помощи новорожденным детям.
- Грамотная медицинская сестра позволит поднять уровень оказания медицинской помощи новорожденным детям, что благоприятно отразится на их быстрейшем выздоровлении и дальнейшем развитии их познавательных функций.
- Решение «клинических ситуаций» на манекене в работе Тренингового центра, поможет улучшить качество оказания реанимационной помощи новорожденным с ОНМТ и ЭНМТ в родильном зале.
- Активное развитие технологий развивающего ухода, используемых медицинскими сестрами нашего отделения, играет не меньшую роль в реабилитации маловесных детей чем медикаментозная терапия.
- В динамическом снижении к 2016 году младенческой смертности в Тамбовской области до 3,8 %, немаловажную роль играет медицинская сестра способная оказать необходимую высокотехнологичную помощь новорожденным.

Заключение.

В современном прогрессирующем мире, где технологии выхаживания не стоят на месте, возрастают высокие требования к уровню знаний медицинской сестры, что обязывает её владеть теорией медицины и современными практически навыками. Непрерывно совершенствовать свои знания и умения с использованием современной методической литературы выпускаемой «Ассоциацией медицинских сестер России» и интернет ресурсов.

Конечно же, самой главной заслугой всего коллектива отделения реанимации новорожденных – является спасенные жизни наших маленьких пациентов. Радостно видеть улыбки родителей, которые обрели счастье материнства и отцовства, и смогли с гордостью носить почетное звание родителей, улыбки детей, когда они навещают нас спустя годы. И только наши сотрудники знают, как тяжело досталась нам и родителям малыша эта победа.

РОЛЬ СЕКЦИИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ПЕДИАТРИИ» В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

**В. А. Салахутдинова – председатель секции
«Сестринское дело в педиатрии»**

*Региональная общественная организация
«Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл»*

Секция «Сестринское дело в педиатрии» РОО «Ассоциации средних медицинских работников Республики Марий Эл» создана для улучшения организации медицинской помощи детям Республики Марий Эл по инициативе главного специалиста по МЗ РМЭ, председателя РОО АСМР РМЭ Кузьминых Е.Я. и продолжает свою работу уже более 15 лет.

В секцию объединены настоящие лидеры сестринского дела в педиатрии – профессионально грамотные, ответственные руководители сестринских служб республиканских и городских детских МО РМЭ, старшие медицинские сестры отделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам разных возрастных групп от рождения до 18 лет.

Основными задачами секции являются создание образовательного информационного пространства, направленного на повышение квалификации, повышение качества и доступности медицинской помощи детям, усиление профилактической направленности. Секция «Сестринское дело в педиатрии» участвует в разработке региональной концепции развития сестринского дела в педиатрии, предлагая свои идеи, планы для решения задач стоящих перед членами секции и РОО АСМР РМЭ.

Для повышения уровня знаний и практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактики осложнений, хронических заболеваний, социальной адаптации и повышения качества жизни детей в МО РМЭ организованы Школы здоровья – «Школы диабета», «Школы эпилепсии», «Школы астмы», «Школы ДЦП для детей раннего возраста», «Школы артериальной гипертензии», «Школы коррекции веса», «Гастро-Школа».

В конференциях проводимых секцией РОО АСМР РМЭ, рассматривались такие темы, как «Реализация мероприятий по оказанию амбулаторно-поликлинической помощи детям г. Йошкар-Олы на базе Центра здоровья детской поликлиники № 3. Перспективы развития. Роль медицинской сестры».

Участие медицинских сестер детских МО в проведении мероприятий ко дню защиты детей в Республике Марий Эл стало традицией. Так на участие во Всероссийской акции «Чужих детей не бывает», проходившей в 2016 году на базе ГБУ РМЭ «Детская республиканская клиническая больница» были

приглашены школьники лица Бауманского, которые выступили с концертной программой перед детьми и родителями, находящимися на стационарном лечении. Медицинские сестры больницы собрали средства и вручили детям ГКУ РМЭ «Специализированный Дом ребенка для детей с органическим поражением центральной нервной системы с нарушением психики» памперсы, детские крема, канцтовары и приняли участие в праздновании.

Секция участвовала в проведении Всероссийской акции, посвященной Всемирному дню здоровья «Диабет». На базе ГБУ ДРКБ РМЭ в «Школе диабета» проведен опрос 75 респондентов на тему «Что вы знаете о сахарном диабете». В «Школе диабета» за I квартал 2016 г. обучено 64 человека, из них 44 ребенка и 20 родителей, проведено 15 занятий.

Принимали участие во Всероссийской акции, посвященной Всемирному дню борьбы с ТБ 24 марта 2016г, во Всероссийской акции «День борьбы со СПИДом» 1 декабря 2016 года «Положить конец эпидемии СПИДа в рамках целей устойчивого развития». Были выпущены листовки, брошюры, буклеты. Проведены лекции, беседы, конкурс рисунков «Мир вокруг нас». На базе ГБУ РМЭ «Детская республиканская клиническая больница» проведено анкетирование. В анкетировании участвовали 130 респондентов, из них: 55- родителей по уходу за детьми, 29- подростков с 15-17 лет, 46 – сотрудников ДРКБ. Анализ анкетирования показал, что взрослые более информированы в вопросах о ВИЧ инфекции.

В 2017 году секция активно участвовала в республиканском конкурсе постерных докладов. «Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у детей и подростков». На конкурс были представлены постеры на темы: «Роль медицинской сестры в предупреждении осложнений при сахарном диабете I типа у детей и подростков», «Профилактика язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки и формирование здорового образа жизни у детей и подростков», «Школьная близорукость – проблемы и решения», «Проведение спирометрии детям и подросткам с бронхиальной астмой», «Роль медсестры в профилактике хронического тонзиллита».

За отчетный период члены секции принимали участие во всех мероприятиях проводимых РОО «Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл», в конкурсах, семинарах и республиканских конференциях. Таким образом, секция «Сестринское дело в педиатрии» РОО АСМР Республики Марий Эл позволяет повысить уровень оказания и качество сестринских услуг в педиатрии и дает возможность распространения передового опыта, внедрения научных достижений в области сестринского дела в педиатрии.

СИМПОЗИУМ
«ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В МОСКОВСКОМ СТАНДАРТЕ ПОЛИКЛИНИКИ

И. Г. Калинина

*Окружной внештатный специалист
по управлению сестринской деятельностью ГКУ ДКД МО ДЗМ (ЮВАО),
главная медицинская сестра ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ»*

За последние несколько лет в столичном здравоохранении произошли существенные изменения. Работа по реформированию и модернизации отрасли осуществлялась в рамках реализации четырёх основных программ: Программы модернизации, программы «Столичное здравоохранение», приоритетного национального проекта «Здоровье» и Территориальной программы государственных гарантий.

В 2015 году, был разработан Краудсорсинг-проект «Московская поликлиника». Задачей проекта было собрать предложения горожан о том, как сделать запись к врачу более доступной, сократить очереди в поликлиниках, уменьшить число ненужных для пациента посещений поликлиники, улучшить комфортность пребывания в ней, изменить имидж столичного здравоохранения

В результате участники проекта оставили более 27 тыс. предложений, на основе которых сформировался первый стандарт работы столичных поликлиник.

По итогам предложений, полученных от москвичей в рамках краудсорсинг-проекта и опроса на портале «Активный гражданин», в котором приняли участие более 150 тысяч человек, Департамент здравоохранения Москвы разработал программу повышения качества обслуживания – «Московский стандарт поликлиники».

Новая система включила в себя механизмы по сокращению очередей, улучшение работы регистратуры, повышение комфорта в поликлинике. Для эффективности работы упрощена процедура выписки льготных рецептов для хронических пациентов, созданы отдельные бригады для выездов на дом, медицинские сестры выведены за рамки приема.

Еще несколько лет назад столичные поликлиники вызывали у многих не самые приятные ассоциации: вечные очереди, неработающие санузлы, проблемы с получением карты, трудности при записи к врачу... Неудивительно, что большинство москвичей предпочитали обращаться в платные клиники, руководствуясь соображениями, что за деньги лечат лучше. Но устоявшееся мнение необходимо менять – городские поликлиники перешли на новый стандарт работы. Теперь столичные государственные медицинские учреждения ничуть не уступают частным.

В целях снижения возможных рисков возникновения негативных последствий реорганизации столичного здравоохранения на всем этапе проводилась и проводится информационно-разъяснительная работа среди населения и медицинских работников государственных учреждений здравоохранения, информация по ключевым вопросам размещается на официальном сайте Департамента здравоохранения. Во всех поликлиниках были проведены подготовительные мероприятия, внедрение стандарта проходило постепенно, не было такого, что с понедельника вдруг все начали работать по-новому.

На сегодняшний день практически все столичные поликлиники перешли на новый стандарт работы, и каждый медработник понимает, как ему следует теперь работать.

Целью стандарта является улучшение качества лечения и обслуживания, повышение удовлетворенности пациентов, повышение эффективности работы медицинских работников изменение имиджа столичного здравоохранения.

МС включает в себя большое количество мероприятий, которые позволяют повысить эффективность работы медперсонала, комфорт пребывания в поликлинике, качество и доступность медицинской помощи. Перемены сложно не заметить, ведь московский стандарт начинается прямо со входа в медицинское учреждение.

Поликлиника, как и театр, начинается с вешалки, то есть с гардероба, который теперь выглядит по-новому. Создавая открытое пространство, срезая решетки с гардеробов мы сделали все, чтобы пациенту было комфортно. Теперь в холле есть кулер с водой, вендинговый аппарат, в зонах ожидания установлена мягкая мебель и телевизоры. В поликлиниках стало уютнее и домашнему тепло.

Картохранилище переместили в другое помещение, сделали просторные холлы, провели косметический ремонт, организовали красивые информационные стойки вместо регистратуры, где медицинский персонал теперь встречает пациентов с улыбкой. Акцент на вежливость и внимание – это очень важная составляющая московского стандарта поликлиники.

Стандартный маршрут пациента начинается с инфомата.

Теперь здесь его встречает медсестра, которая поможет записаться на прием к врачу, даст разъяснения, порекомендует специалиста. Раньше после этого пациент шел в регистратуру, а теперь идет сразу на прием к врачу, не задумываясь, где его медицинская карта. Регистратуру заменили на картохранилище. Все карты, которые хранились в регистратуре, вынесли в отдельное помещение, куда нет доступа для пациентов. Когда пациент записывается к врачу, его амбулаторная карта заблаговременно доставляется в кабинет специалиста.

Карты предварительно подбираются на приём медсёстрами по данным записи ЕМИАС или по звонку врача или м/с с поста или от инфомата, если пациент только записался на прием.

Регистратура как подразделение поликлиники трансформирована в «картохранилище» и «стойку информации». В амбулаторных центрах созданы колл-центры, которые принимают вызовы на дом от пациентов. Для вызова бригады определен единый номер телефона, по которому принимаются вызовы в часы работы поликлиники. Трубку берет не просто оператор, а квалифицированный медицинский сотрудник, который может проконсультировать пациента, дать рекомендации: что лучше, вызвать врача на дом или прийти в поликлинику. Эти сотрудники могут сразу же записать пациента к специалисту.

Создание бригад по выездам на дом позволило расширить время приема терапевта в поликлинике с 4–5 до 8 часов в смену, а также увеличить время консультации одного пациента с 10 до 15 мин. Данные бригады оснащены автотранспортом и всем необходимым оборудованием (расширенный состав медикаментов, глюкометр, портативный ЭКГ) для обеспечения высокого качества помощи на дому.) Это позволяет отслеживать состояние пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и учитывать эти показатели при назначении лечения.

Раньше пациента на дому посещал участковый терапевт, который добирался на вызов своим ходом. С собой у него был ограниченный набор препаратов и мединструментов. Теперь врач приезжает на вызов на автомобиле поликлиники. Оснащение выездных бригад автотранспортом сокращает длительность обработки одного вызова на дом в среднем с 30 до 17 минут по сравнению с пешим обходом участка. При этом время осмотра пациента не уменьшается и в обоих вариантах составляет в среднем 15 минут. После осмотра пациента Лист осмотра поступает в поликлинику к заведующему терапевтическим отделением, если есть необходимость, лечение координируется лечащим врачом

Введены должности фельдшера для выписки повторных рецептов хроническим больным в ситуации, не требующей коррекции лечения.

В каждом филиале поликлиники московского стандарта работает дежурный врач. Пациентам с острой болью предоставлена возможность без предварительной записи попасть на прием к дежурному врачу в день обращения.

Внедрена система приёма пациентов средним медицинским персоналом (без участия врача) на «Сестринском посту» для выписки медицинских документов (различные справки, санаторно-курортные карты), измерения артериального давления и других процедур, не требующих участия врача. Данные посещения составляют до 50 % всех приемов пациентов и их выполнение на «сестринских постах» значительно

Медицинский пост входит в состав терапевтического или профильного отделения, обеспечивает формирование и распределение потоков пациентов по цели обращения в поликлинику, оформление медицинской документации по назначению врача-терапевта участкового и врачей-специалистов, запись на прием к врачу в системе ЕМИАС

Накануне приема сотрудник сестринского поста обзванивает пациентов, напоминает, что завтра у них прием и спрашивает, придут ли они к врачу. Если по каким-либо обстоятельствам человек не может прийти в поликлинику, ему предлагают перезаписаться на другой день. Это уменьшает количество неявившихся на прием пациентов. Многие задают вопрос – а не нарушается ли участково-территориальный принцип?

При реализации МСП участково-территориальный принцип не нарушается, т.к. на сегодняшний день пациент записывается на прием к своему участковому врачу (в его отсутствие – к врачу, его заменяющему), либо пациент имеет возможность выбрать лечащего врача и по заявлению прикрепиться к нему на обслуживание. Врачу терапевту участковому выделено время в расписании (рабочая суббота и по 2 часа еженедельно) на посещение своей маломобильной группы и ведение диспансерного наблюдения пациентов своего участка. В поликлиниках функционируют отделения профилактики, которые занимаются диспансеризацией прикрепленного населения, при выявлении хронических заболеваний данные передаются участковому врачу терапевту, где врач ставит пациента на диспансерное наблюдение.

Осмотр онкологических пациентов на дому для выписки наркотического средства осуществляет врач паллиативной медицины, при его отсутствии заведующий терапевтическим отделением.

В рамках стандарта организована патронажная служба медицинских сестер, которая оказывает медицинскую помощь на дому, оказывает социальную и психологическую поддержку больным и членам их семей, обеспечивает физический комфорт; осуществляет взаимосвязь и преемственность в работе выездной патронажной службы с подразделениями ЛПУ

Московский стандарт позволил поликлинике маршрутизировать потоки пациентов и реализовать те возможности, которые имеются в медицинском учреждении. Врачи первого уровня – терапевты, хирурги, оториноларингологи, офтальмологи, акушеры-гинекологи – сами направляют пациента к нужному доктору. Ещё одно нововведение коснулось пациентов, страдающих хроническими заболеваниями. Сегодня специалист сам определяет для них время приёма, и больному не нужно приходить каждый месяц за получением рецепта, как это было ранее. К тому же медицинский персонал заинтересован работать лучше и качественнее, поскольку заработная плата сотрудников была увеличена.

Внедрение МСП позволило улучшить доступность, дать врачам больше времени на прием пациентов, а также повысить комфортность от посещения поликлиники, увеличить привлекательность медицинских учреждений для пациентов. Но выбор поликлиники всегда будет зависеть от обстоятельств и желания конкретного пациента. Соблюдение требований федерального законодательства (порядков и стандартов) наряду с требованиями Московского стандарта поликлиники позволит обеспечить доступность и качество медицинской помощи, комфортные условия для врача и пациента.

Как же изменилась роль медицинской сестры в рамках Московского стандарта?

Основной смысл выведения медицинской сестры за рамки врачебного приема – подъём статуса медицинской сестры амбулаторно-поликлинического звена, изменении её взаимоотношений с пациентами. До сих пор медсестра была функционально-бумажным помощником доктора, а не пациента. Внедрение ЕМИАС сделало её присутствие в кабинете и вовсе необязательным.

Медицинская сестра теперь может самостоятельно общаться с пациентами, помогать ему в решении многих проблем, при этом не обращаться за помощью к врачу. И хотя в большинстве учреждений здравоохранения остается сложившийся традиционный подход к роли медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе и пока ей отводят роль исполнителя предписаний врача, мне очень хочется верить в то, что в процессе реформирования системы здравоохранения утвердится роль медицинской сестры в сторону увеличения ее профессиональной компетентности, повысится ее профессиональный и социальный статус, и в целом- престиж профессии.

Сегодня большую роль уделяют непрерывному обучению медицинских сестер, проводятся семинары для медицинских сестер по повышению мотивации, пациентоориентированности, профилактики эмоционального выгорания, развитию их компетенций и стрессоустойчивости, сестринские конференции по различным тематикам, обучение практическим навыкам в симуляционных центрах.

Медицинские сестры, обладая новейшими знаниями и практиками смогут более качественно и эффективно выполнять свою работу, что не только отразится на благополучии пациентов, но и на удовлетворенности самих медицинских сестер своей работой.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ СО СТОМАМИ: ОПЫТ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

С. А. Яковчук – старшая медицинская сестра

ГБУЗ «Республиканский онкологический диспансер» г. Петрозаводск

Организация сестринской помощи пациентам разного возраста с различными видами стом – главная составляющая комплексной реабилитации стомированных пациентов в общей структуре медицинской реабилитации онкологических больных. В настоящее время роль медицинской сестры по уходу за пациентами со стомами крайне важна и востребована. По данным медицинской статистики, в России проживает не один десяток тысяч людей, которые относятся к категории «стомированные больные». Кто это? Это пациенты, которым после хирургического вмешательства на переднюю стенку области живота был выведен мочеточник или кишка. Образованное в результате проведенной операции подобное отверстие и носит название «стома». Разнообразные стомы (искусственное выведение просвета полого органа на кожу) часто встречаются у онкологических больных, среди них различают: питательные стомы (для обеспечения питания) – гастростома, энтеростома; выделительные стомы – колостома, энтеростома, цистостома, нефростома; дыхательные – трахеостома. Кроме того, иногда применяются искусственные наружные свищи: желчные, панкреатические, плевральные. Любая стома значительно влияет на образ жизни больного, существенно ухудшая ее качество, поэтому организация правильного ухода за больным дает возможность обеспечить более высокий уровень его бытовой и социальной адаптации.

Для медицинской сестры главным условием достижения общей цели в сложной, многопрофильной медицинской деятельности является необходимая профессиональная подготовка и соответствующая профессиональная компетентность.

ОСНОВНЫЕ ТЕЗИСЫ ДОКЛАДА:

- статистические показатели стомированных пациентов по РК
- особенности оказания сестринской помощи лицам пожилого и старческого возраста
- профессиональная и психолого-педагогическая деятельность медицинского персонала ГБУЗ РК «Республиканский онкологический диспансер»
- практические рекомендации для дальнейшего обучения пациентов и их близких приемам самоухода и ухода за стомой после выписки из стационара
- качество жизни пациента со стомой, приемы и методы психологической адаптации.

ЭЛЕКТРОННЫЙ ДОКУМЕНТООБОРОТ, КАК СПОСОБ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НА ПРИМЕРЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ ГБУЗ «ЛОДЕЙНОПОЛЬСКАЯ МБ»

М. В. Халлиева – медицинская сестра ультразвуковой диагностики

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Ленинградской области «Лодейнопольская межрайонная больница»*

Современный мир, мир высоких технологий, мир, где информация течет рекой. Человек придумывает все новые формы передачи информации для собственного удобства. Один из таких способов: электронный документооборот. Чтобы идти в ногу со временем, нужно быть подкованным в этом вопросе. Существуют рядовые проблемы, решению которых поможет электронный документооборот.

Во многих государственных и муниципальных учреждениях активно применяются информационные технологии и осуществлен переход на электронный документооборот, не исключением являются и учреждения здравоохранения.

Жизненный путь каждого человека в той или иной степени пересекается с врачами и медицинскими сестрами, которым мы доверяем свое здоровье и жизнь. Но образ медицинского работника и медицины в целом в последнее время претерпевает серьезные изменения, и происходит это во многом благодаря развитию информационных технологий.

Актуальность темы. В настоящее время каждое лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) в той или иной мере охвачено информатизацией, во многих учреждениях здравоохранения активно осуществляется переход на электронный документооборот. Для повышения качества и доступности медицинской помощи в ЛПУ необходимо проведение комплексной автоматизации всех видов деятельности в учреждении.

За последние годы в медицине значительно увеличилось количество новых методов диагностики и лечения. Объем информации о состоянии здоровья пациентов, который необходимо обрабатывать врачу и медицинской сестре, значительно вырос. Ежедневно в каждом ЛПУ решается ряд серьезных задач, связанных с внесением, обработкой и хранением медицинской информации, практическим управлением потоками информации, краткосрочным и долгосрочным планированием, статистическим и финансовым анализом.

Для эффективного решения этих задач необходимо применение комплексных медицинских информационных систем (МИС).

Цель исследования: рассмотреть электронный документооборот, его влияние на качество и доступность медицинской помощи, проанализировать работу комплексной медицинской информационной системы в ГБУЗ ЛО «Лодейнопольская МБ»

Для реализации цели, необходимо решить ряд следующих задач:

- Определить основные понятия электронного документооборота, качество и доступность медицинской помощи;
- Проанализировать работу Комплексной медицинской информационной системы в целом и на примере диагностической службы ГБУЗ ЛО «Лодейнопольская МБ»
- Оценить влияние электронного документооборота на качество и доступность медицинской помощи.

Объектом исследования является Государственной бюджетное учреждение здравоохранения «Лодейнопольская межрайонная больница».

Предметом исследования является: Комплексная медицинская информационная система, особенности внедрения и функционирования.

Теоретической и методологической основой исследования являются законодательные акты, статьи, учебные пособия отечественных и зарубежных ученых в области информационных технологий, научные работы в области медицины, статистические отчеты учреждения. При рассмотрении поставленных вопросов пользовалась такими научными методами, как системный подход (анализ), программно-целевой, сравнительно-правовой, функциональный, социологический.

Вначале определим понятия – электронный документооборот, качество и доступность медицинской помощи.

Электронный документооборот – это электронный обмен деловыми электронными документами между автоматизированными системами различных компаний в стандартизированной форме, действенное средство повышения эффективности управления в организациях.

Под качеством медицинской помощи (КМП) обычно понимается совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню медицинской науки, а доступность медицинской помощи – это реальная возможность получения населением необходимой медицинской помощи вне зависимости от социального статуса, уровня благосостояния и места проживания. Иными словами, качественная медицинская помощь – это своевременная медицинская помощь, оказанная квалифицированными медицинскими работниками и соответствующая требованиям нормативных правовых актов, стандартов оказания медицинской

помощи (протоколов ведения больных), условиям договора или обычно предъявляемым требованиям.

В ГБУЗ ЛО «Лодейнопольская МБ» переход на электронный документооборот, в результате внедрения **Комплексной медицинской информационной системы** (далее – КМИС), положительно отразился на качестве и доступности медицинской помощи. ГБУЗ ЛО «Лодейнопольская МБ» – современное лечебно-профилактическое учреждение, оказывает населению качественную медицинскую помощь, высокотехнологичные обследования, активно участвует в диспансеризации взрослого населения района, участвует в проекте «Вежливая регистратура».

В ГБУЗ ЛО «Лодейнопольская МБ» в районной поликлинике на протяжении 10 лет работает комплексная медицинская информационная система. Переход на электронный документооборот позволил больнице повысить эффективность работы медицинского персонала, в первую очередь врачей и медсестер поликлиники и автоматизировать такие важнейшие направления работы, как ведение приема участковой службы, приема узких специалистов, диспансеризация, работы диагностических отделений и т.д. Конечным итогом стало внедрение полной электронной амбулаторной карты, системы планирования рабочего времени, электронные календари и ряд других важнейших технологий. За счет этого упростился труд врача и медсестры, повысилось качество и доступность медицинской помощи, а также качество и сохранность медицинской информации. На сегодняшний день 100 рабочих мест оснащены персональными компьютерами, из них автоматизировано 50 рабочих мест специалистов поликлиники, стационара и диагностических служб, работающих с КМИС.

КМИС- предназначена для автоматизации работы медицинских учреждений, главной целью которой является – повышение качества и доступности медицинской помощи за счет комплексной автоматизации всех возможных видов деятельности в ЛПУ с возможностью групповой работы над различными документами – электронной амбулаторной картой (в поликлинике), электронной историей болезни (в стационаре или санатории) и т.д. **Подсистема медицинского электронного документооборота** КМИС, позволяет ЛПУ почти полностью отказаться от бумажных носителей информации и перейти исключительно на электронные документы, сохранив лишь небольшую часть бумаг, обязательных в связи с правовыми и финансовыми нормативными актами. Весь функционал КМИС строится вокруг потребности ключевого пользователя – медицинского работника лечебно-профилактического учреждения. В одной информационной системе находится весь необходимый для деятельности медицинского персонала функционал, что дает возможность

получать мгновенный и гарантированный доступ к любой необходимой пользователю информации при наличии прав доступа. Единое информационное пространство позволяет упростить и сделать более эффективной работу медицинского персонала. Пользователь вносит только новую информацию. Все, что ранее уже было введено в систему пользователями, подставляется автоматически в документы, формы, отчеты и т.д. Именно вокруг врача и медсестры настраиваются календари, строится обмен электронными документами, и реализовываются все прочие функции системы. Комплексная медицинская информационная система предоставляет возможность доступа к необходимым данным удаленно, это позволяет администрации сделать организацию работы полностью прозрачной. Во всех лечебно-профилактических учреждениях реализуется единая стандартная схема работы – от регистратуры или приемного покоя к лечащему врачу, дальнейшее диагностирование, консультирование и так далее. Таким образом, в процессе обследования или лечения в электронной амбулаторной карте или истории болезни накапливается вся информация, которая дальше используется по необходимости группами пользователей. Все медицинские документы содержат блок статистической информации, что позволяет в оперативном режиме получать статистические отчеты. Работа с электронными медицинскими документами предполагает широкое использование справочников, шаблонов, наследование информации, в значительной степени облегчая ведение рутинной документации. С целью обеспечения неизменности документов после их внесения в базу данных КМИС применяется электронно-цифровая подпись (ЭЦП). Документ, имеющий ЭЦП, нельзя изменить и, соответственно, нельзя модифицировать содержащиеся в нем данные.

Применение информационных технологий, введение электронного документооборота и КМИС позволили снизить непрофильную нагрузку на врача и медсестру, а также повысили статус сестринского персонала. Сестринский персонал, вместо ручки и листа бумаги, использует клавиатуру и компьютер, качественно и быстро оформляя направления, выписки, отчеты и т.п. в считанные сроки, всего лишь нажатием нескольких клавиш. В результате чего, медицинский персонал стал больше внимания и времени уделять непосредственно пациенту и его здоровью. Так, из числа опрошенных пациентов, 55 % стали довольны отношением и оказанной медицинской помощью со стороны врачей и медсестер, 22 % – довольны отношением и оказанной медицинской помощью со стороны медицинских сестер не довольных оказанием медицинской помощи медицинским персоналом не оказалось.

Современный мир, технического прогресс, новые технологии обязывают медицинских сестер идти в ногу со временем, быть не просто безмолвным помощником

врача, который выполняет его поручения «на автомате», а быть профессионально грамотным и квалифицированным участником лечебного процесса.

Главным результатом введения электронного документооборота, использования КМИС в ГБУЗ ЛО «Лодейнопольская МБ» стали:

- автоматизация клинических направлений работы ЛПУ, внедрение электронной медицинской карты (ЭМК),
- организация эффективного информационного взаимодействия между всеми участниками лечебно-диагностического процесса,
- возможность работы удаленного доступа,
- запись в электронные календари привела к повышению доступности медицинской помощи, различных видов диагностических исследований, сокращению очереди пациентов на диагностические исследования до 1–2 недель (это отметили 87 % пациентов из числа опрошенных, 13 % – отметили, что очередь ожидания диагностического исследования 3–5 недель),
- рост различных видов диагностических исследований,
- оптимизация нагрузки на персонал,
- сокращение (а местами – и полностью исключить) рутинных операций по оформлению медицинской документации, повышение качества и информативности медицинских документов,
- существенное ослабление (или снятие) с врача и медицинской сестры непрофильной нагрузки, позволяет больше времени уделять своей непосредственной работе – общению с пациентом, оказанию качественной квалифицированной медицинской помощи,
- совершенствование профессиональных навыков, получение новых практических и теоретических знаний, повышение профессиональных качеств врача и медсестры, престиж и участие в научно-техническом прогрессе,
- повышение эффективности работы организации в целом.

Учитывая данные социологических опросов, статистические данные, работы КМИС- электронный документооборот, положительно отразился на работе врачей и сестринского персонала и повлиял на улучшении качества и доступности медицинской помощи в ГБУЗ ЛО «Лодейнопольская МБ». По результатам мониторинга показателя удовлетворенности жителей Лодейнопольского района медицинской помощью, в нашем районе такой показатель 72 %, один из самых высоких в Ленинградской области, и результатам недавнего негласного социологического опроса населения показали, что 87 % опрошенных считают – что в данное время медицинская помощь в Лодейнопольской МБ стала более качественной и доступной в сравнении с прошлыми годами, а 13 % – нет, 32 % из числа опрошенных оценили оказание медицинской помощи на «5», 55 % -на«4», 10 % – на «3» и 3 % - на «2» (по пятибалльной шкале).

Одного электронного документооборота недостаточно для эффективной работы учреждения, это всего лишь одна из ступеней на пути качественной и доступной медицине. В нашем районе существует ряд проблем (таких, как укомплектованность врачами педиатрами, терапевтами, узкими специалистами, улучшение доступности областных специалистов, расширение объема лабораторных исследований, полный переход на электронный документооборот, уменьшение письменного документооборота и т.д и, как одна из основных, увеличение финансирования), которые предстоит еще решить.

ПРОЕКТ «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА». ПЕРВЫЕ ШАГИ ЕГО ВНЕДРЕНИЯ В БРЯНСКОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ № 4

И. В. Собко – главная медицинская сестра

ГАУЗ «Брянская городская поликлиника № 4»

В конце 2016 года Минздравом России совместно с Росатомом запущен проект «Бережливая поликлиника». Сотрудники корпорации Росатом изучали опыт организации крупных заводов, таких как «Тойота», и пришли к выводу, что логику рационального построения этапов производства можно перенести на организацию работы первичных медицинских учреждений. Пилотный проект «Бережливая поликлиника» реализован в 6 поликлиниках (взрослых и детских) трёх регионов Российской Федерации: Ярославская область, Калининградская область, город Севастополь, в целях оптимизации работы первичного звена медико-санитарной помощи, в том числе обеспечения доступности медицинской помощи, увеличения удовлетворенности оказанной медицинской услугой для пациентов, повышения эффективности рабочего времени медицинского персонала, включая врачей – педиатров участковых, терапевтов участковых, врачей специалистов, организации лабораторно-диагностических исследований, навигации пациентов в учреждении здравоохранения, повышении качества и результатов профилактической работы. В поликлиниках, реализовавших проект, осуществлены ремонты регистратур, дооснащение в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, выстроена новая логистика и навигация пациента в поликлинике.

Что же это такое – Бережливое производство?

Бережливое производство – это и философия, которая основана на идее устранения потерь в процессах и принципах взаимозависимости, уважения и постоянного совершенствования; и действенная система простых решений,

которая включает методы, подходы и эффективные инструменты, направленные на устранение потерь и оптимизацию процессов.

В регистратуру не дозвониться, записаться к врачу проблематично, **поискать кабинет по этажам**, высидеть очередь перед кабинетом нелегко даже здоровому человеку, не то, что больному... Все эти проблемы знакомы каждому, кто хоть однажды был вынужден обращаться в поликлинику. **Но оказывается, что потери времени в поликлинике можно свести к минимуму с помощью инструментов производственной системы Росатома, которую сокращенно называют ПСР.**

Этот проект направлен на выявление неэффективных технологических процессов в медучреждениях и их устранение. Об этом заявила Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Игоревна Скворцова на заседании коллегии министерства 12 апреля т.г. Речь идет о совершенствовании логистики, менеджмента и комфортности предоставления услуг, которые должны повысить ресурсную эффективность работы поликлиник.

Ранее Президент России Владимир Владимирович Путин обозначил одной из приоритетных задач в здравоохранении сокращение избыточной бумажной работы врачей и увеличение времени их работы напрямую с пациентами, а также создание более комфортной среды в поликлиниках для самих пациентов.

Для всей страны – это важнейший пилотный проект, который позволит за полгода полностью переформатировать логистику технологических процессов.

Проект, осуществленный в нескольких региональных медучреждениях, уже признан эффективным и теперь этот опыт будет распространен на другие поликлиники страны. Предполагается, что до 2022 года проект охватит все поликлиники.

Как работает проект «Бережливая поликлиника»?

По аналогии с производством в поликлинике мы встречаемся:

1. С перепроизводством:
 - ненужные или слишком большие отчеты;
 - дублирование информации в некоторых документах;
 - дублирование поручений.
2. С лишними движениями:
 - неудобное расположение мебели и оргтехники;
 - поиск необходимого файла на компьютере, рабочем столе;
 - отсутствие кратких памяток и инструкций.
3. С ненужной транспортировкой:
 - передача документов вручную;

- потеря времени в пути на совещание вместо решения вопроса дистанционно.
- 4. С излишними запасами:
 - залежи давно не используемых бумаг, бланков;
 - накопление нерассмотренных вопросов, задач, документов.
- 5. С избыточной обработкой:
 - наполнение презентаций и отчетов ненужной информацией.
- 6. С ожиданием:
 - большие очереди даже при системе электронной записи;
 - ожидание согласований, принятия решений;
 - медленная работа IT-систем.
- 7. С переделкой или браком:
 - ошибки при подготовке материалов;
 - разные замечания при повторных согласованиях;
 - запрос информации, требующей уточнений и изменения формулировок.

Все перечисленные пункты являются болевыми точками в медицине.

Поэтому в каждой поликлинике начинают именно с изучения болевых точек: проводят анкетирование пациентов, опрос медперсонала, с секундомерами измеряют длительность всех процессов.

Рецепты, предложенные специалистами производственной системы Роксатома, типовые – электронная очередь, компьютеризация поликлиник и т.д. Ускорить работу регистратуры может колл-центр, чтобы сотрудники занимались посетителями и не отвлекались на звонки. Можно сделать запись на прием удаленной, через онлайн-систему. В ней же будет отражаться информация о статусе медуслуги – готовы ли анализы, например.

Другой аспект – маршрутизация и навигация. Можно выдавать информационные путевые карты, где подробно расписывается маршрут человеку, который пришел, допустим, на диспансеризацию. Таблички с указателями, цветовые линии навигации помогут ориентироваться посетителям, а клинике – направлять потоки людей и разделять очереди, прежде всего – больных и здоровых, они не должны пересекаться.

Таким образом, проект основан на трех китах: логистике, организации пациентопотока и временных стандартах процедур. Все процессы подчиняются правилам 5С, известным каждому пэсэристу: убери лишнее, разложи все по местам, приведи в максимальную готовность, стандартизируй и совершенствуй.

Весь процесс визуализируется, что является стандартной практикой для ПСР-предприятий: текущее состояние, проблемы, целевое состояние, предложения.

В Брянской области, как и в других регионах, для участия в проекте выбраны две поликлиники – взрослая и детская.

Несколько слов о Брянской городской поликлинике № 4, включенной в проект «Бережливая поликлиника».

Численность прикрепленного населения Советского района составляет 96022 человек (мужчин – 39401, женщин – 56621), из них трудоспособного возраста – 62780 (мужчин – 30043, женщин – 32737).

Для оказания первичной медико-санитарной помощи поликлиника имеет центральную базу, представленной пятиэтажным зданием в центре Советского района гор. Брянска, и 6 отдаленных отделений и филиалов.

В основном корпусе расположены кабинеты врачей – специалистов: терапевтов участковых, хирургов, онколога, уролога, оториноларингологов, неврологов, офтальмологов, инфекциониста, дерматолога, эндокринологов, отделения: медицинской профилактики, платных медицинских услуг, дневной стационар, ультразвуковой и функциональной диагностики, рентгенологическое.

Кроме этого медицинская помощь населению Советского района в следующих структурных подразделениях:

- 1 терапевтическое отделение (пр.Станке Димитрова, 102),
- 2 терапевтическое отделение (пер.Авиационный, 2),
- филиал № 1 (пр.Станке Димитрова, 106),
- женская консультация и травматолого-ортопедическое отделение (бульвар Гагарина, 16),
- 2-й корпус, в котором расположены клиничко-диагностическая лаборатория, отделение восстановительного лечения, физиотерапевтическое отделение, процедурный кабинет, эндоскопический кабинет (пл. Карла Маркса, 3).

В пяти терапевтических отделениях 55 участков, на которых фактически работают 33 врача – терапевта участковых.

Не стоит забывать, что инструменты производственной системы Росатома не решают:

- проблемы нехватки медицинского персонала,
 - финансирования,
 - уровня заработной платы медицинских работников,
- но дают способы ликвидации любых видов потерь, что должно повысить удовлетворенность пациентов.

Проект рассчитан на шесть месяцев и будет состоять из следующих этапов:

- определение текущего состояния (проблемные моменты),
- постановка целей,
- подготовка плана реализации,
- непосредственная реализация проекта,

- корректировка,
- подведение итогов.

Но, как нам кажется, большую роль в продвижении проекта «Бережливая поликлиника» должна сыграть мотивация персонала на улучшения. Именно с этого момента начали работу в Брянской городской поликлинике № 4: проводили собрания, принимали участия в заседаниях Медицинского совета, Совета сестер, вели персональные разговоры с работниками поликлиники и разработали памятки, объясняющие, что такое проект «Бережливая поликлиника». При старте проекта немаловажно сформировать положительное отношение персонала лечебного учреждения к этой деятельности. При этом подчёркивается ценность активного вовлечения персонала в процесс улучшений. Проект «Бережливая поликлиника» – это командный проект.

Следующим этапом было создание рабочей группы проекта.

В поликлинике создана Рабочая группа из 6 человек, утвержден Регламент организации работы Рабочей группы, в котором определены цели и задачи группы, основные принципы работы, порядок деятельности, а также права и обязанности ее участников.

В состав Рабочей группы входят:

- руководитель
- администратор
- ответственный за визуализацию
- ответственный за улучшение процессов (картирование)
- ответственный за внедрение IT-технологий
- ответственный за стандартизацию.

Заседания Рабочей группы проводятся 1 раз в неделю. В случае необходимости могут проводиться внеочередные заседания.

Основная цель создания Рабочей группы – создание системы методического обеспечения по организации и внедрению проекта «Бережливая поликлиника».

Основные задачи:

1. разработка Тактического плана реализации проекта,
2. осуществление информационного, методического сопровождения процесса внедрения проекта,
3. разработка нормативной документации, регламентирующей реализацию проекта.

4. Функции Рабочей группы:

5. осуществление проблемно-ориентировочного анализа деятельности ГАУЗ «БГП № 4» в части доступности и качества оказания медицинской помощи населению,

6. определение содержания направлений деятельности в рамках проекта, составление планов,

7. участие в разработке локальных актов ГАУЗ «БГП № 4» по внедрению проекта,

8. информирование Медицинского совета, Совета медицинских сестер о ходе и результатах внедрения проекта,

9. изучение опыта внедрения проекта «Бережливая поликлиника» в других медицинских учреждениях,

10. консультация медицинских работников ГАУЗ «БГП № 4» по вопросам внедрения проекта «Бережливая поликлиника» через наглядную информацию, сайт ГАУЗ «БГП № 4», проведение собраний,

11. участие в подготовке отчетности о ходе и результатах внедрения проекта «Бережливая поликлиника».

Большое значение отводится обучению как членов рабочей группы, так и всего коллектива поликлиники принципам бережливого производства, поэтому для сотрудников были разработаны специальные памятки, подготовлен график обучения работников структурных подразделений.

Оптимизация процессов должна проходить комплексно, по всей цепочке оказания медицинской помощи, с участием всего персонала лечебного учреждения.

Информирование пациентов, посещающих поликлинику, об участии в пилотном проекте происходит путем размещения информации в холлах, на официальном сайте поликлиники и СМИ.

А затем некоторых посетителей поликлиники сопровождали волонтеры – студенты Брянского медико-социального техникума имени академика Амосова, которые составляли хронометраж, то есть отслеживали, сколько времени пациент тратит на посещение медучреждения. Причем учитывалось все: время, затраченное на очередь в регистратуру, оформление карты, прием у врача... Это нужно для того, чтобы понять, на каком этапе и на сколько можно сократить потери времени пациентом.

Выявление различных проблем проходит путем анкетирования и установкой листов проблем и предложений отдельно для пациентов и сотрудников.

Анкетирование – достаточно трудоемкий процесс, но он позволяет более качественно выявить проблему, поэтому все разработанные анкеты мы согласовывали с Проектным офисом департамента здравоохранения Брянской области.

При составлении анкет необходимо было определить конкретные вопросы, ответы на которые позволили бы выявлять «узкие места» одной проблемы, а не всего направления.

Первоначально необходимо определить приоритетные (проблемные) направления. Для этого можно использовать несколько подходов (в любом сочетании):

1. Принять решение после открытого обсуждения на общем собрании.
2. Провести анкетирование пациентов и/или персонала медицинской организации.
3. Определить проблематику органом управления здравоохранения.
4. Принять инициативное решение о применении «лучших практик».

Например: определено направление «неудовлетворенность работой регистратуры». Но что конкретно не устраивает: длительность общения с регистратором, информативность, очередь? Необходимо понять суть проблематики, конкретизировать цели.

Количество вопросов в анкете может варьировать в зависимости от структуры медицинской организации, глубины погружения в проблематику процессов.

В нашей анкете, на которую сотрудники отвечали анонимно, было всего пять вопросов:

1. Опишите три наиболее актуальных направления, по которым необходимы улучшения в работе.
2. Какие три аспекта деятельности вашего подразделения более всего нуждаются в улучшении.
3. С какими тремя наиболее существенными проблемами вам приходится сталкиваться при взаимодействии с другими подразделениями.
4. Какие три элемента организации вашего рабочего места требуют улучшения.
5. Влияние каких трех внешних факторов наиболее существенно сказывается на работе поликлиники в целом.

Для руководителей структурных подразделений были разработаны отдельные анкеты.

При обработке результатов анкетирования был составлен рейтинг проблемных процессов в зависимости от количества упоминаний в анкетах. Если есть необходимость, то процесс можно детализировать на более мелкие шаги.

На основании анализа выделяются наиболее приоритетные процессы, которые необходимо оптимизировать в первую очередь.

Количество открываемых проектов будет определяться требованиями руководителя и возможностями поликлиники, а также органа управления здравоохранением. Оптимальное количество – не более 6 проектов. Это позволит оперативно решать проблемы, не рассредоточивать внимание и получить качественные результаты за короткий срок.

Для более четкого понимания сути проблематики в процессе анализа составляется таблица с указанием основных проблем процессов. При этом можно

отследить, какие проблемы являются «сквозными» для всех процессов и предложения по решению одной проблемы реализовать на нескольких процессах.

Следующим этапом было составление дорожной карты и тактического плана реализации проекта.

Проект «Бережливая поликлиника» в Брянской городской поликлинике № 4 рассчитан на период с 15 июня по 25 декабря 2017 года.

Для реализации проекта необходимо еженедельно контролировать сделанные работы, поэтому члены команды проекта составляют еженедельные планы работы.

Самый сложный и трудоемкий процесс в бережливом производстве – это картирование, для чего надо определить ресурсы (и материальные, и человеческие). Первоначально в процессе картирования в Брянской городской поликлинике № 4 принимали участие волонтеры.

Следующий шаг после выбора проблемного процесса – это картирование потока создания ценности (ПСС). Основной целью картирования является графическая визуализация процесса на базе текущей ситуации путем построения схемы всех связей в процессах. Такая схема показывает: 1) процесс и взаимоотношения между всеми участниками в процессе, от первой до последней операции,

2) каждую операцию и связанные с ней элементы.

Поскольку ключевой критерий оптимизации процесса – это время протекания, то каждый из элементов процесса необходимо хронометрировать. Важно определить, сколько времени занимает та или иная операция. Для этого используется процедура хронометража.

Описываются поток создания ценности на конкретных рабочих местах в рамках лечебного учреждения. Параметрами оценки могут быть и параметры среднего уровня и дополнительные виды оборудования, и его расположение, количество персонала, его перемещение и расстановка, размер занимаемых площадей и др.

Часто поток создания ценности не является линейным и предполагает наличие на определенных этапах входов информации, документов, потоков пациентов, других входящих элементов, которые тоже целесообразно описать. Описывать смежные потоки можно как на разных картах, так и на одной карте.

Результатом этой работы должны стать составленные карты текущего и целевого состояний.

Анализ потерь происходит путем составления сводной таблицы по потерям на каждом элементе процесса или составлением диаграммы Парето (для выделения проблем, требующих решения в первую очередь).

Интересна работа по реализации и визуализации улучшений. Все этапы проводимых работ должны быть наглядны (например, ежедневный фотоотчет); получаемые результаты должны быть информативны и сравнимы (видна динамика улучшений) и, безусловно, постоянный контроль достижения цели.

Для организации рабочего места в бережливом производстве применяется технология 5С, которая может быть использована для:

1. оптимальной расстановки мебели;
2. оптимальной расстановки офисной техники;
3. систематизации бумажных документов;
4. систематизации компьютерных файлов;
5. визуализации и др.

Оптимальная организация как рабочего места, так и рабочего пространства позволит максимально сократить такие типы потерь, как: лишние перемещения и лишние движения, а также повлиять на другие типы потерь.

Целями разработки стандартов для развития являются:

1. Повышение безопасности труда.
2. Улучшение условий труда.
3. Повышение производительности труда.
4. Снижение производственных затрат.

Разработанные и внедренные регламенты выполнения стандартных операций отражают оптимальный способ выполнения той или иной работы и служат основой для дальнейшей оптимизации.

Стандарт позволяет:

1. Обеспечить упрощение функций. В стандарте все сложные действия должны быть прописаны в виде простых, однозначно трактуемых действий.

2. Обеспечить базу для обучения. Разработанный стандарт является документом, на основании которого любой сотрудник, последовательно выполняя обозначенные действия, может выполнить заданную работу.

3. Обеспечить базу для аудита. Стандарт дает возможность проверить, насколько качественно сотрудник выполняет действия: любое отклонение является нарушением.

4. Предотвратить возникновение проблем. Четко выполняя операции, обозначенные в стандарте, сотрудник должен качественно выполнить работу, тем самым исключив возникновение ошибок. Стандарт должен быть:

1. Визуально понятным.
2. Легко читаемым.
3. Включающим только имеющиеся материалы и инструменты.

4. Проверенным и одобренным работниками и их руководителями. Согласование стандарта с непосредственными исполнителями позволит внести

все корректировки и замечания до его введения в действие. Замечания участников, знающих все нюансы процесса, помогут довести стандарт до идеала.

5. Удовлетворяющим требованиям безопасности и качества. При оформлении стандарта необходимо учесть все особенности процесса, которые могут повлиять на качество выполняемой работы. Они должны быть прописаны в стандарте более детально. Стандарты чаще всего представлены в виде алгоритмов, должностных инструкций, регламентов и локальных нормативных актов.

Стандартизированная работа является инструментом совершенствования процессов, позволяющим отслеживать улучшения в динамике. Использование стандартов способствует применению методов постоянного совершенствования процессов.

Наиболее эффективно использовать стандарт на действия (работу), которые часто повторяются. Стандарт должен ответить на вопрос – «что мне надо сделать, чтобы?» Для этого в разработанный стандарт можно включить описание последовательности действий со всеми необходимыми шаблонами и бланками. При этом для каждого шаблона необходимо указать пример правильного заполнения.

Стандарт может быть разработан и на более мелкие работы. Стандарт по работе с оргтехниккой позволяет каждому сотруднику без вопросов выполнять действия, связанные с заменой картриджа, двусторонней печатью документа и т.д. Визуализация действий в виде фотографий, акценты на важных местах (на какую кнопку нажать) позволит качественно и без отклонений выполнить задачу. Стандарт должен быть небольшим, структурированным, актуальным и понятным для каждого сотрудника. В нем должна быть изложена последовательность действий по выполнению.

Одна из основных задач проекта – создание доброжелательной атмосферы в учреждении. Создание в учреждениях первичного уровня, которые работают в амбулаторных условиях, особой атмосферы дружелюбия, комфортности для населения и желания приходить туда и заниматься собственным здоровьем, в том числе, когда нет очевидных проблем – с профилактических позиций.

Таким образом, результаты, которые могут быть достигнуты при реализации проектов:

1. Сокращение времени ожидания пациентом получения услуг.
2. Повышение удовлетворенности пациентов качеством и сроками получения услуг.
3. Обеспечение равномерного сбалансированного распределения функциональных обязанностей между врачами и средним медперсоналом, а также распределения функций персонала внутри отдельных структурных подразделений (например, регистратуры, клинической лаборатории и др.).

4. Оптимизация информационных потоков, в т.ч. повышение эффективности медицинской информационной системы, устранение дублирования и избыточного ручного труда при вводе информации в медицинские информационные системы.

5. Формирование рациональных потоков пациентов в зависимости от цели посещения медицинской организации.

6. Стандартизация лечебно-диагностических процессов на базе «лучших практик» и снижение их вариабельности.

7. Эффективное использование площади медицинской организации.

8. Прозрачность организации лечебно-диагностических процессов для пациентов и для руководителей.

9. Формирование компетенций персонала лечебного учреждения по быстрому выявлению проблем и их устранению.

10. Создание образцов выстраивания эффективных потоков для тиражирования их на другие медицинские организации.

11. Выявление среди персонала лидеров изменений, способных проводить улучшения на основе проектного подхода.

12. Устранение всех видов потерь в процессах (ожидание, лишние отчетные и учетные документы, лишние хождения, брак и т.д.).

Проект, реализованный в других регионах в короткие сроки и за сравнительно небольшие средства, дает нам обнадеживающие прогнозы, ведь мы действительно хотим сократить время, которое пациент проводит в поликлинике, оптимизировать работу регистратуры, врачей и лаборатории, а также создать доброжелательную атмосферу в учреждении.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА И ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК УСЛОВИЕ ПОСТОЯННОГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ

**И. Н. Санникова – заведующая научно-методическим
консультативным центром**

ГБПОУ «Кемеровский областной медицинский колледж»

Стремление специалистов сестринского дела к накоплению знаний и умений, повышению престижа профессии, усовершенствованию организации профессиональной деятельности, освоению новейших технологий явилось побудительным мотивом к созданию и 2001 году распоряжением Губернатора

Кемеровской области и приказом Департамента охраны здоровья населения научно-методического консультативного центра (НМКЦ) при ГБПОУ «Кемеровский областной медицинский колледж».

Важнейшей задачей центра является формирование медицинской сестры новой формации, высококвалифицированного специалиста, способного к принятию решения в пределах своей компетенции, обладающего самостоятельностью.

НМКЦ выполняет координирующую функцию между практическим здравоохранением и учебными заведениями, определяя приоритетные проблемы сестринского персонала лечебного учреждения, задавая тематику научно-исследовательской и педагогической деятельности преподавателей учреждений СПО медицинского профиля.

В НМКЦ созданы нормативная и законодательная база по здравоохранению, фонд методических и инструктивных писем, пособий по направлениям деятельности сестринского персонала, управлению качеством медицинской помощи; разработаны комплекты организационно-методических материалов по направлениям и видам деятельности сестринского персонала.

Все эти документы предоставляются по запросам специалистов сестринского дела на бумажных или электронных носителях.

Специалисты Центра плодотворно работают в обучающем направлении. Формы обучения разнообразные: проблемные лекции, семинары по важнейшим вопросам здравоохранения и тематические циклы для городских и областных лечебно-профилактических учреждений.

Актуальны в ЛПУ и мастер-классы, которые проводятся при активном участии специалистов практического здравоохранения.

Тематика семинаров и циклов предлагается научно-методическим консультативным центром или определяется непосредственно главными и старшими сестрами лечебно-профилактических учреждений.

Тесное сотрудничество НМКЦ с лечебно-профилактическими учреждениями состоит и в организации экспериментальных площадок на базах ЛПУ по внедрению инновационных сестринских технологий, таких как «Эргономика и биомеханика», «Паллиативные инновации».

В деятельности НМКЦ определяется направление научных исследований в сестринском деле как одно из приоритетных. Исследования, проводимые в тесном сотрудничестве с медицинскими сестрами, акушерками, фельдшерами, касаются вопросов изучения социально-трудовых и социально-психологических характеристик специалистов, готовности сестринского персонала к внедрению инновационных технологий – являются неотъемлемым элементом совершенствования медсестринской профессии.

Любой специалист сестринского дела может получить консультации по вопросам организации внедрения новых сестринских технологий, созданных на основе обобщения опыта работы медицинских сестер лечебно-профилактических учреждений города и области. Организуются консультации специалистов сестринского дела при подготовке докладов для выступления на конференциях различного уровня, по подбору материалов для проведения занятий с младшим медицинским персоналом и молодыми специалистами по подготовке и проведению посвящения в профессию и международных дней медицинской сестры и акушерки.

В Центре действует постоянный методический совет, в состав которого входят сотрудники колледжа и руководители сестринских служб лечебно-профилактических учреждений города и области, президент профессиональной ассоциации медицинских сестер Кузбасса. На совете обсуждаются вопросы методического сопровождения профессиональной сестринской деятельности, что, несомненно, влияет на качество оказания сестринской помощи, а так же вопросы по подготовке и проведению городских, областных и региональных научно-практических конференций.

Таким образом, сотрудники научно-методического консультативного центра с удовольствием предоставляют специалистам сестринского, лечебного, акушерского дела возможность получать необходимую методическую помощь, информацию и литературу, консультироваться и обмениваться опытом, что позволяет непрерывно совершенствовать знания, повышать квалификацию и улучшать качество работы.

ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Т. Н. Сидорова – главная медицинская сестра

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Брянская городская детская больница № 1»*

Законодательной основой осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности являются положения Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В статье 87 говорится о контроле качества и безопасности медицинской деятельности. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в следующих формах: государственный контроль; ведомственный контроль; внутренний контроль.

В статье 90 указаны основные разделы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации: система управления персоналом, медицинские кадры, компетентность и компетенции, идентификация личности пациентов, эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)), лекарственная безопасность, фармаконадзор, контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий, организация экстренной и неотложной помощи в стационаре, организация работы приемного отделения, преемственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациентов в рамках одной МО и трансфер их в другие МО. Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами. Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови. Безопасность среды в МО, организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений. Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения).

Ключевым документом, интерпретирующим концепцию внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, являются «Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре)», Росздравнадзор, 2015 г.

Важно то, что все представленные направления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности не могут эффективно реализовываться без активного участия среднего медицинского персонала. Причем по некоторым направлениям, например, по обеспечению безопасности среды в медицинской организации, эпидемиологической безопасности, роль среднего медицинского персонала представляется ведущей.

Совокупность характеристик, отражающих безопасность составляющих медицинскую деятельность работ (услуг), ресурсов, в том числе кадровых и материально-технических, безопасность медицинских изделий, лекарственных средств, условий оказания медицинской помощи

Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП))

Основными документами, определяющими меры по обеспечению эпидемиологической безопасности при осуществлении медицинской деятельности в РФ, являются:

– СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно – эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»;

– Национальная Концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 6 ноября 2011 г.);

– Федеральные клинические рекомендации по вопросам обеспечения эпидемиологической безопасности, утвержденные Национальной ассоциацией специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ») и согласованные с Профильной комиссией Министерства здравоохранения Российской Федерации по эпидемиологии.

Эпидемиологическая безопасность медицинской помощи – «состояние, характеризующееся совокупностью условий, при которых отсутствует недопустимый риск возникновения у пациентов и медицинского персонала заболевания инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП), а также – состояния носительства, интоксикации, сенсибилизации организма, травм, вызванных микро- и макроорганизмами и продуктами их жизнедеятельности а также культурами клеток и тканей.

Термин «инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи (ИСМП)», являясь более точным в сравнении с ранее существовавшим – внутрибольничные инфекции (ВБИ), настоящее время используется как в научной литературе, так и публикациях ВОЗ и документах большинства стран мира. Общим критерием для отнесения случаев инфекций к ИСМП является непосредственная связь их возникновения с оказанием медицинской помощи (лечением, диагностическими исследованиями, иммунизацией и т.д.). Именно поэтому к ИСМП относят случаи инфекции, не только присоединяющиеся к основному заболеванию у госпитализированных пациентов, но и связанные с оказанием любых видов медицинской помощи (в амбулаторно – поликлинических, образовательных, санаторно – оздоровительных учреждениях, учреждениях социальной защиты населения, при оказании скорой медицинской помощи, помощи на дому и др.), а также случаи инфицирования медицинских работников в результате их профессиональной деятельности.

Группы показателей оценки эпидемиологической безопасности (рекомендации Росздравнадзора): организация системы обеспечения эпидемиологической безопасности; система активного выявления, учета и регистрации, анализа ИСМП среди пациентов и персонала; система проведения микробиологических исследований (включая случаи подозрения на ИСМП); система микробиологического мониторинга; организация системы стерилизации МИ в МО; система обеспечения эпидемиологической безопасности среды; обеспечение эпидемиологической безопасности медицинских технологий (при инвазивных вмешательствах); сокращение длительности пребывания в стационаре; порядок оказания помощи пациентам, требующим изоляции (с инфекциями,

передающимися воздушно-капельным путем, опасными инфекциями); наличие полностью оборудованных мест для мытья и обработки рук; соблюдение правил гигиены рук персоналом, пациентами и посетителями; соблюдение персоналом алгоритма использования индивидуальных средств защиты; система профилактики ИСМП у медицинского персонала; рациональное использование антибактериальных ЛС для профилактики и лечения; система информации по вопросам профилактики ИСМП; комплекс противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции в МО.

Рекомендации Росздравнадзора содержат 16 групп показателей оценки эпидемиологической безопасности медицинской деятельности, из которых, часть имеет прямое отношение к работе среднего медицинского персонала.

Организация системы стерилизации медицинских изделий (МИ) в медицинской организации. Современное центральное стерилизационное отделение должно иметь 3 зоны: «грязную», «чистую» и «стерильную».

«Грязная» зона – это помещения, в которых находится использованный инструментарий и материалы; представлены комнатой для приема материала в контейнерах из отделений и двумя моечными помещениями – одно для непосредственно инструментов и материалов, а другое – для транспортных тележек, на которых осуществляется перевозка контейнеров по лечебному учреждению. «Грязная» зона сообщается с «чистой» только через моечные автоматы проходного типа и посредством закрывающегося передаточного окна (для передачи инструментов, вымытых, продезинфицированных и высушенных вручную). В состав «грязной» зоны целесообразно включить гардероб для верхней одежды и санузел общего пользования.

«Чистая» зона – это те помещения, что расположены непосредственно за мойками. Там находятся инструменты и материалы уже чистые, но еще не стерильные. К этим помещениям относятся комнаты упаковки и подготовки к стерилизации инструментов, подготовки и упаковки текстиля, изготовления перевязочных материалов, различные складские помещения и комнаты для персонала, одетого в спецодежду (халаты, головные уборы, специальная обувь). Вход в «чистую» зону осуществляется через санпропускник.

«Стерильная» зона – это, собственно, склад простерилизованного материала. Он отделен от «чистой» зоны проходными стерилизаторами. Это помещение особой чистоты, куда вход разрешен только через санпропускник, строго ограниченному персоналу, в специальной одежде, к примеру, обязательно в масках.

Предусматриваются также служебные помещения, изолированные от функциональных. Это коридоры, канцелярия, комната персонала, не одетого в спецодежду, комната подготовки воды и др.

Помещения необходимо распланировать таким образом, чтобы потоки грязных, чистых и стерильных материалов и инструментов не пересекались.

Система обеспечения биологической безопасности среды:

1. Наличие и исправность специального оборудования (моечно-дезинфекционные машины, судно-моечные машины, дезинфекционные камеры);
2. Проведение камерной дезинфекции постельных принадлежностей;
3. Оценка контроля дезинфекции;
4. Наличие алгоритма выбора дезинфицирующих средств, обоснованность выбора дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции;
5. Наличие системы расчета потребности МО в дезинфицирующих и антисептических средствах;
6. Наличие дезинфицирующих и антисептических средств в соответствии с расчетными показателями;
7. Наличие оборудования для дезинфекции в соответствии с нормативными документами;
8. Наличие системы клининга, включая наличие СОПов уборки помещений различных видов;
9. Наличие системы обращения с отходами в соответствии с нормативными документами.

Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинских технологий (при инвазивных вмешательствах):

1. Наличие и регулярное обновление СОПов инвазивных процедур. Ответствие СОПов федеральным клиническим рекомендациям/протоколам/стандартам, регулярность обновления.
2. Наличие и исполнение алгоритма профилактики инфекции при катетеризации сосудов.
3. Наличие и исполнение алгоритма профилактики инфекции при катетеризации мочевого пузыря.
4. Наличие и исполнение алгоритма профилактики инфекции при оперативных вмешательствах.
5. Наличие и исполнение эпидемиологически безопасного алгоритма ухода за послеоперационной раной.
6. Наличие и исполнение эпидемиологически безопасного алгоритма профилактики инфекции при ИВЛ.

Наличие полностью оборудованных мест для мытья и обработки рук: отдельная раковина, кран с локтевым смесителем, горячая вода, схема мытья рук, жидкое мыло, антисептик, одноразовые полотенца, ведро с крышкой и ножным механизмом открывания, наличие дополнительных дозаторов с антисептиком. Оценка порядка контроля исправности оборудования для мытья

рук, наличия расходных материалов и их соответствие расчетному количеству. Исполнение алгоритма мытья и обработки рук в соответствии со стандартами и федеральными клиническими рекомендациями. Наличие/отсутствие украшений на руках у персонала (браслеты, кольца, перстни), накладные ногти, повреждения кожных покровов и т.д. Система обучения персонала (план, журнал с результатами тестирования, охват – 100 %). Информирование пациентов и посетителей о правилах гигиены рук.

Система профилактики ИСМП у медицинского персонала:

1. Наличие алгоритмов действий при аварийной ситуации (случаев контакта с биологическими жидкостями, при повреждении кожных покровов и слизистых оболочек и др.).
2. Наличие журналов регистрации аварийных ситуаций, аккуратность заполнения, ответственные.
3. Система аудита аварийных ситуаций.
4. Экспресс – тестирование пациентов на ВИЧ в соответствии с алгоритмами при наличии показаний.
5. Наличие АРВ (антиретровирусных) препаратов в расчетном количестве.
6. Доступность АРВ препаратов 24/7/365
7. Программа вакцинации персонала против инфекций в соответствии с национальным календарем прививок.
8. Наличие и доступность вакцины против гепатита В и иммуноглобулина для проведения экстренной профилактики.
9. Регулярное обучение персонала методам профилактики заражения ИСМП.

НЕЗАВИСИМАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

А. А. Романова

Главный консультант департамента здравоохранения Брянской области, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью, г. Брянск

Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями является одной из форм общественного контроля и проводится в целях предоставления гражданам информации о качестве оказания услуг медицинскими организациями, а также в целях повышения качества их деятельности. Для проведения социологического опроса применяются критерии качества работы организаций: открытость и доступность информации об организации, комфортность условий и доступность получения социальных услуг, время

ожидания в очереди при получении социальной услуги, доброжелательность, вежливость и компетентность работников организации, удовлетворенность качеством обслуживания в организации.

Нормативные правовые документы:

Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»

Федеральный закон от 21.07.2014 № 256-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования»

Приказ Минздрава России от 14.05.2015 № 240 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями»

Приказ Минздрава России от 30.12.2014 № 956 «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Приказ департамента здравоохранения Брянской области от 23.12.2015 года № 921 «Об исполнении приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 мая 2015 года № 240».

Обязанности медицинской организации:

1. Обеспечить возможность выражения пациентами мнений о качестве оказания услуг на бумажных носителях.

2. Ежемесячная передача данных с накопительным итогом в ИС.

3. Размещение на официальном сайте МО необходимой информации: нормативные правовые документы по независимой оценке, качества, ссылку на анкеты Минздрава.

Итоги проведения опроса

До 1 ноября ведется сбор анкет в электронном виде и на бумажном носителе

До 1 декабря на основании информации предоставленной на официальном сайте МО и результатах анкетирования, рассчитываются для каждой МО показатели, характеризующие общие критерии оценки качества

Размещается информация о результатах независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями и решение по улучшению качества работы на сайте департамента здравоохранения www.brkmed.ru

ОПЫТ РАБОТЫ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ В СЕЛЬСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ НА ПРИМЕРЕ ОТДЕЛЕНИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА. КАЧЕСТВО И ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ

О. А. Третьякова – главная медицинская сестра

ГБУЗ «Севская центральная районная больница»

Старение населения – закономерный процесс, связанный со снижением смертности и рождаемости. По данным ООН, доля людей 60 лет и старше в мире в 2015 г. составила 20 %, к 2025 г. она увеличится до 24 %, к 2050 г. – до одной трети. Доля пожилого населения в России близка к показателю наиболее развитых стран и существенно выше, чем в среднеразвитых. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) население в возрасте от 60 до 74 лет отнесено к пожилому, от 75 до 89 лет – к старшему, а от 90 лет и старше – к долгожителям. В силу естественного старения организма проявляется ряд хронических заболеваний, растет удельный вес лиц, нуждающихся в постоянном медицинском наблюдении и уходе.

Основные особенности и проблемы людей пожилого возраста: проблемы со здоровьем. Уровень заболеваемости увеличивается в 2 раза в возрасте 60–74 лет, а после 75 – в 6 раз. Согласно статистике, на одного пожилого человека в нашей стране приходится 2–4 болезни. Кстати, расходы на лечение в два раза выше, чем у молодых людей. Процесс старения вызывает истончение кожи. Она становится сухой, дряблой, появляются морщины, её просто травмировать, она часто трескается, а заживает очень плохо. Волосы в течение жизни изменяются по гормональным, иммунным, генетическим причинам. Из-за изменений в фолликулах цвет волос теряется, они становятся редкими и ломкими. Уменьшается количество мышечной ткани, что вызывает снижение активности и трудоспособности людей пожилого возраста. Из-за быстрой утомляемости им тяжело выполнять какую-либо работу и доделывать начатое до конца. Нарушается походка. Вы наверняка замечали, что пожилые люди ходят очень медленно, неустойчиво. Походка шаркающая, а шаг короткий. Да и повернуться для бабушек и дедушек – целая проблема, они делают это неуклюже. Легочная ткань теряет свою эластичность. У пожилых людей часто бывает застойная пневмония, вызванная сниженной бронхиальной проходимостью, нарушением «очистительной» функции бронхов, плохой вентиляцией лёгких. Материальное положение. Имеются трудности в приобретении лекарственных средств, медицинской техники (инвалидных колясок, протезов), оплате дорогостоящих видов медицинской помощи, реабилитации,

санаторно-курортного лечения. Отмечается недостаточная материальная поддержка со стороны государства (предоставление пособий, льгот).

Одиночество – ещё одна актуальная проблема. У многих пожилых людей нет полноценного общения с друзьями и даже родственниками. Это объясняется тем, что у них происходит постепенное сужение круга общения, ведь деловые связи со временем теряются, а болезни заставляют забыть о друзьях и приятелях. Родственники умирают, а уход из жизни одного из супругов – самая распространённая причина одиночества.

Психологические проблемы:

Потеря социальной полноты жизни. Люди пожилого возраста часто самоизолируются, то есть прекращают общаться с близкими и друзьями. Психологическая защита, которая вызывает сковывание разума и чувств. Она помогает пожилому человеку обрести временное внутреннее спокойствие. Однако психологическая защита приводит к тому, что престарелые люди отказываются принимать любые новшества, которые не входят в их привычное понимание вещей.

– Своеобразное ощущение времени. Разумеется, люди пожилого возраста живут в настоящем. Но оно наполнено воспоминаниями из прошлого и страхами о будущем. Это приводит к тому, что пожилой человек становится более осторожным, запасаает всё впрок. Жизнь превращается в однообразное течение дней. Престарелым людям приходится подготавливаться морально даже к простым делам, к примеру, походу в аптеку, посещению врача, звонку детям и пр.

– Проявляются некоторые отрицательные качества, которые в молодости проявлялись не так явно. Пожилые люди превращаются в более обидчивых, сварливых, раздражительных, вспыльчивых.

Рост численности населения старших возрастных групп, наличие характерных особенностей возраста и имеющихся проблем неизбежно приводит к увеличению количества обращений данной категории граждан за медицинской помощью. Потребность в амбулаторно-поликлинической помощи у пожилых в 2–4 раза выше, чем у лиц трудоспособного возраста, а уровень госпитализации составляет около 165 на 1000 человек, что несколько ниже реальной потребности. В настоящее время в стационарных учреждениях здравоохранения наблюдается тенденция сокращения длительности пребывания больного на койке.

Для повышения качества обслуживания людей пожилого и старческого возрастов, а также для более рационального использования коечного фонда учреждения путем его дифференциации по степени интенсивности лечения и ухода создаются отделения сестринского ухода (ОСУ).

ОСУ—это стационарное учреждение, предназначенное для проведения курса поддерживающего лечения больным преимущественно пожилого и старческого возраста и одиноким, страдающим хроническими заболеваниями и нуждающимся в медицинской и социальной помощи.

С 2009 года было организовано Отделение сестринского ухода на базе Подвыотской участковой больницы, которое является структурным подразделением ГБУЗ «Севская ЦРБ». ОСУ рассчитано на 15 коек.

Деятельность отделения сестринского ухода регламентируется действующим законодательством, Положением, уставом медицинской организации, приказами медицинской организации.

Основные задачи отделения сестринского ухода: приближение медицинской помощи к отдаленным сельским поселениям. курс поддерживающего лечения, т.е. оказание сестринской помощи больным преимущественно пожилого и старческого возраста, одиноким, страдающим хроническими заболеваниями и нуждающимся в медицинском и социальном уходе; своевременная диагностика осложнений и обострений хронических заболеваний; оказание экстренной помощи; уход и круглосуточное наблюдение больных, оказавшихся в беспомощном состоянии, независимо от возраста и диагноза; психологическая помощь пациенту; обеспечение сбалансированного питания с учетом диагноза и состояния пациента;

Противопоказаниями для направления пациентов в отделения сестринского ухода являются:

- активные формы туберкулеза;
- острые психозы;
- онкологические заболевания, требующие проведения специфического лечения;
- острые инфекционные заболевания;
- венерические заболевания;
- urgentные состояния, вызванные острыми и хроническими заболеваниями;
- инфекционные хирургические заболевания (раны, пролежни и др.), требующие хирургической обработки;
- хронические заболевания, требующие ежедневного врачебного наблюдения.

Структура отделения сестринского ухода

Отделение сестринского ухода может включать в себя: -помещения для руководства отделения и отдыха медперсонала; -палаты для круглосуточного пребывания; -процедурные кабинеты; -помещения для раздачи и приема пищи; -санитарные узлы; -хозяйственный блок.

Персонал отделения: врач-терапевт по совместительству, делает врачебные назначения не реже 1 раза в неделю, 4 медицинских сестры, из них: 1 старшая медицинская сестра; сестра – хозяйка, 4 младших медицинских работника. В ОСУ работают опытные медицинские кадры, чей стаж работы в здравоохранении в среднем составляет 25 лет. Старшая медицинская сестра ОСУ имеет высшую квалификационную категорию по специальности «Организация сестринского дела».

Источниками финансирования отделения являются средства, полученные из регионального бюджета (основные средства), а также средства благотворительных фондов, добровольных пожертвований общественных, религиозных организаций.

Среднее пребывание пациентов за предыдущий год 23 дня. В отделении предоставляется стационарная помощь пожилым пациентам, нуждающихся в длительном уходе и наблюдении – от 1 до 3 месяцев и более.

Условия предоставления медико-социальной помощи осуществляют по направлению и согласованию с главным врачом- врачи первичного звена, врачи стационаров, социальные работники.

Размещение пациентов производится в палатах на 2–4 койко-места;

Организацию питания больного, проведение лечебных манипуляций, лекарственное обеспечение осуществляют с момента поступления в стационар;

Выписки пациентов из отделения сестринского ухода

Основными критериями окончания пребывания пациента в стационаре являются: отсутствие показаний для круглосуточного наблюдения и лечения (стабилизация состояния, улучшение, выздоровление или оформление в учреждение социального обеспечения)

пациенты отделения сестринского ухода выписываются под наблюдение медицинской участковой службы и служб социального обеспечения по месту жительства, после их предварительного извещения.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА «ВОРОНЕЖ – МОЯ ПОЛИКЛИНИКА»

Ю. М. Дрокина – главная медицинская сестра

*Бюджетное учреждение здравоохранения
«Воронежская городская клиническая поликлиника № 4»*

С целью совершенствования организации амбулаторно-поликлинической помощи в городе Воронеже среди населения проведен широкомасштабный опрос–краудсорсинг.

По результатам краудсорсинга начата реализация пилотного проекта «Воронеж. Моя поликлиника» в 4-х медицинских учреждениях. Основными направлениями проекта явились модернизация медицинской помощи, оказываемой в поликлинике и на дому, обеспечение доступности и плановости в организации приема пациентов.

«Воронежская городская клиническая поликлиника № 4» является самым крупным лечебно-профилактическим учреждением города Воронежа, оказывает медицинскую помощь 187 000 населения.

В рамках проекта проведен ряд преобразований. С целью обеспечения плановости приема врачей внедрена электронная запись, услугами которой воспользовались с 2016 по 2017 года более 300 000 человек. Внедрены современные информационные системы, закуплены инфоматы, компьютеризированы 518 рабочих мест, проведена локальная сеть, связывающая все структурные подразделения. Данные мероприятия легли в основу работы с электронной амбулаторной картой и значительно сократили потоки пациентов, обращающихся для записи на прием непосредственно в регистратуру.

Регистратуры были преобразованы в стойки информации, несущие функции не только записи на прием, но и справочной службы. Отдельно от регистратур созданы картохранилища, для которых разработана программа движения амбулаторной карты, позволяющая оперативно отследить местонахождение амбулаторной карты, обеспечить их сохранность, убрать очереди перед регистратурой, сократить время пребывания пациента в поликлинике.

Впервые организована работа шести сестринских постов в терапевтических отделениях. Спектр медицинской помощи, оказываемой на посту включает до 30 видов услуг. За 2016–2017 года на сестринские посты обратились более 26 000 человек. Мы убедились в эффективности работы данных структурных подразделений. Только за счет предварительного обзвона пациентов, записавшихся на прием – 26 % из них были перенаправлены на пост, что высвободило до 20 % времени врача на других профильных больных. Работа постов значительно сократила время пребывания пациента в поликлинике и обеспечила доступность медицинских услуг. Для обеспечения плановости в работе участковых врачей и организации приема точно по времени, указанном в талоне, организована работа кабинетов дежурных врачей: терапевта, хирурга, акушера – гинеколога, педиатра. Они ведут прием внеплановых, экстренных больных, что позволяет обеспечить медицинскую помощь пациентам в день обращения.

Для решения задачи своевременности обслуживания вызовов на дому создан Колл-центр, который несет функции обработки вызовов, консультирования пациентов и записи на прием. Организованы мобильные бригады

в терапевтических отделениях. Машины мобильных бригад оснащены оборудованием спутникового мониторинга движения «Глонасс». Система позволяет в режиме реального времени координировать маршрут движения транспорта. Работа мобильных бригад позволила увеличить часовой интервал работы терапевта на приеме до 6 часов, тем самым улучшив доступность медицинской помощи пациентам в поликлинике. Особое внимание уделено вызовам к хроническим больным, которые в дальнейшем передаются в терапевтические отделения. Созданная система динамического наблюдения за больными с хроническими заболеваниями позволила сократить количество вызовов «скорой помощи» в 2016 году на 7000 вызовов (с 39 тыс. до 32 тыс.), число вызовов участкового врача на 19,7%.

В систему динамического наблюдения входит патронажная, паллиативная помощь, организация дневных стационаров. Медицинские сестры осуществляют инъекции, перевязки, проводят диагностические и лабораторные исследования, обучают родственников правилам ухода за больными, консультируют по вопросам социальной помощи.

Для оказания паллиативной медицинской помощи проведено усовершенствование медицинских сестер. Данный вид помощи пациентам на дому в определенной степени улучшает качество жизни маломобильной группы пациентов.

Для обеспечения доступности населения организована предварительная запись и прием по времени в наиболее «проблемных» кабинетах поликлиники (флюорокабинет, кабинеты забора крови). Проведена модернизация лабораторной службы, для чего закуплено современное оборудование, позволяющее делать широкий спектр исследований по утвержденным стандартам. Установлена программа ЛИС. Мощность лаборатории позволяет производить свыше 4 млн исследований. Данные меры решили проблему обеспечения населения лабораторными исследованиями, исключили ошибки, увеличили скорость регистрации и выдачу результатов анализов.

Поликлиника работает в шестидневном рабочем режиме, что дает возможность выравнять нагрузку на службы в течение недели и обеспечить оказание медицинской помощи работающей категории граждан. Для расширения информационного поля об учреждении созданы информационные и навигационные стенды на всех этажах, на экранах в холлах. Созданы зеленые зоны в отделениях, что позволило обеспечить доступность и комфорт для пациентов. Нами проводится мониторинг опроса населения посредством независимого анкетирования проводимых преобразований. По результатам мониторинга на вопрос «удовлетворяет ли качество медицинской помощи?» ответили – «да» в 2016 г – 48,6 %, в 1 полугодии 2017 г – 75,2 %. Отношение медицинского персонала

оценили «с вниманием и участием» в 2016 г. – 56,8 % респондентов, в 2017 г. – 79,9 %. Работой регистратуры удовлетворены – 73 % респондентов. Реализация проекта «Воронеж – моя поликлиника» изменила привычное представление о поликлинике, как у пациентов, так и у медицинского персонала. Наряду с педантичным выполнением стандартов медицинской помощи появилось творческое, «живое» отношение к работе, что не измерить только экономическими показателями, хотя нами просчитан и экономический эффект от внедрения проекта.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ. ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Л. А. Третьякова

*Президент Брянской региональной общественной организации
«Ассоциация сестринского персонала Брянщины»,
руководитель регионального исполкома ОНФ в Брянской области,
заместитель председателя Брянского городского Совета
народных депутатов*

В настоящее время медицинская помощь населению Российской Федерации оказывается в 9620 учреждениях здравоохранения, в том числе в 5285 больницах, 1152 диспансерах, 2350 самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждениях, 833 самостоятельных стоматологических поликлиниках.

Первичная медико-санитарная помощь – совокупность медико-социальных и санитарно-гигиенических мероприятий, обеспечивающих оздоровление, профилактику неинфекционных и инфекционных заболеваний, лечение и реабилитацию населения. Первичная медико-санитарная помощь представляет первый этап непрерывного процесса охраны здоровья населения, что диктует необходимость ее максимального приближения к месту жительства и работы людей. Основным принципом ее организации является территориально-участковый.

Несмотря на развитую сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, существующая система первичной медико-санитарной помощи не способна удовлетворить потребности населения страны и современного общества.

Службы, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, остаются функционально перегруженными и малоэффективными. Это связано с:

- неадекватно высокой численностью населения, прикрепленного к 1 амбулаторному участку (номинально в крупных городах – 1800-2500 человек на 1 участок, фактически – до 4000 человек), что трансформирует функции

врача в функции оператора по выписке рецептов на лекарственные препараты в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения;

– расширенным объемом лечебной работы при острой патологии. Самолiquidация кабинетов доврачебной медицинской помощи усугубила перегрузку выполнения функции врачебной должности.

С учётом длительного времени ожидания приёма, неудобного графика работы государственных и муниципальных амбулаторных учреждений здравоохранения (преимущественно в будние дни) доступность первичной амбулаторно-поликлинической медицинской помощи для работающего населения оказывается низкой. Отсутствуют взаимодействие и преемственность в работе отдельных подразделений первичной медико-санитарной помощи, что приводит к недостаточной эффективности ее работы в целом.

Особенного внимания требует тот факт, что недостатки в планировании и организации работы участкового врача, а также современные принципы оплаты труда не позволяют первичному звену медицинской помощи выполнять основную, наиболее важную для охраны здоровья населения, функцию – профилактики заболеваемости.

Несовершенства в работе амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения, в частности, отсутствие системы патронажа и неэффективное наблюдение за больными с хронической патологией привели к тому, что скорая медицинская помощь является самым распространенным видом оказания внегоспитальной медицинской помощи населению страны, взяв на себя часть функций амбулаторно-поликлинического звена.

Структура медицинских учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь в Брянской области

В Брянской области функционирует 82 медицинских организации, в том числе 48 бюджетных, 1 казенное, 33 государственных автономных учреждения здравоохранения. С 01.01.2011 года все учреждения здравоохранения Брянской области являются государственными.

Медицинская помощь населению оказывается в 73 медицинских организациях. На территории Брянской области первичную медико-санитарную помощь населению оказывают 11 самостоятельных поликлиник, 25 поликлиник, входящих в состав ЦРБ и 1 поликлиника в составе участковой больницы, 9 поликлиник при городских больницах (из них взрослые – 7; детские – 2). Основной структурой, оказывающей первичную медицинскую помощь сельским жителям, являются 591 фельдшерско-акушерский пункт, 54 офиса врача общей практики. Для максимального приближения первой помощи сельскому населению в малонаселенных пунктах, не имеющих фельдшерско-акушерских пунктов, созданы домовые хозяйства, оснащенных укладками первой

помощи и обеспеченных круглосуточной телефонной связью с лечебно-профилактическими учреждениями.

Кадровое обеспечение

Участковая сеть состоит из 471 терапевтических участков и 55 участков врача общей практики, медицинскую помощь оказывают 448 участковых терапевтов и медицинских сестер, 67 врачей и медицинских сестер общей практики.

Информатизация

Развитие информационных технологий в Брянской области проводилась рамках мероприятий по «Модернизации здравоохранения 2011–2012 г.г.» за счет федеральных средств, в настоящий момент, за счет средств ОМС.

В 2013 году процент оснащения компьютерной техники в лечебных учреждениях области, составил 25 %, в 2015 году – 60%, в 2016 – более 70 %.

В Брянской области система маршрутизации потоков пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи, выстраивается путем внедрения автоматизированных систем управления – единой электронной регистратуры, системы электронных направлений на консультативные приемы, госпитализацию и диагностические исследования. В рамках организации потоков пациентов для удобства граждан в МО Брянской области запись на прием к врачу организована 6 способами: федеральный портал гос.услуг, региональный портал, по телефонам (регистратура, колл-центры), через инфомат, регистратуру, участкового врача. Глубина записи не менее 7 дней.

Используемая в медицинских организациях медицинская информационная система (МИС) и региональная (РИС) «Электронная медицина», поддерживает взаимодействие со всем спектром региональных SOAP-сервисов: запись на прием к врачу в электронном виде, запись на консультативный прием и госпитализацию, формирование реестров оказанной медицинской помощи и т.д.

Внедрение информационных технологий позволяет грамотно распределять потоки пациентов в условиях дефицита врачебных кадров.

На сегодняшний день, используя региональный портал Брянской области, осуществлено более 2 млн записи на прием к врачу.

Начиная с 2014 года отмечается увеличение записей на прием с использованием сети интернет и «Инфомата» и значительное увеличение записи на повторный прием через автоматизированное рабочее место врача, что существенно снизило нагрузку на регистратуру.

На базе регионального сервиса в 2012 году создан «Личный кабинет» пациента с постоянно наполняемым функционалом. В «Личном кабинете» пациента собирается сводная информация по случаям лечения, которая

накапливается на основе всех обращений за медицинской помощью, в том числе прохождений диспансеризации, профилактических осмотров и др.

В Брянской области введена в опытную эксплуатацию региональная система наблюдения беременных – это специализированное программное обеспечение, информационная система «Перинатальный кластер Брянской области. Мониторинг беременных», которая предназначена для повышения эффективности и качества организации работы акушерско-гинекологической службы региона. Данная система работает по следующему принципу: автоматически собирается первичная информация от участковых специалистов по беременным женщинам в различных показателях, характеризующих беременность: степень риска, группа риска по невынашиванию беременности и т.д., контролируется выполнение стандартов медицинской помощи для беременных женщин с учетом базового спектра обследований, для врачей выводится справочная информация по поставленным диагнозам, передаются данные в Региональную информационно-аналитическую систему с целью формирования различных оперативных сводок, отчетов.

Самой пациентке предоставляется доступ к сведениям о своей беременности, наблюдении и планируемых родах посредством сервиса «Личный кабинет», встроенного в региональную «Электронную регистратуру», рассылаются пациентам sms-напоминания о необходимости посещения врача и сдаче анализов.

Комплекс организационно-практических мероприятий

Также департаментом здравоохранения Брянской области осуществлен комплекс организационно-практических мероприятий по совершенствованию доступности и качества оказания первичной медико-санитарной помощи.

Специалистами департамента совместно с главными внештатными специалистами были разработаны и направлены в медицинские организации области должностные инструкции участкового врача-терапевта, медицинской сестры участковой и медицинского регистратора, «Методические рекомендации по организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению» и «Методические рекомендации для медицинских сестер по оказанию доврачебной медицинской помощи пациентам на амбулаторно-поликлиническом этапе».

На сайте департамента создан специальный раздел «Первичная медико-санитарная помощь», в котором размещены электронные версии следующих документов:

- Должностная инструкция участкового врача-терапевта
- Должностная инструкция медицинской сестры участковой
- Должностная инструкция медицинского регистратора

- Почасовой график работы медицинской сестры
- Почасовой график работы медицинского регистратора
- Методические рекомендации по организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению
- Методические рекомендации для медицинских сестер по оказанию доврачебной медицинской помощи пациентам на амбулаторно-поликлиническом этапе
- Перечень заболеваний (состояний), при наличии которых устанавливается группа диспансерного наблюдения врачом-терапевтом и алгоритмы диспансерного наблюдения
- Рекомендуемый перечень клинико-диагностических исследований, проводимых при подготовке пациентов для направления в медицинские учреждения с целью оказания высокотехнологичной медицинской помощи

Указанные документы разосланы в медицинские организации области для внедрения в практическую деятельность.

Также организовано приведение численности прикрепленного к одному участку населения в соответствие с требованиями Минздрава РФ, что позволит врачу-терапевту обеспечить полную мероприятий по диспансерному наблюдению хронических больных на участке.

С целью изучения организации оказания первичной медико-санитарной помощи 3 февраля 2016 года делегация в составе представителей департамента здравоохранения Брянской области – заместителя директора Панова М.Г. и главного консультанта Романовой А.А., представителей ГАУЗ «БГП № 4» – главного врача Карпенко С.Н. и главной медицинской сестры Собко И.В. посетила одно из многочисленных учреждений здравоохранения Москвы – государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 64 Департамента здравоохранения Москвы». По результатам командировки создана рабочая группа по внедрению в практическую работу опыта ГБУЗ «Городская поликлиника № 64».

Приказом директора департамента здравоохранения от 01.02.2016 г. № 156 в целях повышения качества и доступности оказания медицинской помощи сельскому населению утвержден План обучения фельдшеров ФАПов на базе отделений ЦРБ области (копия приказа прилагается).

Запланировано проведение кузовых совещаний в медицинских организациях области по вопросам совершенствованию доступности и качества оказания первичной медико-санитарной помощи.

Продолжается обеспечение доступности лекарственной помощи маломобильным пациентам в сельской местности.

С целью повышения доступности специализированной медицинской и социальной помощи населению сельских районов Брянской области в 2011–2013 года был реализован проект автопоезда «Здоровье и милосердие».

В целях развития выездных форм медицинской помощи жителям населенных пунктов, расположенных на значительном отдалении от медицинской организации и (или) имеющих низкую транспортную доступность с 2013 года работают 2 мобильных комплекса – для детского населения (в БОДБ) и взрослого населения (БОБ № 1), заменивших автопоезд. Прием пациентов организуется в 20 районах области выездными врачебными бригадами с использованием мобильных передвижных модулей для детского и взрослого населения.

В составе мобильного комплекса ведут прием врачи-специалисты для взрослого и детского населения, проводятся лабораторные и инструментальные исследования.

Мобильный комплекс ГАУЗ «Брянская областная больница № 1», оснащенный современным диагностическим оборудованием, располагается на базе трех автобусов ПАЗ-4234. От ГБУЗ «Брянская областная детская больница» в состав мобильного комплекса входят два медицинских модуля, оснащенных современным диагностическим оборудованием, на базе двух автомобилей «КамАЗ».

Повышение эффективности работы участковых терапевтических служб

1. Устранение кадрового дефицита медицинского персонала.
2. Приведение численности прикрепленного к одному участку населения в соответствие с требованиями Минздрава.
3. Усиление контроля за работой первичного звена в части исполнения приказов Минздрава, определяющих деятельность участковой службы.
4. Планомерное уменьшение нагрузки на врачебный персонал, путем обеспечения организации работы следующих структурных подразделений: – отделение (кабинет) доврачебной помощи; – отделение (кабинет) медицинской профилактики.
5. Оснащение рабочих мест врачей и медицинских сестер компьютерной техникой и обучение персонала работе с ней.
6. Оснащение автомобильным санитарным транспортом в достаточном количестве.
7. Пропагандирование использования населением электронной записи на прием к врачу, электронных направлений на прием к врачу и исследования, ведение электронных очередей на исследования, отказ от бумажных статистических талонов.
8. Своевременная коррекция планового задания амбулаторно-поликлинической помощи исходя из кадрового обеспечения и нормативов длительности

приема (приказ Минздрава РФ № 290н от 2.06.2015 г.), установление для медицинских организаций реального объема амбулаторно-поликлинической помощи.

9. Обеспечение преемственности на этапах оказания медицинской помощи (в обязательном порядке ежедневная передача информации о вызовах скорой помощи работникам первичного звена). Электронный обмен информацией о пациентах, выписанных из круглосуточного и дневного стационара (представление первичному звену выписного эпикриза)

10. Обеспечение всех работников участковой службы укладкой для оказания неотложной помощи при посещениях на дому, внедрение выездных бригад.

11. Изменение системы финансирования амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (ежеквартальный расчет стимулирования МО).

12. Разработка системы стимулирования работников участковой службы с учетом показателей результативности (таких как смертность населения, уровень госпитализации, объем вызовов скорой помощи, запущенные случаи туберкулеза и онкологии и т.д.).

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПОВЫШЕНИИ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

О. Е. Щербинина – старшая медицинская сестра

*«ЦАХ с ОДС» Государственное автономное учреждение здравоохранения
Архангельской области «Архангельская клиническая
офтальмологическая больница»*

Государственное автономное учреждение здравоохранения Архангельской области «Архангельская клиническая офтальмологическая больница» (ГАУЗ АО «АКОБ») является головным лечебно – профилактическим учреждением по организации и оказанию доступной и качественной специализированной офтальмологической помощи. В учреждении сосредоточена высокотехнологическая аппаратура и оборудование, квалифицированные специалисты, все рабочие места оснащены персональными компьютерами, объединенными в локальную сеть с выходом в Интернет.

Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одним из основных направлений совершенствования,

определено внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению. Одной из таких форм является дневной стационар.

С 2015 г. в ГАУЗ АО «АКОБ» начал свою работу «Центр амбулаторной хирургии с офтальмологическим дневным стационаром» (ЦАХ с ОДС). Основная задача ЦАХ с ОДС – оказание и дальнейшее совершенствование специализированной офтальмологической помощи в амбулаторных условиях населению Архангельска и Архангельской области с целью повышения ее доступности и качества. Также немаловажной задачей является повышение экономической эффективности деятельности ГАУЗ АО «АКОБ» на основе внедрения и широкого использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациентов с патологией органа зрения.

В ЦАХ с ОДС проводятся плановые операции: факоемульсификация с установкой искусственной оптической линзы, интравитреальное введение лекарственных препаратов, операции по удалению халязиона. Помимо хирургических видов лечения проводятся курсы консервативного лечения пациентов с глаукомой, заболеваниями сетчатки, сосудистой оболочки и зрительного нерва.

За период 2015–2016 гг. в отделении проведено 1048 операций факоемульсификации, интравитреальное введение лекарственных препаратов и операции по удалению халязиона, пролечено на курсах консервативного лечения 1589 человек. В 2017 г. запланировано проведение 1250 хирургических вмешательств. Также с января 2017 г. в рамках системы ОМС, в ЦАХ с ОДС начали проводиться операции эксимерлазерной коррекции при нарушениях рефракции и аккомодации.

Развитие стационарозамещающих технологий, в том числе хирургического профиля, позволяет обеспечить доступность этого вида медицинской помощи и значительно сократить расходы системы ОМС, сохранив при этом высокое качество оказываемой медицинской помощи.

Особая роль в условиях оптимизации коечного фонда принадлежит среднему медицинскому персоналу. Именно на медицинских сестер возложена ответственность за подготовку пациентов к врачебным манипуляциям, операциям, послеоперационный уход и реабилитация, разъяснительная работа с пациентами и их родственниками.

В отделении работает квалифицированный сестринский персонал (из 5 медицинских сестер – 3 имеют высшую квалификационную категорию, 1 имеет вторую квалификационную категорию). В задачи работы медицинских сестер отделения входит:

1. прием пациентов поступающих на госпитализацию в ЦАХ с ОДС;
2. оформление необходимой документации;
3. проведение необходимых сестринских манипуляций (измерение внутриглазного давления контактно и бесконтактно);
4. предоперационная подготовка пациентов к хирургическим вмешательствам;
5. послеоперационное наблюдение и уход за пациентами.

Для более качественной предоперационной подготовки, учитывая виды хирургических вмешательств и возрастные особенности пациентов (от 20 лет и старше), медицинскими сестрами отделения совместно с заведующим отделением были разработаны памятки для пациентов по подготовке к операции и послеоперационному уходу.

Медицинские сестры ЦАХ с ОДС проводят обучение пациентов и их родственников приемам само – и взаимоухода в домашних условиях: методам инстилляции глазных капель, закладывания глазных мазей и гелей (в планах – разработка алгоритмов для пациентов по данным манипуляциям). Также дают рекомендации пациентам и их родственникам о целесообразности четких выполнений назначений врача и профилактических мероприятий по предупреждению послеоперационных осложнений. Во время проведения обучения и бесед, медицинские сестры должны уметь найти подход к каждому пациенту, чтобы он доверял им, верил в их слова и выполнял все рекомендации.

Сфера деятельности медсестры широка и многогранна, в современных условиях медицинская сестра должна обладать:

1. милосердием,
2. знаниями ухода за больным,
3. сложными медицинскими, естественнонаучными, техническими познаниями.
4. По результатам анкетирования, проводимого ежегодно в отделении, процент удовлетворенности пациентов качеством оказываемых медицинских услуг в ЦАХ с ОДС остается на стабильно высоком уровне: 96,8 % в 2015 г. и 96,5 % в 2016 г.

СИМПОЗИУМ
«ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ
СЕСТРИНСКАЯ ПРАКТИКА»

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ СЕСТРИНСКАЯ ПРАКТИКА – ГАРАНТИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

О. А. Бучко

*Старшая медицинская сестра консультативной поликлиники
бюджетного учреждения здравоохранения Омской области
«Областная клиническая больница», председатель специализированной
секции Ассоциации медицинских сестер России «Сестринские исследования»,
вице-президент Омской профессиональной сестринской ассоциации, г. Омск*

В России, ввиду продолжающегося реформирования и совершенствования здравоохранения, все сложнее отвечать растущим требованиям времени: обеспечивать доступность медицинской помощи, непрерывность в осуществлении лечебно-диагностического процесса, улучшать профилактическую и реабилитационную помощь, а также качество предоставления медицинских услуг населению. В решении этих вопросов необходимо опираться на фактические данные, преимущества которых неоспоримы. Во всем мире развитие здравоохранения происходит за счет научно-обоснованных подходов, которые обобщаются и широко распространяются для использования в интересах пациента. Доказательная практика – это результат творческого мышления, направленного на обновление или изменение традиционных подходов к оказанию медицинской помощи с целью повышения ее эффективности.

Ассоциация медицинских сестер России взяла на себя инициативу по продвижению доказательной сестринской практики, тем самым мотивируя сестринский персонал и его руководителей к научному подходу в организации труда и работе с пациентами. За последнее время Ассоциация внесла значительный вклад в этом направлении, внедряя стандарты профессиональной деятельности, технологии медицинских услуг, методические рекомендации, которые разрабатываются практикующими специалистами сестринского дела на основе мирового опыта и данных научных исследований.

Имеющийся опыт показывает, что для оказания квалифицированной помощи населению медицинские сестры, акушерки, фельдшеры и другие специалисты отрасли должны развивать профессиональное мышление, уметь принимать самостоятельные решения, основанные не только на опыте, но и на научных данных. Важно сестринскому персоналу иметь клиническую компетентность, которая включает общие базовые знания и умения, практику, а также опыт, накопленный за годы работы. К сожалению, чем больше времени проходит с момента получения знаний и умений сестринским персоналом, тем меньше они соответствуют условиям оказания современной

медицинской помощи. Поэтому Ассоциация медицинских сестер России активно участвует в системе непрерывного медицинского образования, проводит обучение сестринского персонала с целью совершенствования их профессиональной подготовки и правильного применения на практике. Постоянно проводятся проекты, конференции, симпозиумы для медицинских сестер фтизиатрической и онкологической служб, медицинских сестер по реабилитации, акушеров, медицинских сестер в педиатрии и неонатологии и других специалистов. Так, участники проекта по фтизиатрии из Томской, Ленинградской, Кемеровской, Тюменской, Кировской, Омской областей и других регионов добились практически 100 % охвата населения флюорографическими осмотрами. Удалось сформировать у пациентов приверженность к лечению туберкулеза в 80 % случаев. Вопросы сестринской помощи онкологическим пациентам актуальны как никогда, особенно при проведении химиотерапии. Участники проекта из тридцати регионов доказали, что контрольный подсчет дозировки химиопрепаратов значительно уменьшает побочные эффекты лечения, повышает безопасность и качество жизни пациентов. В регионах Омске, Кемерово, Вологде, Тюмени, Астраханской и Ленинградской областях, республике Марий Эл, Карелии и др. проводятся исследования по различным направлениям, в результате достигнуто повышение удовлетворенности пациентов качеством оказываемых услуг, снижение сроков госпитализации, улучшение качества ухода и отсутствие пролежней у тяжелобольных.

Во всех регионах России, благодаря активному участию Ассоциации медицинских сестер, проведению мастер-классов, семинаров, использованию примеров успешной мировой практики и посещению клиник в Финляндии, внедрена программа «Чистые руки», что, безусловно, положительно повлияло на снижение инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в медицинских организациях страны. Сестринский персонал постоянно находится в авангарде инноваций, которые востребованы временем, обществом, государством. Операционные медицинские сестры из Тюмени одни из первых участвовали в выполнении роботизированных операций, медицинские сестры-анестезисты из Омска организовали палату пробуждения для пациентов после оперативных вмешательств. В Вологде успешно развивается паллиативная помощь, что способствует выявлению, оценке и купированию боли у тяжелобольных пациентов. Во многих регионах, с целью снижения потребности пациентов в госпитализации с круглосуточным пребыванием, самостоятельную работу в дневных стационарах и стационарах одного дня ведут медицинские сестры, что обеспечивает мультидисциплинарный подход в вопросах диагностики, лечения и реабилитации.

Внедрение доказательной практики расширило роль медицинской сестры. Так в Омске и Кемерово успешно работают учебно-методические кабинеты, что позволяет своевременно осваивать новые технологии и обучать специалистов без отрыва от производства. Регулярная отработка практических навыков необходима в период постоянно изменяющихся технологий и совершенствования практики, особенно при применении пациент-ориентированного ухода. Важно отметить, что Ассоциация медицинских сестер на протяжении многих лет развивает школы для пациентов, где медицинские сестры самостоятельно обучают население вопросам профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний. Развитие доказательной практики продолжает оставаться актуальной темой и во многом зависит от демографической ситуации, нехватки сестринских кадров, сокращения и упразднения должностей в здравоохранении и, как ни парадоксально, более высокого уровня медицинских технологий. Сегодня необходима оптимизация трудовых процессов разных категорий специалистов, которая невозможна без доказательной практики, и ее внедрение во многом зависит от руководителей сестринского персонала на местах. В конечном итоге, это может улучшить профессиональную рабочую среду, в которой специалисты ощущают свою вовлеченность в принятии клинических решений и обладают навыками, позволяющими им строить свою практику на самых достоверных фактических данных, которые имеются на сегодняшний день.

В развитии доказательной практики движется весь мир, большой опыт в проведении исследований имеют страны ВОЗ, которые достигли единого понимания доказательной медицины, имеют регистр данных по исследованиям и расширенной сестринской/акушерской практики, создана система, выпущены пособия, руководства, методические рекомендации, и многое другое. Стратегия Ассоциации медицинских сестер России направлена на поддержку и развитие доказательной практики в региональных ассоциациях. Создана специализированная секция «Сестринские исследования», в журнале РАМС постоянно действует одноименная рубрика, выпущены рекомендации по организации и проведению научных исследований для широкого пользования сестринским персоналом страны. Но для понимания смысла доказательной практики и факторов, благоприятно влияющих на ее осуществление, этого недостаточно, необходимо стремление медицинского персонала вырабатывать у себя навыки и умения обращаться с научными данными и применять их в повседневной практике. Руководителям сестринского персонала на местах нужно организовывать специализированные секции и развивать доказательную практику. В настоящее время каждая медицинская организация стремится к внедрению безопасных методик диагностики, лечения и профилактики, что обеспечивает рациональное использование ресурсов и эффективность

внедрения стандартов медицинской помощи. Для этого в организациях имеется своя научная стратегия, план внедрения инноваций, в котором может принимать участие и сестринский персонал, и эту возможность нужно использовать. Более доступной стала информация по исследованиям и расширенной сестринской практике в журналах, интернете, библиотеках, где рассматриваются различные этапы проведения исследований, и публикуются научные работы. Количество работ по исследованиям еще пока недостаточно, но они имеются, и подтверждением этому служит проводимый Ассоциацией медицинских сестер России конкурс на лучшую исследовательскую работу по восьми направлениям, многие из которых опубликованы в журнале «Вестник РАМС». У руководителей сестринского персонала появилась возможность проводить обзор научного материала, изучать опыт и применять его в медицинской организации на практике. Еще один способ обобщения доказательной практики – стендовый доклад, данный вид популяризации исследований достаточно распространен во многих странах. Отрадно то, что в РАМС неоднократно проводились постерные сессии на форумах, конференциях, и данный опыт можно применять на местах, расширяя научный кругозор коллег. Впервые Ассоциация медицинских сестер приняла участие в международном исследовании «Буллинг на рабочем месте». Основная его цель состояла в определении распространенности и особенностей агрессивного поведения в коллективе, с которым могут сталкиваться медицинские сестры. Исследование выполнялось для лучшего понимания ситуации и проявления буллинга на рабочих местах, чтобы выработать соответствующие рекомендации на будущее. Хотелось бы выразить благодарность всем медицинским сестрам, принявшим в нем участие. Данный опыт проведения онлайн исследования бесценен и подталкивает нас к проведению многоцентровых исследований в России по наиболее актуальным проблемам в области сестринского дела.

Перед специализированной секцией РАМС «Сестринские исследования» и руководителями региональных ассоциаций сегодня стоят непростые задачи по продвижению доказательной практики в регионах – это, прежде всего, мотивация и популяризация доказательной практики среди сестринского персонала через его руководителей, проведение научных исследований, внедрение расширенной сестринской/акушерской практики и инноваций. Стремление сестринского персонала более эффективно решать проблемы, связанные с интересами пациента, совершенствованием технологий и алгоритмов, внедрением инноваций, является не только ведущим направлением в развитии доказательной практики, но и является гарантией совершенствования и повышения качества оказания медицинской помощи и признанию сестринской профессии в обществе.

БУЛЛИНГ В СЕСТРИНСКОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СРЕДЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В РОССИИ

Джин Уайт

Профессор, Главный специалист по сестринскому делу правительства Уэльса, д-р философии, руководитель Департамента сестринского дела в правительстве Уэльса, эксперт Европейского регионального бюро ВОЗ по вопросам кадровой политики, приглашённый профессор Факультета сестринского и акушерского дела Университета Кардиффа, Университета Южного Уэльса, и ряда других крупнейших ВУЗов Великобритании. Великобритания

Уэльс – одна из четырех стран, составляющих Королевство Великобритания. Население Уэльса 3, 1 млн человек. В результате реформы по децентрализации власти в 1999 году Правительство Уэльса получило власть самостоятельно определять то, каким образом на его территории организовано оказание медицинской помощи. Финансирование здравоохранения происходит за счет государственного налогообложения, при получении помощи граждане ее не оплачивают. Уэльс обладает полномочиями по формированию собственного законодательства, и одним из таких законов стал Закон об уровне кадрового обеспечения сестринским персоналом (2016), который распространяется только на систему здравоохранения Уэльса. В Европе это единственный пример подобного закона.

Все медицинские сестры и акушерки, работающие в Великобритании, должны быть зарегистрированы в Совете по сестринскому и акушерскому делу. Акушерство рассматривается в качестве отдельной и независимой от сестринского дела профессии. Совет устанавливает образовательные стандарты, сегодня это уровень бакалавриата, а также Этический кодекс и требования по обновлению регистрации в профессиональном регистре, дабы гарантировать соответствие компетенции специалистов необходимому уровню. Медицинская сестра или акушерка может утратить разрешение на работу, если будет выявлено нарушение Этического кодекса.

Нарастающий массив научных данных свидетельствует о наличии причинно-следственной связи между численностью зарегистрированных сестер бакалавров и результатами лечения, включая уровень смертности пациентов. Поэтому для каждой системы здравоохранения приоритетом должно стать обеспечение необходимого количества зарегистрированных сестер с нужными знаниями и навыками, а также адекватный компетентностный состав кадров здравоохранения в целом, соответствующих потребностям пациентов.

В ходе презентации мы рассмотрим особенности системы здравоохранения Уэльса, вопросы подготовки медицинских сестер для выполнения разных ролей, включая роль расширенной практики и роль специалиста, а также обсудим меняющиеся вызовы в сфере здоровья населения и финансовые ограничения, которые сегодня играют движущую роль в трансформации систем здравоохранения. Также в ходе презентации мы рассмотрим то, как разрабатывался Закон об уровнях кадрового обеспечения сестринским персоналом, какие обязанности в него заложены, включая методологию расчета сестринских кадров для различных организаций, а также некоторые вызовы, с которыми связана реализация этого закона.



Профессор Джейн Уайт СВЕ

Звания: зарегистрированная медсестра (сестринская помощь взрослым), д-р философии, почетный доктор наук

Должность: Главный специалист по сестринскому делу (Уэльс) /Директор по сестринскому делу Правительства Уэльса

Место работы: Уэльское правительство

Джейн Уайт была принята на должность главного специалиста по сестринскому делу Уэльса в октябре 2010 года. Родившись на Уэльсе, Джейн получила сестринское образование в г.Суонси и работала операционной медицинской сестрой в г. Суонси и Лондоне. Джейн занимала посты в сфере образования, в Национальном Совете Уэльса, организации медицинских работников и Правительстве. Джейн работала с рядом правительств Европейских государств и в настоящее время является экспертом и советником ВОЗ в европейском регионе.

С момента начала работы в должности главного специалиста по сестринскому делу ее приоритетом стало формирование кадровой политики в отношении сестринского и акушерского персонала Уэльса и реализация Закона об уровнях кадрового обеспечения (2016).

Джейн является почетным приглашенным профессором Факультета сестринского и акушерского дела Университета Кардиффа, приглашенным профессором Университета Южного Уэльса, членом Университета Бангор и с 2016 года почетным членом Королевского института сестринского дела. Джейн была включена в список лидеров сестринского дела журналом NursingTimes. Она также была удостоена титула СВЕ за служение сестринскому делу и акушерству в Великобритании и Европе по случаю Дня рождения Королевы в 2017 г.

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ С РАСШИРЕННОЙ РОЛЬЮ: РЕЗУЛЬТАТЫ МЕЖДУНАРОДНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ОСУЩЕСТВЛЕННЫМ РЕФОРМАМ И УРОКИ ДЛЯ БУДУЩИХ ПЕРЕМЕН

Клаудия Б. Майер – исследователь

Технический университет Берлина, Германия

Исходные данные. Системы первичного здравоохранения и кадры здравоохранения стремительно меняются в ответ на возрастающие и усиливающиеся потребности пациентов с хроническими и острыми заболеваниями. Профессиональные и клинические роли медицинских сестер меняются во многих странах, однако объем сравнительных данных по реформам, содержанию практики и выводам для систем здравоохранения пока ограничен.

Цели исследования состояли в том, чтобы изучить, какие реформы были реализованы в странах (в сфере регулирования, образования, оплаты) по расширению роли медицинских сестер в первичном звене, а также оценить извлеченные из опыта реформ уроки в контексте различных стран.

Дизайн исследования. Международный экспертный опрос (опрос TaskShift2Nurses 2015), анализ юридических/законодательных документов, вторичный анализ данных объема кадровых ресурсов самостоятельно практикующих медсестер.

Методология и выборка. Опросная анкета была направлена в адрес 93 экспертов из 39 стран, включая все страны ЕС (процент ответивших составил 85,3 %), анализ данных по кадрам в 6 странах, где имеются самостоятельно практикующие медсестры (СПМ).

Результаты. Было установлено, что из охваченных исследованием 39 стран, в 11 странах (Австралия, Канада, Финляндия, Ирландия, Нидерланды, Новая Зеландия, 4 страны в составе Великобритании, США) СПМ работают в условиях расширенной роли, объем которой был измерен по 7 составляющим клинической практики (право определять диагноз, выписывать направления на анализы/диагностические процедуры, выписывать лекарственные препараты, принимать решения о лечении, являться первым контактным лицом для пациента, направлять пациента к другим провайдерам помощи, работать с определенной группой пациентов). В этих странах были реализованы реформы в области образования, регулирования и/или оплаты труда для осуществления роли СПМ. Во многих странах реформы были затяжными и противоречивыми. Политические уроки, которые были извлечены: регулирование требует гибкости, периодической оценки и адаптации, чтобы гарантировать соответствие компетенций требованиям роли СПМ и реализацию практики

в рамках официально установленных норм. Политика оплаты труда требует пересмотра, с тем чтобы гарантировать финансирование и оплату выполнения новых ролей и функций.

Заключение. Изменение границ профессиональной практики является комплексной реформой, которая не сводится только к изменениям в области образования, но также требует перемен политического контекста, в частности, в сфере регулирования и оплаты. Поэтому, возможность полной реализации профессионального потенциала специалистами, получившими образование для работы в качестве СПМ, зависит от того, в какой степени им официально переданы полномочия для работы в новой роли и как оплачивается такая работа.

Ссылки.

- Maier CB, Aiken LH, Busse R (forthcoming). Nurses in advanced roles: policy levers to implementation. OECD working paper.
- Maier CB, Aiken LH (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. Eur J Public Health (2016);26 (6): 927-934

СИСТЕМА ИНДИКАЦИИ ПРОКОЛА КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМОКОНТАКТНЫХ ИНФЕКЦИЙ У МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Н.А. Ибрагимова – главная медицинская сестра, к.м.н.

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клинический медико-хирургический центр
Министерства здравоохранения Омской области»*

Несмотря на то, что хирургические перчатки давно стали привычной частью повседневной работы медицинских организаций, их значимость как средства защиты медицинского персонала от гемоконтактных инфекций продолжает расти.

В 2016 году руководитель Федерального методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом академик В.В. Покровский, говоря о критической ситуации с распространением ВИЧ в Екатеринбурге, сообщил о том, что общее количество инфицированных ВИЧ в России составляет около 1 млн 300 человек. Количество инфицированных парентеральными вирусными гепатитами также неуклонно растет, при этом распространенность серологических маркеров гепатитов В и С у медицинских работников в 3 раза превышает аналогичный показатель среди общего населения.

Принимая во внимание отсутствие мер специфической профилактики ВИЧ, гепатита С и более 60 других инфекций, которые могут быть переданы медработникам при случайном контакте с кровью, использование неспецифических мер профилактики инфекций, в частности, медицинских перчаток, является жизненно необходимым.

В клиническом медико–хирургическом центре Министерства здравоохранения Омской области (далее – КМХЦ МЗОО) отводят важную роль медицинским перчаткам в системе профилактики инфекций, кроме того, внимательно относятся к изучению вопроса выбора и использования медицинских перчаток в зависимости от специфики выполняемых процедур.

По данным зарубежных исследований, до 79% проколов перчаток остаются незамеченными, сохраняя опасность заражения, среди различных видов аварийных ситуаций больший процент (34%) составляют повреждения иглой, 29% – осколком стекла, 20% – шовной иглой, 7% – скальпелем.

Согласно пункту 4.6 методических рекомендаций Роспотребнадзора МР 3.5.1.0113-16 «Использование перчаток для профилактики ИСМП в медицинских организациях», во время операций с повышенным риском инфицирования рекомендуется использовать двойные перчатки с индикацией прокола, которые обеспечивают более высокую степень защиты за счет быстрой визуализации повреждения.

С учетом, специфики медицинской организации, на основании всех вышеизложенных фактов, было принято решение о проведении проекта исследования повреждений различных типов хирургических перчаток на базе КМХЦ МЗОО, а также исследовать клиническую значимость защитного эффекта, который достигается при использовании систем двойных перчаток с индикацией проколов при проведении длительных травматолого-ортопедических вмешательств, поскольку травматолого-ортопедические операции сопряжены с повышенным риском повреждения хирургических перчаток.

Задачи исследования были сформулированы следующим образом:

1. Определить частоту нарушений целостности различных видов хирургических перчаток в ходе травматолого-ортопедических оперативных вмешательств.
2. Определить частоту выявления повреждений различных видов перчаток с индикацией прокола в ходе травматолого-ортопедических оперативных вмешательств.
3. Оценить защитный эффект, который достигается при использовании систем двойных перчаток с индикацией проколов.
4. Проанализировать экономическую эффективность использования системы двойных перчаток с индикацией проколов в ходе травматолого-ортопедических оперативных вмешательств в КМХЦ МЗОО.

Все использованные во время ортопедических операций перчатки подвергались сначала визуальному осмотру для обнаружения видимых повреждений, затем заполнялись водой для выявления незамеченных повреждений согласно методике испытания на герметичность, описанной в стандарте ГОСТ 52238-2004. Микроповреждение перчатки, незаметное при осмотре, становится очевидным после заполнения перчатки водой.

Всего было исследовано 1173 перчатки, которые были использованы во время 47 операций. Исследованные перчатки делились на «врачебные» и «сестринские». Поскольку в нашей медицинской организации во время ортопедических вмешательств хирурги и операционные сестры надевают две пары перчаток, также отдельно учитывались повреждения внешних и внутренних перчаток, чтобы определить частоту сквозных повреждений обеих пар перчаток.

Исследование проводилось в 3 этапа:

1 этап - на протяжении первых 2-х недель бригада использовала обычные двойные перчатки. После каждой операции они исследовались на предмет наличия повреждений. Результаты тестирования заносились в протокол исследования № 1.

2 этап – в течение следующих 2-х недель бригада использовала перчатки повышенной защиты – систему двойных перчаток с индикацией прокола – без регистрации повреждений (период адаптации).

3 этап -бригада продолжала использовать систему двойных перчаток с индикацией прокола ещё 2 недели, и после каждой операции они исследовались на предмет наличия повреждений. Повреждения фиксировались в протоколе исследования № 2.

Все использованные во время каждой операции перчатки собирались в отдельные емкости для обработки отходов класса «Б». Данные, полученные на 1-м и 3-м этапах исследования, подвергались сравнению и дальнейшему анализу.

Результаты 1-го этапа исследования. Использовались обычные перчатки разных производителей, надетые одна на другую, во время 23 оперативных вмешательств:

- 11 операций – тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава;
- 8 операций – тотальное эндопротезирование коленного сустава;
- 3 – тотальная замена коленного сустава;
- 1 – ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава.

Всего было использовано и исследовано 595 перчаток: 453 врачебных и 142 сестринских перчатки. Поврежденными оказались 34 перчатки, при этом частота повреждения перчаток у врачей была несколько выше, чем у медсестер, и составила 5,9% и 4,9% соответственно.

Чаще повреждалась только верхняя перчатка – в 82,3 % случаев (28 внешних перчаток). Повреждение внутренней перчатки означает сквозной прокол обеих перчаток с высокой вероятностью контаминации рук кровью потенциально инфицированного пациента. Частота сквозных проколов составила 17,7 % (6 внутренних перчаток, из них 4 врачебных и 2 сестринских).

Неожиданно высокой оказалась частота скрытых повреждений: более 60 % повреждений остались незамеченными во время операции и были обнаружены только при наполнении перчаток водой:

- всего повреждено 34 перчатки;
- явные повреждения 13 перчаток – 38,2 %;
- скрытые повреждения 21 перчатка – 61,8 %

Из скрытых повреждений, найденных в 21 перчатке, 71,4 % составили повреждения во внешних перчатках (15 шт.) и 28,6 % составили повреждения внутренних перчаток (6 шт.).

Результаты 3-го этапа исследования. На 3-м этапе использовались перчатки с системой индикации проколов во время 24 оперативных вмешательств:

- 23 операции – тотальное эндопротезирование коленного сустава;
- 1 операция – тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

Всего было использовано и исследовано 578 перчаток: 432 врачебных и 146 сестринских. Средняя частота повреждений составила 7,3 % (42 перчатки). Чаще повреждались врачебные перчатки – в 8,1 % случаев. Частота повреждений перчаток у медсестер составила 4,8 %.

Чаще повреждалась только верхняя перчатка – 85,7 % повреждений (36 перчаток, из них 29 врачебных и 7 сестринских). Соответственно, в 14,3 % случаев повреждались обе перчатки, сквозные проколы (6 перчаток, все врачебные).

Количество незамеченных повреждений было существенно меньше, чем во время 1-го этапа исследования и составило 26,2 %:

- замечены повреждения 31 перчатки (26 внешних и 5 сквозных) – 73,8 %;
- скрытые повреждения 11 перчаток (10 внешних и 1 сквозное) обнаружены при наполнении перчаток водой – 26,2 %.

При этом существенно сократилось количество незамеченных повреждений внутренних перчаток и составило всего 2,4 %:

- всего скрытые повреждения найдены в 11 перчатках;
- в 10 внешних перчатках – 23,8 %; в 1 внутренней перчатке – 2,4 %

Сравнение результатов 1-го и 3-го этапов исследования. Проведенный анализ показал, что, несмотря на то, что во время длительных травматолого-ортопедических вмешательств использовались 2 пары перчаток, надетых одна

на другую, количество сквозных повреждений обеих пар составило 17,7 % от общего числа повреждений. При использовании перчаток с системой индикации проколов количество сквозных проколов снизилось на 3,4 % и составило 14,3 %.

Более того, значительно сократилось количество скрытых повреждений перчаток, незамеченных во время операции: с 61,8 % до 26,2 %. Особенно важно отметить существенное (более чем в 3 раза) снижение количества незамеченных сквозных повреждений обеих пар перчаток с 17,7 % до 2,4 %.

Принимая во внимание значительное сокращение количества скрытых повреждений перчаток с 62 % до 26 % и, в особенности, существенное снижение количества незамеченных сквозных повреждений обеих пар перчаток с 17,7 % до 2,4 %, клиническую значимость защитного эффекта, который достигается при использовании двойных перчаток с системой индикации проколов, можно оценить как высокую: своевременное выявление проколов перчаток позволит сократить время контакта с кровью пациента и снизить риск инфицирования медицинских работников при выполнении хирургических вмешательств. Использование двойных перчаток с системой индикации проколов можно рекомендовать для проведения хирургических вмешательств с повышенным риском инфицирования медицинского персонала.

ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ УХОД В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ УРГЕНТНОЙ ПОМОЩИ

Т. В. Вирки – главная медицинская сестра

*ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»,
Президент КРООМР «Союз профессионалов»*

Внедрению пациент-ориентированной модели оказания ухода за пациентами на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Карелия «Больница скорой медицинской помощи» способствовали следующие факторы:

- госпитализация пациентов по срочным показаниям (90 %) и связанные с этим особенности осуществления мероприятий по уходу за пациентами в условиях оказания ургентной медицинской помощи, до 34 % пациентов ГБУЗ РК БСМП имеют различные степени дефицита самоухода, около 10 % пациентов с дефицитом самоухода – вновь поступившие);
- неукomплектованность кадрами (сестринским (67 %) и младшим (58 %) персоналом)

- различное количество пациентов с дефицитом самоухода в клинических отделениях (от 10 до 60 %) при наличии одинакового количества персонала для осуществления ухода;

- организация в ГБУЗ РК БСМП отдела технического обслуживания (клинингового отдела), передача функций по уборке помещений техническому персоналу, пересмотр штатного расписания;

- выполнение медицинскими сестрами функций младшего персонала в клинических отделениях;

- наличие жалоб пациентов и их родственников на качество ухода из-за низкого качества оказываемых услуг;

- внутренняя неудовлетворенность работой сестринского персонала.

Целью введения инноваций было разработать и внедрить эффективную модель оказания (предоставления) ухода за пациентами с дефицитом самоухода на базе больницы скорой медицинской помощи.

Реорганизация системы ухода в больнице потребовала решения следующих задач:

- изучить организацию и принципы ухода за пациентами при поступлении больных с ургентной патологией;

- проанализировать кадровое и ресурсное обеспечение ухода, эффективность, качество и своевременность предоставления ухода за пациентами;

- разработать новую структуру оказания ухода за пациентами с учетом имеющихся особенностей функционирования больницы скорой медицинской помощи – отдел определить обязательный объем сестринского дифференцированного ухода и дополнения к нему;

- установить индикаторы эффективности ухода за пациентами в условиях больницы скорой медицинской помощи;

- разработать методические рекомендации по организации ухода за пациентами на базе больницы скорой медицинской помощи;

За время работы нового подразделения:

- Внедрение стандартного плана ухода за пациентом привело к четкому разграничению функциональных обязанностей среднего и младшего медицинского персонала, повысило степень ответственности и уровень взаимодействия различных категорий персонала.

- Введены должности медицинских сестер – координаторов ухода, являющихся ключевым звеном в процессе организации ухода.

- Уход в ургентных ситуациях начинается одновременно с оказанием неотложной помощи, предупреждая развитие осложнений, учитывая степень дефицита самоухода (по шкале Д. Бартелл);

- На этапе приемного отделения используются различные шкалы по оценке состояния пациента (визуальная аналоговая шкала боли, шкала риска падений Морзе, и др.); используется цветовая кодировка рисков;

- Общение с пациентом, решение всех его проблем, аккуратное приведение в порядок внешнего вида многих больных, перемещение пациентов в пределах отделения и больницы – эти и другие обязанности сотрудников отдела, позволили выделить те, которые должны выполняться бригадой.

- Отсутствие прикрепления к одному отделению сотрудников отдела позволяют расширить их функциональные возможности, пересмотреть критерии качества ухода за больными, изменить оснащение сотрудников отдела современными предметами и средствами ухода, использовать новые формы обслуживания больных в отделении. Основное кредо отдела организации и обеспечения ухода: «Уход, ориентированный на пациента, должен быть доступен в течение 24 часов».

- Взаимозаменяемость младших медицинских сестер, их мобильность, обучение сотрудников технологиям ухода делают работу отдела максимально востребованной в больнице.

- Разработаны методические рекомендации по организации ухода за пациентами на базе больницы скорой медицинской помощи. Созданы «Школы пациента» и «Школы родственников пациента».

- Старшие медицинские сестры клинических отделений отмечают улучшение качества ухода за пациентами и решение кадровых вопросов (по результатам диалога на «круглом столе»). Со стороны пациентов улучшение их обслуживания вызывает порой только удивление, потому что традиционно сложившееся отрицательное мнение о больнице не оправдывается.

Немаловажное значение имеет и степень удовлетворенности своей работой сотрудников отдела: понимание значимости собственной работы, высокая самооценка сотрудников отдела, подкрепленная положительным отзывом больных, позволяют надеяться, что инновационные преобразования в лечебном учреждении не могут быть остановлены.

За время работы штат ОООУ полностью укомплектован. Сотрудники отдела работают экстерриториально, т.е. не закреплены за конкретным клиническим отделением. Деятельность отдела – адресная, направленная на обслуживание пациентов с различной степенью дефицита самоухода. Поскольку количество таких пациентов варьируется от 8–10 до 40–50 (в зависимости от профиля отделения), численность младших медицинских сестер для работы в конкретном отделении зависит не от количества лечебных коек, а от количества пациентов, которые нуждаются в уходе.

Работа осуществляется в клинических отделениях больницы в тесной взаимосвязи с лечащим врачом пациента, медицинскими сестрами отделений, специалистами отделения восстановительного лечения. Руководство возложено на начальника отдела, который разрабатывает программу ухода за пациентом, а медицинская сестра – координатор согласовывает совместные действия, в процессе ухода принимают участие и медицинские сестры клинических отделений.

Организация работы проводится параллельно с обучением персонала. Создание безопасной больничной среды для больного, простые технологии ухода, психология общения, перемещение пациента – эти и многие другие вопросы изучаются сотрудниками на внутрибольничных занятиях.

Основным критерием качества работы младших медицинских сестер является отсутствие жалоб от пациентов и удовлетворенность последних качеством ухода.

Создание на базе ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи» структурного подразделения – отдела по организации и обеспечению ухода, который автономно и централизованно реализует модель пациент-ориентированного ухода за пациентами, несомненно является перспективной и эффективной формой организации труда медицинского персонала.

СИМПОЗИУМ
«ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА»

К АНАЛИТИЧЕСКОЙ НАДЕЖНОСТИ ЧЕРЕЗ ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛАБОРАТОРНУЮ СЛУЖБУ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

**Ю. С. Хмель – старший фельдшер-лаборант экспресс лаборатории отдела
клинической лабораторной диагностики**

*Консультативно-диагностический центр Государственного
автономного учреждения «Республиканская больница № 1 –
Национальный центр медицины»*

**М. А. Степанова – фельдшер-лаборант,
эксперт по лабораторной диагностике аттестационной комиссии МЗ
республики Саха (Якутия), член правления РОО АСМР РС (Я)**

Современная лабораторная экспресс-диагностика неотложных состояний основана на понятии РОСТ (Point-of-Care-Testing), то есть на анализе «непосредственно у постели больного». Для проведения исследований персонал в основном использует портативные аналитические системы, которые не требуют существенной подготовки к выполнению анализов, или полуколичественные ориентировочные тесты, а перечень лабораторных анализов достаточно ограничен. Арсенал средств РОСТ постоянно обогащается новыми тестами и аналитическими системами, расширяющими и улучшающими их возможности в диагностике неотложных состояний. Большой опыт внедрения портативных анализаторов приобрела экспресс лаборатория отдела клинической лабораторной диагностики консультативно-диагностического центра «Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины» (ЭЛ ОКЛД КДЦ ГАУ «РБ» № 1 – НЦМ»). В настоящее время в ЭЛ ОКЛД КДЦ имеется 5 анализаторов, работающих по данному принципу:

ПОРТАТИВНЫЙ КОАГУЛОМЕТР НЕМОСНРОНРЕСПОНСЕ. Данный анализатор представляет собой двухлуночный коагулометр со встроенным считывающим устройством для штрих-кодов, системой соединения с лабораторным компьютером и принтером. Аппарат проводит следующие коагуляционные тесты: АВС (активное время свертывания), АЧТВ, ПТИ. Система имеет ряд характеристик: система портативна и может использоваться прикроватно; может использоваться свежая цельная кровь и цитратная кровь в объеме не более 2мл; система автоматически производит самопроверку; к системе может быть приобретен вспомогательный аналитический модуль, который служит для автоматических расчетов во время операций в условиях искусственного кровообращения и при кардиальной катетеризации. Он определяет дозы гепарина, необходимые до и во время этих процедур, дозу протамина,

требуемую для нейтрализации действия гепарина по окончании процедуры, а также время свертывания крови пациента и остаточный уровень гепарина после внедрения протамина.

ПОРТАТИВНЫЙ АНАЛИЗАТОР КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ I-STAT®. В 2013 году по программе оказания высокотехнологичной медицинской помощи для нужд ЭЛ ОКЛД как дублирующий анализатор был получен портативный анализатор критических состояний «i-STAT» также предназначенный для исследований КОС, газового состояния крови и показателей электролитов непосредственно у постели больного. Портативный анализатор критических состояний «i-STAT» широкого применения не получил, так как спектр параметров значительно ниже, невозможно определить такой расчетный параметр, как осмолярность, при помощи которой можно определить гипергидратацию организма, диагностировать отек легкого, поэтому врачи-анестезиологи и реаниматологи предпочитают портативному анализатору стационарный. Для лаборатории портативный картриджный анализатор является невыгодным в плане расходного материала, так как картриджи имеют небольшой срок годности (1–2 месяца).

ПОРТАТИВНЫЙ АНАЛИЗАТОР «КОАГУЧЕК». Предназначен для определения ПВ/ПТИ/МНО в капиллярной крови больного, непосредственно у постели. Преимуществами данного метода являются: небольшой объем биоматериала, необходимого для проведения анализа, что бывает важным при определении данных параметров у детей или у пациентов с плохими венами; сокращения времени от момента взятия до выдачи результата (нет необходимости получения плазмы). Отрицательными моментами являются: нерусифицированный интерфейс анализатора, короткий срок годности используемого расходного материала (тест-полосок). В ЭЛ ОКЛД КДЦ данная методика не нашла широкого применения. По нашему мнению, данный вид анализатора подходит для лабораторий, выполняющих анализы детскому населению (педиатрические центры, перинатальные центры).

За 2016 год оснащение ЭЛ ОКЛД КДЦ пополнилось еще 2 анализаторами, работающими в режиме РОСТ, что позволило внедрить новые методики в работу лаборатории.

ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНЫЙ ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ АНАЛИЗАТОР «PAINFAST». Анализатор представляет собой небольшой, простой в использовании прибор для количественного определения различных аналитов *in vitro* в цельной крови, гепаринизированной плазме, сыворотке и других пробах с помощью картриджей специальной конструкции. Приобретение данного анализатора позволило внедрить 2 совершенно новые для ГАУ РС (Я) «РБ № 1-НЦМ» методики. На этом анализаторе определяется уже не один из

фракции ферментов тропонина, а высокочувствительные тропонины, которые повышаются с момента подозрения острого инфаркта миокарда (ОИМ) в течение часа. Таким образом, анализ проводится дважды в сутки: повторный через 1 час и отпадает необходимость в определении других ферментов ОИМ (СК-МВ и миоглобина). Количество проведенных исследований по определению маркеров ОИМ за 2016 год представлено в таблице 1.

Таблица 1

	январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь	Итого
Миоглобин	127	188	175	203	59	64	0						816
СК-МВ	128	30	102	208	14	0	0						482
Троп. I	154	231	149	120	86	86	0						826
Троп. выс.								42	51	78	133	113	417

Из представленной таблицы видно, что анализ по количественному определению высокочувствительного тропонина полностью вытеснило анализы по определению тропонина I, СК-МВ и миоглобина. Это доказывает, что внедрение данной методики оказалось еще и экономически выгодным: вместо трех анализов для одного пациента проводится одно исследование, также частота повтора исследования вместо 3–4 раз в сутки, достаточно двух.

Помимо высокочувствительного тропонина, на данном анализаторе проводится исследование по количественному определению пресепсина. Это новейшая методика диагностики сепсиса. На настоящий момент в нашей республике только в двух больницах есть данный анализатор. Определение пресепсина также является востребованным анализом, особенно среди реанимационных отделений НЦМ (рисунок 1). ЭЛ ОКЛД КДЦ проводит данное исследование всем структурным подразделениям ГАУ РС (Я) «РБ№ 1-НЦМ».

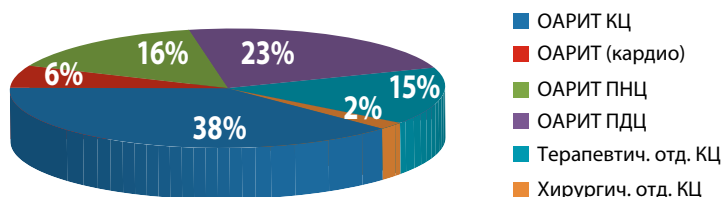


Рисунок 1

Из рисунка видно, что большую часть анализов на определение пресепсина назначают для больных из реанимационных отделений (в общей сложности 83 % всех исследований). Это связано в первую очередь с тяжелым состоянием пациентов.

АРП-01М «МЕДНОРД». Аппаратно-программный комплекс отечественного производства (г. Томск) для клиничко-диагностических исследований реологических свойств крови, позволяющий работать с цельной кровью, предназначенный для оперативного исследования свертывания крови и контроля за лечением его нарушений. В большинстве случаев комплекс полностью заменяет проведение лабораторных коагуляционных тестов, а также позволяет проводить исследование с цельной кровью, цитратной кровью и плазмой в лаборатории, может работать в операционной, в палате у постели больного – РОСТ. Однако, проведение такого анализа как тромбозластограмма на аппарате АРП-01М «Меднорд» не нашло широкого применения в ЭЛ ОКЛД КДЦ. После поставки данного прибора сотрудниками лаборатории было проведено ряд исследований больных с различной патологией свертывающей системы (кардиохирургические больные, гематологические больные), относительно здоровых пациентов, без патологии свертывающей системы крови, не принимающих какие-либо препараты для изменения коагулологических свойств крови (пациенты хирургического отделения № 1 КЦ с диагнозом желчекаменная болезнь) здоровых людей из числа медицинского персонала ОАРИТ КЦ).

В течение 5 рабочих дней было обследовано 25 человек:

- 7 из числа медицинского персонала;
- 5 пациентов ОАРИТ (кардио);
- 3 пациента ОАРИТ после операции с диагнозом желчекаменная болезнь;
- 10 больных ОАРИТ гематологического профиля.

Совместно с лечащими врачами все результаты сравнили, сопоставили графики проведенных исследований. На основании проведенных исследований можно сделать выводы:

1. По графическим изображениям у всех обследованных больных отмечается низкая амплитуда полимеризации сгустка. На основании чего можно сделать выводы, что обследованные люди страдают гиппокоагуляцией;
2. Время достижения константы тромбина также снижено, что свидетельствует о низком количестве тромбоцитов у обследованных.

Все эти данные вызвали неудовлетворение у врачей-клиницистов. Также нет точных нормальных величин, на основании которых может быть проведено сравнение результатов. Со слов представителя фирмы-поставщика,

нормы для каждого региона нужно выводить свои на основании исследования и сравнения результатов обследования здоровых людей.

Неудобство вызвало и то, что, согласно инструкции, время с момента взятия крови до начала исследования не должно превышать 30 секунд, а использование цитратной крови неприемлемо. Таким образом, для пациентов со стационарных отделений проведение данного анализа получается невозможным. Также в процессе преаналитического этапа у персонала лаборатории вызывает сложность калибровка аппарата. На данном этапе аппарат простаивает и не используется, хотя данный вид исследования пользуется спросом, является актуальным для пациентов Клинического центра.

Таким образом, внедрение новых портативных анализаторов позволило расширить спектр исследований, направленных на улучшение диагностики неотложных состояний. С другой стороны видно, что все-таки, несмотря на внедрение концепции РОСТ для диагностики неотложных состояний, пока клиницисты отдают предпочтение проведению основных анализов на стационарных, многофункциональных анализаторах. Как видно, в нашей лаборатории из пяти портативных анализаторов, в полную силу функционируют только два.

СТАНДАРТНЫЕ ОПЕРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕДУРЫ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

О. М. Немирова – фельдшер-лаборант по контролю качества

ГБУЗ «Ленинградская обл. клиническая больница»

При рассмотрении условий деятельности клиничко-диагностических лабораторий, факторов, влияющих на достоверность и точность результатов лабораторных исследований, выявлено, что все процессы в лабораторные диагностики направлены на получение «качественного» заключения от которого зависит жизнь и здоровье пациента.

Положения действующих национальных стандартов и процессов по внедрению системы менеджмента качества в соответствии с ГОСТ Р ИСО в практике лабораторий российских медицинских организаций направлены именно на повышение качества диагностических и лечебных процедур.

Согласно ФЗ «О техническом регулировании» от 2002 г, стандартизация – деятельность по установлению правил и характеристик в целях их добровольного многократного использования, направленная на достижение упорядоченности в сферах производства и обращения продукции, повышения конкурентоспособности продукции, работ и услуг. Цель стандартизации –

повышение вероятности достижения высокой достоверности выполняемых лабораторных исследований. Направления требований национальных стандартов – организация деятельности КДЛ, элементы референтной системы, качество КЛИ, организация взаимодействия с клиническим персоналом, характеристика средств анализа и методик.

Одним из инструментов стандартизации и повышения качества лабораторных исследований является разработка и внедрение в лабораториях стандартных операционных процедур. Анализ причин ошибочных результатов показывает, что многие из найденных проблемных зон возникают из-за отсутствия единых правил выполнения работы, т.е. отсутствия стандартизации. Создание СОП как инструмента стандартизации позволяет решить эту проблему. СОП – это документально оформленная рабочая процедура, в которой описывается подробный алгоритм выполнения конкретного действия или нескольких действий. Как правило, в первую очередь СОПы создаются для тех критических аспектов лабораторного процесса, для которых вероятность возникновения ошибок максимальна. В первую очередь необходимо определить область применения данной СОП, указать ее предназначение и затем перейти непосредственно к описанию алгоритма и его внедрения в лабораторную практику.

АКТУАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ. АНАЛИТИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ

Т. Н. Доронина

*Руководитель общебольничного медицинского персонала
Государственного Бюджетного Учреждения Здравоохранения
Республики Коми «Коми республиканская больница»,
фельдшер-лаборант лаборатории реанимационной службы*

Работа в лабораторной медицине состоит из технологических процедур, производящих лабораторные результаты по лечению пациента и из управленческой деятельности по обеспечению технологической работы. При этом, в обязанности технического персонала (фельдшеров-лаборантов, лабораторных техников) лаборатории входит осуществление таких видов деятельности, как: преаналитической (сбор образцов крови, получение и внесение в базу данных); аналитической (тестирование, исследование); постаналитической (интерпретация, отчетность по результатам, архивирование образцов, регистрация подлежащих оплате услуг). Но, прежде чем объект (материал) для

лабораторного исследования попадет в этот технологический процесс, он подвергается еще и пре-преаналитическому этапу (вне лаборатории), а также, пост-постаналитическому (после лаборатории).

Имеются факты, показывающие, что пре-и постаналитические этапы аналитического процесса в целом более подвержены ошибкам, чем аналитический этап. Большая часть ошибок выявлена на пре-преаналитическом и пост-постаналитическом этапах за пределами лаборатории. Если при оказании медицинских услуг использовать подход, ориентированный на пациента, необходимо в рамках всего аналитического процесса исследовать любой возможный дефект, который способен привести к отрицательному воздействию на пациента. В интересах пациентов необходимо рассмотреть любые прямые и непрямые негативные последствия, связанные с лабораторными исследованиями, независимо от того, на каком этапе возникает ошибка и кто именно отвечает за ее возникновение: специалист лаборатории (например, при калибровке/выполнении анализа) или другой сотрудник (например, при выборе теста, идентификации пациента и/или сборе крови). Неверная идентификация пациентов и проблемы, связанные с передачей результатов, от которых зависит постановка диагноза, признаны основными направлениями работы по повышению качества.

Введение

За последнее время безопасность пациентов, наконец-то, стала объектом медицинского и общественного внимания. Однако, по сравнению с медицинскими ошибками других типов, ошибкам в лабораторной медицине уделялось мало внимания, и такому упущению есть несколько причин:

- Различные и двусмысленные определения того, что считать лабораторной ошибкой
- Комплексность процесса анализа, необходимость общей кооперации и интеграции различных лиц, предоставляющих медицинские услуги
- Недостаточное осознание клиницистами и другими ответственными сторонами вредных последствий ошибок в лабораторной медицине
- Нежелание лабораторных специалистов сообщать информацию об ошибках и частоте их появления и другие...

Ошибки в лабораторной медицине по сути своей трудноопределимы, поскольку их трудно идентифицировать и, даже после обнаружения, понять их причину сложнее, чем в случае медицинских ошибок другого типа. Эти трудности в значительной степени объясняются многоэтапностью процесса анализа, т.к. – это комплексная процедура, состоящая из большого количества этапов и зависящая от многих факторов, обеспечивающих ее выполнение. Более того, только аналитическая фаза контролируется лабораторией, а пре-преаналитический и пост-постаналитический этапы относятся к сфере

действия других ответственных сторон, таких как врачи, медсестры, пациенты и прочие лица, вовлеченные в идентификацию пациента, ввод данных, сбор и транспортировку образцов. Поэтому любой возможный дефект аналитического процесса должен быть исследован. Это позволит предотвратить или устранить любое негативное воздействие на лечебный процесс, независимо от этапа, на котором произошла ошибка, и лица, совершившего ошибку, будь то лабораторный специалист (допустивший ошибку, например, при калибровке или выполнении анализа) или другой сотрудник (допустивший ошибку, к примеру, при выборе теста, идентификации пациента, сборе крови и/или интерпретации результатов).

Таким образом, аналитический процесс в целом является уникальной рабочей концепцией, которую можно использовать для изучения и идентификации лабораторных ошибок и факторов, влияющих на их появление.

Аналитические этапы:

Преаналитический этап: комплекс мероприятий (процессов и действий), выполняемый от момента назначения лабораторных анализов до начала проведения аналитического измерения (загрузки проб в анализаторы и т.д.)

– Основная цель – обеспечить стабильность компонентов биоматериала, взятых на исследование, и свести к минимуму влияние различных факторов, влияющих на полученный результат.

Части преаналитического этапа:

– Внелaborаторная часть (Пре-преаналитический этап)

А) составление заявки на лабораторное исследование и оформление бланка-направления;

Б) подготовка пациента, основанная на знании биологических ритмов, особенностей проведения исследований и клинической интерференции – влияние лекарственных препаратов на результаты лабораторных исследований;

В) процедура взятия биологического материала для исследования;

Г) хранение материала в процедурном кабинете и его доставка в лабораторию

– Внутрilaбораторная (Преаналитический этап)

А) регистрация и маркировка доставленного в лабораторию биоматериала

Б) пробоподготовка биоматериала к исследованиям (центрифугирование, аликвотирование (дозирование, пипетирование), маркировка пробы доставки биоматериала на рабочие места.

Аналитический этап:

Включает в себя комплекс необходимых для выполнения исследований аналитических процедур, внутрilaбораторный контроль качества, регламентирующийся Приказами МЗ.

Целью внутрилабораторного контроля качества является оценка соответствия результатов исследований установленным критериям их приемлемости при максимальной вероятности обнаружения недопустимой погрешности и минимальной вероятности ложного отбрасывания результатов. Внутрилабораторный контроль качества обязателен в отношении всех видов исследований, выполняемых в лаборатории.

Целью внешней оценки качества исследований является оценка соответствия результатов исследований установленным нормам аналитической точности. Внешняя оценка качества – объективная проверка результатов лаборатории, осуществляемая периодически внешней организацией. Любая хорошо организованная система внешней оценки качества предназначается для сопоставления результатов анализов между лабораториями с целью гармонизации результатов лабораторных исследований.

Факторы, влияющие на появления ошибок на аналитическом этапе (в презентации)

Постаналитический этап включает в себя:

1. внутрилабораторную фазу:
 - интерпретация (результат исследования оценивает специалист на предмет его аналитической достоверности, его биологической вероятности, а также сопоставления с ранее проведенными другими исследованиями у того же пациента,)
 - архивирование результата (занесение результата в базу данных)
 - архивирование пробы
2. Внелабораторную фазу (пост-постаналитический этап):
 - Доставка результата
 - Оценка результата (клиницист оценивает клиническую значимость информации, полученной в результате лабораторного процесса исследования, и сопоставляет ее с данными собственного наблюдения за пациентом и результатами других видов объективных исследований)

Вывод:

Таким образом, изучение лабораторных ошибок должно помочь идентифицировать приоритетные направления для работы над улучшением качества медицинской помощи, со стороны лабораторной медицины, и облегчить выбор корректирующих/превентивных действий, а так же, исключить неблагоприятный исход в случае повторения ошибки.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА В СЛУЖБЕ КРОВИ

Е. Ю. Маковецкая – главная медицинская сестра

ГБУЗ «Брянская областная станция переливания крови»

Современная медицина не мыслима без донорства крови и её компонентов. Проблема донорства крови всегда существовала и не только в нашей стране, но и во всем мире. От ее решения зависит качество оказания высокотехнологичной медицинской помощи в мирное время и в чрезвычайных ситуациях, что актуально для сегодняшнего дня, когда во всем мире происходят террористические акты, техногенные катастрофы, в которых резко возрастает потребность в крови и ее компонентах.

Служба крови – это структура, объединяющая по всей стране медицинские учреждения (или их структурные подразделения), основным видом деятельности которых является заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов.

Отличительная особенность лабораторной диагностики в службе крови заключается в том, чтобы максимально быстро и качественно провести лабораторные исследования донора и компонентов крови, для того чтобы в кратчайшие сроки обеспечить больных, находящихся в ЛПУ всеми необходимыми и самое главное безопасными компонентами и препаратами крови.

Обследование донора до кроводачи:

1. Доноров крови – предварительное определение группы крови и Kell с помощью цоликлонов и клинический анализ крови на автоматическом анализаторе CELL-DYN Emerald Abbott, а для доноров концентрата тромбоцитов еще и биохимическое исследование крови, которое проводится на анализаторе открытого типа BioChem FC-360.

2. Доноров первичного плазмафереза, повторного плазмафереза и иммунного плазмафереза – предварительное определение группы крови цоликлонами, уровня гемоглобина Hb, подсчет количества эритроцитов и тромбоцитов на автоматическом анализаторе CELL-DYN Emerald Abbott и СОЭ на прибор для определения СОЭ SRT100/II.

После процедуры кроводачи, кровь доноров тестируется на:

1. Определение группы крови по системе АВ0 прямым и перекрестным способом при помощи цоликлонов и стандартных эритроцитов при каждой кроводаче.

2. Определение резус-принадлежности цоликлонами.

3. Определение АЛТ, определение общего белка проводится на анализаторе открытого типа BioChem FC-360 на наборах отечественного производства «Ольвекс».

4. Скрининговое обследование ИФА на ВИЧ, гепатиты В и С, сифилис и ПЦР-обследование доноров крови, концентрата тромбоцитов при каждой кроводаче.

5. Фенотипирование доноров по антигенам системы АВ0, Резус, Kell цоликлонами и гелевой методикой в лаборатории иммунологических исследований (ЛИИ) 2 раза.

6. Определение антиэритроцитарных иммунных антител у доноров при каждой донации.

Первостепенным критерием качества в службе крови является обеспечение вирусной безопасности реципиентов, доноров и медицинских работников.

На ОСПК вирусная безопасность крови и ее компонентов обеспечивается за счет:

- ИФА-диагностики донорской крови на гепатиты В, С, сифилис и ВИЧ;
- ПЦР-диагностики (ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С);
- обязательного обследования донорской крови на сифилис двумя методами;
- контроля каждой скрининговой постановки ВЛК;
- разработанными и внедрёнными в повседневную практику алгоритмами работы с донорами и продукцией при получении сомнительных результатов тестирования на маркеры инфекционных заболеваний;
- участием в Федеральной системе внешней оценки качества лабораторных исследований по направлению деятельности ФСВОК;
- лейкофильтрацией компонентов крови.

Вторым по значимости критерием для препаратов и компонентов крови после безопасности является их качество (биологическое полноценности, функциональной активности).

Для этого определяются следующие показатели:

- В эритроцитсодержащих средах уровень гемоглобина, гематокрит, гемолиз в конце срока хранения среды.
- В концентрате тромбоцитов: количество тромбоцитов, лейкоцитов, pH в конце рекомендованного срока хранения.
- В криопреципитате: фактор VIII и фибриноген.

Подводя итог вышесказанному, хочется отметить, что лабораторная диагностика в службе крови имеет свои особенности. Лаборант, проводящий исследование, не имеет права на ошибку никогда, а в службе крови вдвойне, так как допущенная ошибка может стоить человеческой жизни, а это наивысшая цена, которую можно заплатить за ошибку.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. РОЛЬ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СЕКЦИИ ОРОО ОПСА «ГИСТОЛОГИЯ» В РАЗВИТИИ ИННОВАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ

А.М. Фильчаков

*Старший лаборант централизованного патологоанатомического отделения
бюджетного учреждения здравоохранения Омской области
«Областная детская клиническая больница»,
председатель специализированной секции Омской
профессиональной сестринской ассоциации «Гистология», г. Омск, Россия*

А.Е. Любавина

*Заведующий централизованным патологоанатомическим отделением
бюджетного учреждения здравоохранения Омской области
«Областная детская клиническая больница», к.м.н., г. Омск.*

Актуальность. На современном этапе развития здравоохранения в России и в Омской области, в частности, необходимо разрабатывать и внедрять инновационные подходы к методам и методикам, используемым в гистологической практике.

В первую очередь, работа специализированной секции Омской профессиональной сестринской ассоциации «Гистология» направлена на стандартизацию всего технологического процесса в патологоанатомических отделениях (отделах) Омской области. Нами отработаны механизмы взаимодействия с коллективами отделений, создаётся единая база используемых методов изготовления гистологических препаратов, схем проводки материала из различных органов и тканей, как с использованием аппаратной проводки, так и без неё. В течение последнего года мы создаём банк контрольных препаратов – специальных методов окраски гистологических препаратов (их микрофотографических аналогов) с использованием как обзорных, так и гистохимических методов. Все наработки представляются на обучающих семинарах, проводимых специализированной секцией непосредственно на базах в медицинских организациях, что позволяет провести обучение до 95 % персонала патологоанатомических отделений инновационным методикам в гистологической практике.

Так, в частности, разработана и внедрена инновационная методика по снижению количества патологоанатомических диагнозов с формулировкой «инфекция невыясненной этиологии и генеза», благодаря проведению

комплексного исследования. Отработка методики была проведена на базе централизованного патологоанатомического отделения областной детской клинической больницы (далее – ОДКБ). Точный патологоанатомический диагноз возможен лишь при проведении комплекса исследований с использованием всего доступного спектра – это непосредственно проведение аутопсии, взятие материала для проведения гистологического, цитологического, бактериоскопического, бактериологического исследований и, в обязательном порядке, молекулярно-биологического исследования – ПЦР. Внедрён молекулярно-биологический метод исследования – полимеразная цепная реакция. Работа ведется с клиническим, секционным и архивным материалом. Проводится выявление фрагментов ДНК 42 возбудителей.

Ранее морфологические изменения позволяли установить «ориентировочный» диагноз инфекции, но не давали возможности верифицировать конкретного возбудителя. Осуществление ПЦР позволило поднять диагностику на принципиально иной уровень прямого обнаружения инфекционного агента в аутопсийном материале при инфекционной патологии неясного генеза. В 30 % наблюдений при проведении ПЦР нам удалось уйти от формулировки «инфекция неуточнённой этиологии».

ПЦР осуществляется после проведения гистологического исследования при выявлении морфологического субстрата воспаления. Такая возможность целевого выявления возбудителя определяется условиями взятия материала в момент проведения аутопсии с последующим его замораживанием и хранением в течение 30 суток при максимально низких температурах.

Параллельно производятся посевы материала на бактериальные среды. Важно чтобы посев материала для бактериологического исследования проводился не позднее 8–10 часов с момента наступления смерти. Более длительный срок приводит к обсеменению. Посев производится у секционного стола. Материал тут же доставляется в бактериологическую лабораторию, а при невозможности проведения транспортировки чашки Петри с посевами на среды помещаются в термостат с $t_0 - 37^{\circ}\text{C}$. Также в обязательном порядке проводится бактериоскопическое и гистобактериоскопическое исследования, которые при использовании специальных методов окрашивания препаратов, позволяют визуализировать возбудителя.

При проведении ПЦР-исследования, как в клиническом, так и в секционном материале доминирует обнаружение возбудителей группы герпес-вирусных инфекций. Среди герпес-вирусов чаще всего встречается CMV – 45,5 %, на втором месте EBV – 28,6 %, и на третьем месте HHVVI – 19,7 %.

Данная инновация внедрена и используется в централизованных патологоанатомических отделениях города Омска. Необходимо отметить, что

с учётом специфики работы этих отделений данная методика имеет модификации, с учётом которых могут добавляться дополнительные виды исследований, например, использование иммуногистохимических методов. Технология постановки точного посмертного диагноза имеет на практике реальную возможность использования и при исследовании биопсийного и операционного материала (прижизненное исследование). Так, при исследовании лимфатических узлов, костной ткани, трепанобиоптатов могут использоваться одновременно несколько методов исследований. Сразу после оперативного вмешательства производится быстрая доставка нефиксированного материала в ПАО (при невозможности данная манипуляция проводится в операционной), материал без усилий прокатывают по поверхности сухого обезжиренного стекла (2–3 препарата с одного фрагмента), либо делают отпечатки, после чего немедленно помещают материал в специальные фиксаторы. Данные манипуляции дают возможность использования цитологических, бактериоскопических, иммуногистохимических методов исследования, которые значительно ускоряют возможность постановки точного диагноза.

Координация процесса исследований. За доставку всех видов материала в патологоанатомическое отделение отвечает лечащий врач пациента. В сопровождающих документах, как правило, это направление на гистологическое исследование, лечащий врач указывает обязательные данные о пациенте, клинические данные, обязательно указывает виды и цели исследований. При поступлении материала в патологоанатомические отделения материал попадает в руки врача-патологоанатома и медицинского лабораторного техника, где включается механизм технологии исследования. В частности опыт централизованного патологоанатомического отделения ОДКБ по внедрению и использованию лабораторной информационной системы позволяет заметно оптимизировать рабочий процесс. Система разработана для организации единого информационного рабочего пространства врачей и лабораторных техников в гистологической лаборатории. Функционал данной системы охватывает все этапы гистологического исследования с момента поступления материала в отделение и до постановки диагноза и сдачи препаратов в архив. Комплекс оборудования, входящий в систему, обеспечивает высокую степень автоматизации и стандартизации работы гистологической лаборатории. Уменьшает влияние на процесс человеческого фактора и снижает вероятность возникновения ошибки и постановки неверного диагноза.

Роль специализированной секции «Гистология» в обучающем процессе. В рамках проведения обучающих семинаров, проводимых специализированной секцией ОПСА «Гистология», персоналу патологоанатомических отделений разъясняются особенности при использовании тех или иных методов

и методик при проведении комплексных видов исследований. Регулярно исследуются виды артефактов при проводке материала и проведении всех видов исследований. Все встречающиеся виды артефактов разбираются на месте в блоке возможные артефакты и методы их устранения, в рамках проведения семинара, что, безусловно, повышает профессиональный уровень медицинских лабораторных техников. При невозможности или недостатке компетенции председатель специализированной секции приглашает на следующий семинар консультанта, либо докладывает после консультации необходимую информацию. В целях получения важнейшей технической информации используются возможности онлайн-консультаций с ведущими лабораториями России, обучающими организациями, специализированная секция «Гистология» входит в профессиональное сообщество лаборантов-гистологов, врачей, интересующихся процессом приготовления препаратов, а также всех специалистов, которым так или иначе приходится сталкиваться с приготовлением гистологических препаратов. В данном сообществе мы озвучиваем нашу проблему и через обсуждение с десятками специалистов приходим к её решению.

Специализированная секция «Гистология» – как информационный ресурс повышающий престиж Омской профессиональной сестринской ассоциации и специальности «гистология». Секция является структурным подразделением профессионального комитета ОПСА. Цель ее деятельности – содействие развитию профессионализма фельдшеров-лаборантов, медицинских лабораторных техников в рамках специальности, повышению качества оказания медицинской помощи населению, продвижению новаторских идей, распространению передового опыта, повышению профессионального престижа и статуса специалистов по гистологии. В рамках действующего положения силами членов секции проводятся каскадные методы обучения, информирование членов Ассоциации о проводимых мероприятиях, акциях. Освещение деятельности секции с опорой на информационные ресурсы Ассоциации и иные профессиональные периодические издания. Создание платформы для непрерывного общения специалистов, предоставление консультаций и методической помощи от лица Ассоциации с помощью сайта организации и при проведении различных обучающих мероприятий. Каждый проведённый нами обучающий семинар или конференция способствует повышению профессионализма специалистов и, что немаловажно для общественной организации, повышению членства.

Заключение: в Омской области работает более 140 фельдшеров-лаборантов, медицинских лабораторных техников, имеющих сертификат по специальности «гистология». Развитие специализированной секции «Гистология» видим в повышении профессионализма и внедрении в практику современных,

высокотехнологичных методов и методик через проведение различных форм НМО. Этому способствует творческая и научная работа секции «Гистология». В нашей профессии появляется всё больше грамотных специалистов с активной жизненной позицией, готовых к осмыслению общественной деятельности. Несмотря на трудности в нашей работе, мы готовы преодолевать их и добиваться успеха. Наша цель – повышение профессионализма и престижа специальности «гистология».

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ. ВИРУСИНАКТИВАЦИЯ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ

**М. С. Малофеева – старшая операционная медицинская сестра
отдела заготовки крови и ее компонентов**

*Государственное казенное учреждение здравоохранения
«Центр крови Ленинградской области»*

1. Переливание донорской крови и ее компонентов позволяет спасти жизнь и улучшить здоровье. Ежегодно в мире производится более 85 миллионов процедур сдачи крови, а в Российской Федерации ежегодно переливают компоненты крови полтора миллионам человек. Проблема вирусной безопасности донорской крови и её компонентов является одной из основных в службе крови. Её решение позволяет обезопасить пациента от возможного заражения вирусными инфекциями: ВИЧ, гепатитами В и С и др. Учитывая важность этой проблемы, разработан комплекс мероприятий, направленных на предотвращение передачи инфекционных заболеваний при переливании крови. Вирусинактивация компонентов крови – один из методов повышения вирусной безопасности компонентов крови – внедрена в ГКУЗ «ЦКЛО» с 2009 года.

2. В нашем учреждении применяются две технологии вирусинактивации:

- Метод инактивации вирусов в плазме крови на аппарате Макотроник-фотодинамический с применением метиленового синего. Метиленовая синь – это фенотиазиновый краситель, способный внедряться в структуру нуклеиновых кислот и тесно связываться с остатками гуаносина ДНК/РНК. Послефотодинамической активации в системе Макотроник краситель способен химически повреждать генетический материал, прерывая процесс воспроизводства вируса и препятствовать инфицированию

- Система инактивации вирусов на аппарате Мирасол инактивирует вирусы, бактерии, простейшие и остаточные лейкоциты с помощью ультрафиолета

и рибофлавина (витамина В2). Рибофлавин связывается с нуклеиновой кислотой вируса, а под воздействием ультрафиолета происходит изменение нуклеиновых кислот вирусов и предотвращение репликации патогенов.

3. Описание технологий вирусинактивации плазмы и тромбоцитов

4. Качество и безопасность применяемых методов вирусинактивации.

5. Инактивация вирусов в плазме крови является обязательной процедурой во многих странах Европы перед переливанием плазмы детям, роженицам, больным с иммунными нарушениями, пациентам после трансплантации органов и тканей, перед хирургическими операциями, требующими трансфузий больших объемов плазмы.

Применение метода инактивации вирусов в плазме крови позволяет:

- Обезопасить реципиентов и предотвратить передачу широкого спектра вирусных инфекций при переливании плазмы
- Значительно сократить потери плазмы
- Уменьшить затраты на проведение лейкофильтрации компонентов крови
- Уменьшить затраты на проведение карантинизации плазмы
- Оперативно реагировать и в кратчайшие сроки создавать запасы «безопасной» плазмы в случае возникновения чрезвычайных ситуаций

Выводы по свежзамороженной плазме, прошедшей инактивацию:

- Безопасность
 - Эффективная инактивация вирусов
 - Предупреждающее действие против новых вирусов
 - Обработка единичных доз плазмы предотвращает перекрестную контаминацию (1 донор – 1 пациент)
- Качество
 - Качество плазмы сохраняется
 - Клиническая эффективность остается на прежнем уровне
 - Удаление клеток предотвращает побочные эффекты
 - Показания для переливания те же, что и для карантинизированной плазмы

6. Заключение

Внедрение современных методов в производственной трансфузиологии, увеличение объема вирусинактивированных компонентов крови обеспечивают инфекционную безопасность компонентов крови и уменьшают частоту посттрансфузионных осложнений при проведении гемотрансфузионной терапии

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Л. В. Цыганова – медицинский лабораторный техник

*Клинико-диагностическая лаборатория
областного диагностического центра, ГБУЗ АО Александрo-Мариинская
областная клиническая больница г. Астрахань*

ГБУЗ АО Александрo-Мариинская областная клиническая больница (далее АМОКБ) является одним из крупнейших учреждений здравоохранения Южного федерального округа.

Стационар включает в себя областной перинатальный центр, травматологический центр, сосудистый центр, отделения терапевтического и хирургического профиля, 5 отделений реанимации и интенсивной терапии. Общая мощность стационара составляет 1064 койки. Кроме того, в больнице осуществляется консультативный прием амбулаторных больных (мощность поликлиники 500 посещений в смену). После открытия в 2014 г областного консультативно-диагностического центра, на базе которого располагается лаборатория, КДЛ стала одним из самых крупных отделений клиники (19 врачей и биологов, 56 среднего и 14 младшего медперсонала). Территориально лаборатория представлена основной базой, где в круглосуточном режиме выполняются практически все представленные в номенклатуре лабораторные исследования, и филиалом – резервной клинико-диагностической лабораторией, расположенной в другом корпусе стационара. Создание резервной КДЛ обусловлено необходимостью обеспечения работы клиники на случай чрезвычайных ситуаций, когда функционирование основной лаборатории окажется невозможным. Поддержание работоспособности резервной лаборатории обеспечивается еженедельным обходом структуры медицинским лабораторным техником, контролем работоспособности оборудования и сроков годности реагентов. Учитывая структурную особенность больницы и круглосуточный прием пациентов в экстренном и плановом порядке, для обеспечения лабораторными исследованиями пациентов стационара и консультативной поликлиники пришлось радикально изменить организацию работы клинико-диагностической лаборатории АМОКБ. Изначально лаборатория делилась на плановый и экстренный отделы, часть лаборантов работала по графику, а часть – только в дневное время, в настоящее время такие понятия как «плановый и экстренный отделы», «работа только в дневное время и работа

только в дежурствах» ликвидированы. Работа лаборантов осуществляется по скользящему графику. Плановые исследования выполняются ежедневно всю неделю (включая выходные и праздничные дни). Прием биоматериала с 6 до 10 часов утра (в 6.00 отделения новорожденных, анестезиологии и реанимации, палаты интенсивной терапии, в 7.00 отделения перинатального центра и далее с 8.00 до 10.00 прочие отделения стационара с интервалом в 15 минут, в соответствии с утвержденным графиком). Параллельно работает группа для проведения экстренных исследований, выполняющая исследования для отделений и палат реанимации и интенсивной терапии. Кроме того, эта группа обеспечивает лабораторное обследование пациентов, поступающих в экстренном порядке и тяжелых пациентов уже находящихся на стационарном лечении. Биоматериал от данной категории пациентов принимается круглосуточно. Объем проводимых исследований, выполняемых плановой и экстренной группами за сутки, примерно одинаковый. Состав групп постоянно меняется. Одновременно происходит ротация лаборантов внутри группы плановых исследований: каждый из специалистов среднего звена «проходит» поочередно все отделы КДЛ (биохимический, гематологический, общеклинический и т.д.), детально осваивая технологию проведения исследований на рабочем месте. Разумеется реализация указанного проекта требует значительных затрат времени и дополнительной нагрузки на «принимающий» отдел. Практически, обучение лаборанта занимает почти год и на всем протяжении требует неусыпного контроля. Но в итоге мы получаем специалиста, знающего особенности технологического процесса на любом участке работы КДЛ, а это позволяет оперативно решать проблему замен «оголившихся» участков работы. Подобный методический подход приемлем еще и потому, что уровень подготовки молодых кадров, приходящих на работу после колледжа, далеко не всегда соответствует запросам современной лаборатории. И дело не только в том, как они учились или как их учили, а еще и в индивидуальных особенностях материально-технической базы каждой лаборатории. Ни один колледж не может позволить себе роскошь иметь все модели современных анализаторов, и даже с учетом производственных практик, вероятность того, что вновь поступившие на работу специалисты владеют нужными в конкретной лаборатории методиками работы очень невелика. Работа по обучению среднего медицинского персонала современным технологиям лабораторных работ, а также требованиям санитарно-противоэпидемического режима, правил утилизации отходов, техники безопасности, пожарного режима и действий в чрезвычайных ситуациях характеризуется значительными затратами времени административного и технического персонала лаборатории, которые в итоге окупаются значительной маневренностью и гибкостью системы

клинических лабораторных исследований в больнице. С учетом довольно внушительного штата КДЛ (напомню, что в штате лаборатории более 50 специалистов среднего звена), процесс обучения и контроля организован не только непосредственно на каждом рабочем месте, но и осуществляется путем проведения общих занятий с использованием презентаций, видеоматериалов, а также веб-семинаров. Периодический контроль усвоения материалов проводится с помощью программы компьютерного тестирования по всем разделам работы.

Следующей «больной» точкой работы КДЛ является взаимодействие с персоналом отделений больницы. Часть преаналитического этапа (на который, как всем нам хорошо известно, происходит львиная доля внелабораторных ошибок и как следствие отбраковка биоматериала) осуществляется сотрудниками отделений и де-юре неподвластна лаборатории. Но подключение клиничко-диагностической лаборатории к медицинской информационной системе больницы – МИС позволило усилить контроль деятельности «нелабораторного» медицинского персонала по выполнению требований преаналитического этапа (время забора биоматериала, частота забора, сроки доставки, правильность оформления направлений и т.п.), а так же своевременности выполнения заказанных исследований. Внедрение в МИС модуля «Лаборатория» сделало процесс внелабораторного преаналитического (назначение исследований, движение биоматериала) и постаналитического этапов (ввод, коррекция и представление результатов исследования в электронной истории болезни) полностью прослеживаемым в реальном времени. С учетом существующей в АМОКБ системы индивидуальных электронных паролей, вводимых на каждом этапе выполнения анализа, любое действие персонала, можно проследить поименно, что резко сокращает количество канувших в неизвестность пробирок, которые вроде бы кто-то принес, и даже вроде бы кто-то видел, но кто и где – неизвестно. В итоге, даже при отсутствии лабораторной информационной системы, существующие в КДЛ компьютерные технологии позволили значительно облегчить работу среднего медперсонала практически на всех этапах выполнения исследований.

К сожалению, невозможно сразу в одном выступлении осветить всю работу лаборатории, даже если рассматривать только деятельность среднего медперсонала. Поэтому, я попыталась осветить вопросы, возможно, оказавшиеся наиболее существенными именно для нашей лаборатории в определенный период развития, но, надеюсь, вызвавшие отклик и у вас.

ТЕЗИСЫ ПОСТЕРНОЙ СЕССИИ

ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ФАРМАЦЕВТОВ ИНСТИТУТА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ. ОБМЕН ОПЫТОМ

Т. А. Ващенко

Старший преподаватель кафедры организации сестринского дела, заместитель декана факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки средних медицинских работников и фармацевтов Института повышения квалификации специалистов здравоохранения Хабаровского края

Факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки средних медицинских работников и фармацевтов (ФПКипПСМРиФ) организован в Институте повышения квалификации специалистов здравоохранения в 2001 году. Факультет является уникальным, подобных образовательных структур на Дальнем Востоке нет.

Первым деканом факультета была Надежда Ивановна Сивораक्षा, которая внесла большой вклад в организацию и становление факультета, с 2010 по 2013 год – Ирина Владимировна Ткаченко, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой сестринского дела в педиатрии, с 2007 по 2010 год и по настоящее время факультет возглавляет Нина Васильевна Новикова, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии, отличник здравоохранения.

Главные цели деятельности ФПКипПС МРиФ:

- обеспечение условий и возможностей для непрерывного профессионального образования специалистов со средним медицинским образованием на последипломном уровне;
- обеспечение потребности системы здравоохранения Хабаровского края в повышении квалификации средних медицинских работников.

Ежегодно проводится более 300 различных учебных циклов. Последипломное образование средних медицинских и фармацевтических работников осуществляется по 32 специальностям, определенным номенклатурой специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием.

Обучение средних медицинских работников проводится на 18 кафедрах. Большинство кафедр в ИПКСЗ являются смешанными. В структуре

факультета имеется 3 кафедры, специализированные на обучение медицинских сестер и фельдшеров:

- кафедра сестринского дела (заведующая кафедрой Елена Викторовна Неврычева, к.м.н., доцент);
- кафедра организации сестринского дела (заведующий кафедрой Климентин Петрович Топалов, к.м.н., доцент);
- кафедра сестринского дела в педиатрии (заведующая кафедрой Ирина Владимировна Ткаченко, д.м.н., доцент).

Практические занятия проходят на кафедрах, расположенных в ведущих клинических организациях здравоохранения города. Большое внимание на факультете уделяется не только традиционным формам подготовки специалистов, но и привитию слушателям навыков научно-исследовательской работы в соответствии с основными научными направлениями в институте: качество жизни пациентов с различными проблемами со здоровьем, управление сестринской деятельностью в различных организациях здравоохранения, а также качество жизни средних медицинских работников. С 2010 по 2011/6 года была организована интернатура по специальности «Управление сестринской деятельностью».

За 15 лет работы подготовлено свыше 59 000 специалистов со средним медицинским образованием. Подготовка слушателей среднего звена проводится практически на всей территории Дальневосточного федерального округа: в Петропавловске-Камчатском, Сахалинской области, Магаданской и Амурской областях, Приморском крае, Республике Саха (Якутия), Чукотском автономном округе. Функционирование краевого телемедицинского центра на базе Института позволяет расширить возможности обучения специалистов здравоохранения на основе создания телемедицинской информационной среды Хабаровского края. Такой характер проведения многих образовательных программ позволяет повышать квалификацию средних медицинских работников в отдаленных и труднодоступных районах Хабаровского края. Преподаватели факультета средних медицинских работников и фармацевтов выезжали в Аяно-Майский, Тугуро-Чумиканский, им.Полины Осипенко, Ульчский, Николаевский, Амурский, Охотский, Ванинский, Нанайский, Советско-Гаванский, Бикинский, им.Лазо, Вяземский районы. Таким образом, в Хабаровском крае не осталось ни одного района, где бы не побывали наши преподаватели. Наиболее востребованными специальностями являются «Сестринское дело» – прошли обучение 21097 слушателей, «Сестринское дело в педиатрии» – 4132, «Фармация» – 2010, «Акушерское дело» – 1294, «Лабораторная диагностика» – 2324, «Рентгенология» – 1443 слушателей.

Все эти годы образовательный процесс на факультете динамично развивался, быстро реагируя на потребности практического здравоохранения, в связи с этим были организованы семинары и программы повышения квалификации: «Актуальные вопросы вакцинопрофилактики», «Актуальные вопросы дезинфекционного дела», «Паллиативная медицинская помощь», «Диагностика злокачественных новообразований на догоспитальном этапе», «Современные вопросы диетологии», «Избранные вопросы вирусологии», «Аудиологический скрининг новорожденных и детей первого года жизни», «Аntenатальный КТГ- скрининг в акушерстве», «Актуальные вопросы оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров», «Организация хранения, учета и отпуска лекарственных препаратов в медицинских организациях, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность». Начали работать такие актуальные программы для специалистов по оказанию скорой и неотложной помощи, как «Современные представления о ТЭЛА и тромболитической терапии», «ЭКГ при неотложных состояниях», «Неотложная помощь на догоспитальном этапе». С 2016 года на факультете введены программы профессиональной переподготовки по специальностям; сестринское дело, лечебное дело, сестринское дело в педиатрии, организация сестринского дела, медицинская статистика, диетология.

Обучение в ИПКСЗ открывает широкие возможности для специалистов со средним медицинским образованием развиваться дальше, двигаться по карьерной лестнице и получать новые знания.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

**Т.А. Воронкова – старшая медицинская сестра
психотерапевтического амбулаторного отделения**

*Бюджетное учреждение Здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова» г. Омска*

Актуальность исследования. В структуре всей психической патологии пограничные психические расстройства составляют около 80 %, а диапазон их распространенности в общем населении чрезвычайно высок – от 17 до 210 на 1000 населения. Заболевания невротического круга, как правило, поражают лиц трудоспособного возраста и зачастую оказываются причинами значительного снижения качества жизни больных, а в ряде случаев – длительной и рецидивирующей нетрудоспособности. В этой связи возникает необходимость

комплексного подхода раннего выявления состояний психоэмоционального напряжения, которые предшествуют пограничным психическим расстройствам. Особую роль, в данном аспекте лечебно-профилактической работы играют медицинские сестры разных специальностей, работающие, как в стационарных, так и в амбулаторных звеньях, оказывающие первичную, много-профильную и специализированную помощь населению.

Новизна исследования заключается в том, что впервые были разработан комплексный подход к профилактике эмоциональных нарушений у лиц трудоспособного возраста.

Цель исследования: разработать комплексный подход, направленный на профилактику эмоциональных нарушений у лиц трудоспособного возраста.

Основные задачи участка медицинских сестер в решении данной проблемы могут быть обозначены следующим образом:

1. Обучение медицинских сестер сестринской диагностике признаков пограничных расстройств, в частности склонности к тревожным реакциям с оценкой анамнеза, психического статуса с использованием шкал тревоги и депрессии Гамильтона и HADS.

2. Формирование у медицинской сестры навыков по доврачебной коррекции проблемного реагирования на психосоциальные обстоятельства.

3. Обучение медицинских сестер навыкам само и взаимодиагностики первых признаков социально стрессовых расстройств.

4. Профилактика пограничных эмоциональных нарушений в сестринских коллективах за счет выстраивания доброжелательной, комфортной профессиональной среды; разрешение на ранних стадиях производственных сложностей и конфликтов.

5. Участие медицинских сестер в лечебно-реабилитационных мероприятиях у пациентов с пограничными расстройствами, а также у лиц соматоневрологическими заболеваниями и коморбидными тревожно-депрессивными нарушениями.

6. Оценить эффективность комплексного подхода к профилактике эмоциональных нарушений у лиц трудоспособного возраста.

Критерии включения: лица трудоспособного возраста, страдающие различными формами НППР (шифры F4, частично F3 и F0 по МКБ-10).

Критерии исключения: лицо не входящие в рубрики F4, частично F3 и F0 по МКБ-10, не имеющие работы или находящие на пенсии, а также пациенты, не желающие принимать участие в исследовании.

Размер выборки – 80 пациентов.

Методы исследования:

– анализ статистических данных;

- наблюдение (лист сестринского наблюдения);
- анкетирование (шкала тревоги и депрессии Гамильтона и HADS).

Обработка полученных данных проводилась в программе «Статистика 6.0» и «Excel – 2007».

Ход исследования. Исследование проводилось на базе БУЗОО «КПБ им.Н.Н. Солодникова» в психотерапевтическом амбулаторном отделении с февраля 2016 года по ноябрь 2016 года.

Нами был разработан комплекс мероприятий «Медицинская сестра в психотерапии», который включал в себя следующие этапы:

1. Введение в программу подготовки вышеизложенной проблематики.
2. Использование полученных теоретических знаний и практических навыков в работе с пациентами пограничного профиля и с дозонологическими признаками.
3. Сестринская диагностика пограничных психических расстройств (с оценкой анамнеза, психического статуса с использованием шкал тревоги и депрессии Гамильтона и HADS).
4. Участие медицинских сестер в специальной программе психосоциальной реабилитации пограничных больных «Школа радости» с оценкой ее эффективности.
5. Участие медицинских сестер в специализированной школе «Профилактика эмоционального выгорания».

В целях объективизации результатов исследования были использованы следующие методы: клинко-катамнестическое изучение пациентов и участников образовательных программ, экспериментально-психологическое исследование, динамическое и скрининг-диагностическое с использованием психометрических шкал.

В ходе исследования были получены следующие результаты. Медицинские сестры первичных, многопрофильных и специализированных звеньев владеют навыками выявления дозонологических признаков пограничных психических расстройств на низком уровне. После проведенного семинара-тренинга, который прошли 19 медицинских сестер, 68 % медицинских сестер стали обращать внимание на данные симптомы в ходе сбора сестринского анамнеза и изучения жалоб причин обращения пациентов.

В ходе бесед медицинских сестер с пациентами 86 % из них стали учитывать критические возрастные периоды и описывать связь между сложными психосоциальными обстоятельствами пациентов и уровнем их психического здоровья.

При выявлении клинических признаков пограничных психических расстройств или наличия в анамнезе пациента сложных ситуаций в процессе

организации комплекса программ психосоциальной реабилитации, медицинские сестры сообщали лечащему врачу о данных обстоятельствах, и при реализации полипрофессиональной помощи участвовали в процессе составления индивидуализированного плана лечения.

В ходе семинара-тренинга 19 медицинских сестер в удовлетворительной степени освоили навыки первичной психотерапевтической помощи и включила в свою повседневную работу элементы релаксационной и телесно-ориентированной психотерапии, психодраммы. Кроме того, при проведении групповой релаксационной и телесно-ориентированной терапии эти медицинские сестры включались вместе с врачами – психотерапевтами, выполняя таким образом функцию ко-терапевта. Для оценки эффективности комплексного подхода было проведено изучение динамики психоэмоционального напряжения в 2 однородных группах пациентов с тревожно-депрессивными состояниями. В первой группе (36 пациентов) психотерапию проводили только врачи, во второй (44 пациента) принимали участие медицинские сестры. В первой группе показатель депрессии в среднем снизился на $3,45 \pm 1,02$ балла, тревоги на $2,31 \pm 0,98$ балла, а во второй – на $4,23 \pm 1,13$ и $4,54 \pm 0,76$ соответственно ($p \leq 0.05$), что достоверно свидетельствует об эффективности данной технологии психиатрического сервиса с участием медицинских сестер.

В ходе проведения специализированных школ по профилактике эмоционального выгорания среди медицинских работников БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников» с февраля 2016 года по ноябрь 2016 года ($n = 39$) было выявлено, что у 50 % медицинского персонала отмечалась высокая степень эмоционального выгорания по опроснику Маслах-Джексан. Занятия в школе проводились в течение 2-х недель в 3 этапа:

I этап – верификация уровня эмоционального выгорания и планирование индивидуального профилактического комплекса;

II этап – теоретическая часть – ознакомление с понятием эмоционального выгорания, признаками, стадиями и методами профилактики;

III этап – практическая часть – релаксационная психотерапия, телесно-ориентированная психотерапия.

Контрольное исследование показало, что эмоциональное состояние участников школы улучшилось: явления физического и психического дискомфорта практически исчезли, появилось чувство собранности и готовности к работе, и снизился уровень увольнения медицинских сестер, уровень формально выгоревших медицинских сестер упал 2,6 раза

Результат исследования:

1. Комплексный подход к профилактике психоэмоциональных проблем стабилизирует аффективное состояние его субъектов, способствует

нормализации эмоционального фона личности и вносит существенный вклад в предотвращение пограничных психических расстройств.

2. Участие медицинских сестер в психосоциальной профилактике и адаптации у лиц с кризисными состояниями и пограничными психическими расстройствами в значительной степени повышает эффективность лечебно-реабилитационных программ и качество оказания медицинской помощи.

3. Специализированные превентивные программы, входящие в разработанный комплекс, существенно повышают профессиональное здоровье медицинских сестер и, опосредованно, эффективность функционирования медицинской организации.

4. Комплексный подход профилактики эмоциональных нарушений у пациентов с пограничными расстройствами расширяет функции медицинской сестры, вводит ее в ранг «ко – терапевта», центральным звеном в оказании профилактической помощи.

Выводы:

1. Сестринская диагностика психоэмоциональных нарушений у пациентов должна проводиться на всех этапах первичной, многопрофильной и специализированной медицинской помощи.

2. Профилактические мероприятия в отношении психоэмоциональных проблем у тематических групп (лица с психосоциальными стрессами, больные с пограничными психическими расстройствами) должны проводиться на комплексной основе с активным участием медицинских сестер в контексте полипрофессиональной помощи.

3. Профилактические программы в отношении медицинских работников в любой медицинской организации должны стать неотъемлемой частью системы оздоровления медицинского персонала.

ВЫБОР РАСХОДНОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПРЕСС-БИОПСИИ

Л. В. Зрюнина

*Старший лаборант централизованного патологоанатомического отделения
бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «
Городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н.»,
заместитель председателя специализированной секции Омской
профессиональной сестринской ассоциации «Гистология», г. Омск*

А. М. Фильчаков

*Старший лаборант централизованного патологоанатомического отделения
бюджетного учреждения здравоохранения Омской области
«Областная детская клиническая больница»,
председатель специализированной секции Омской профессиональной
сестринской ассоциации «Гистология», г. Омск*

Актуальность. Назначение экспресс-биопсии производится непосредственно перед проведением оперативного вмешательства с целью определения степени поражения (злокачественности) удаляемой ткани или органа. Использование методики проведения экспресс-биопсии оправдано и целесообразно в многопрофильных стационарах, больницах скорой медицинской помощи, имеющих операционные и хирургические стационары. Пациенты зачастую поступают в тяжелом состоянии, и многим из них требуется срочное оперативное вмешательство. Пациенты не могут быть тщательно обследованы (нет времени), не имеют точного диагноза.

Срочная или экспресс-биопсия проводится в условиях патоморфологических, патологоанатомических, гистологических лабораториях (отделениях), либо в экспресс-лабораториях, оснащенных микротомом, микроскопом и при наличии специалистов-гистологов.

Для проведения данного сложнейшего исследования в обязательном порядке извещается руководитель патоморфологической лаборатории (патологоанатомического отделения), и указывается ориентировочное время готовности персонала лаборатории выполнить данный вид исследования. Проведение экспресс-биопсии необходимо для принятия хирургом решения об объеме операции. Экспресс-биопсия проводится в течение 20-25 минут, пациент в это время находится с открытым хирургическим полем на операционном столе. За это время необходимо изготовить гистологический препарат, окрасить его обзорной окраской и поставить морфологический диагноз.

Этапы проведения экспресс-биопсии:

- использование моментальной фиксации ткани;
- применение замораживающего микротомы или криоспрея для изготовления серийных срезов;
- проведение окраски препарата методом гематоксилин-эозин;
- покрытие среза покровным стеклом;
- микроскопия;
- морфологическое описание;
- передача результата в операционную (телефон + компьютерная сеть).

Практика доказала, что изготовление среза на замораживающих микротомов различных видов занимает 15–20 минут, что в целом не позволяет выполнить все этапы за отведенное время. При применении криоспрея изготовление срезов из замороженной ткани занимает максимум 10–15 минут, что позволяет выполнить последующие этапы за оставшиеся 10 минут. В процесс проведения исследования при изготовлении срезов из замороженной ткани использовались различные виды и типы тканей по плотности и эластичности. Фиксацию тканей проводили путём нагревания. Степень фиксации определялась визуально до изменения цвета от красно-розового до коричневого цвета с заметным изменением консистенции исследуемого фрагмента.

Сравнительные характеристики:

- При применении криостата, даже самого современного типа, требуется наличие специальных знаний, умений и навыков лабораторной техники работы на таком оборудовании, при использовании криоспрея достаточно нескольких «тренировок» в привычных условиях рутинной работы, на «своих» микротомов и знания алгоритма действия всех участвующих в процессе.
- При использовании криостата задействован один специалист, другие члены бригады ожидают получения качественных срезов, что явно удлиняет этап проведения экспресс-биопсии. При использовании криоспрея и при наличии достаточного объема материала, возможно одномоментно получить несколько срезов от разных лабораторных техников, соответственно в результате получить больше препаратов из разных слоев доставленного фрагмента – это повышает диагностическую ценность исследования.
- Учитывая возможность одномоментного получения значительно большего количества препаратов, сокращается время проведения этапов микротомирования и окраски препаратов, возможность микроскопирования препаратов несколькими врачами сразу.

Экономическая эффективность. Приобретение криостата в настоящее время крайне дорогостоящее мероприятие, учитывая, что на рынке в основном импортный производитель, цена колеблется от 2 до 10 миллионов рублей,

покупка сопряжена с проведением процедур, требующих массу согласований, и проведение торгов, даже если на закупку аппаратуры выделены средства. Цена криоспрея на рынке колеблется от 350 до 500 рублей за флакон. Любая патоморфологическая лаборатория может позволить провести закупку данного реагента, минуя торги (тендеры), и соответственно пользоваться методикой проведения экспресс-биопсии, достаточно иметь рабочий микротом, микроскоп и штатных специалистов. Экономическая эффективность неоспорима.

Справедливости ради необходимо отметить, что использование криостатов оправдано в патоморфологических лабораториях при онкологических стационарах, где операции соответствующего профиля проводятся регулярно и в больших количествах, хотя в таких стационарах, как правило, выполняются плановые операции с соответствующим предоперационным обследованием и постановкой точного диагноза и определение вида опухоли с использованием современных лабораторных методов.

Обучение персонала. Специализированная секция Омской профессиональной сестринской ассоциации «Гистология» регулярно проводит обучающие семинары, мастер-классы по обучению методике проведения экспресс-биопсии с использованием криоспрея, в том числе и через каскадный метод обучения. Медицинским лабораторным техникам в режиме реального времени демонстрируется весь процесс изготовления экспресс-биопсии с проведением хронометража, предлагается алгоритм действий каждого специалиста, участвующего в процессе.

Заключение. Проведение экспресс или срочной биопсии во все годы считалось верхом мастерства фельдшера-лаборанта, лаборанта, а сейчас медицинского лабораторного техника, работающего в гистологии. Проведение такого вида гистологического исследования, безусловно, требует командной и слаженной работы, ведь за таким исследованием человек, находящийся на операционном столе и от того как отработает эта команда, зависит объем операции, а, соответственно, длительность реабилитации и снижение количества инвалидизации пациентов.

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ ЧРЕЗКОЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПОЧКИ

Т. А. Иванченко – операционная медицинская сестра урологического отделения (для больных с хирургическими гнойными заболеваниями)

Ю. Ю. Бурунова – старшая медицинская сестра учебно-методического кабинета по работе с сестринским персоналом

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1», г. Омск*

Мочевыделительная система человека – это система органов, отвечающих за формирование, накопление и выделение мочи у человека. Заболевания мочевыделительной системы нередко осложняются нарушением оттока мочи из почек, в результате чего развивается такое осложнение, как гидронефроз – расширение чашечно-лоханочной системы почки, приводящее к полному нарушению ее функций. При этом пациент испытывает тупые, ноющие боли в поясничной области, которые в случае развития воспаления могут сопровождаться повышением температуры тела и ознобом. Причины обструкции могут быть, как урологические – мочекаменная болезнь (камни почек, мочеточника), новообразования мочеточника, мочевого пузыря, простаты, аденома простаты (ДГПЖ), так и не урологические – сдавление и прорастание мочеточников опухолями других локализаций, гематологические (лимфомы, лимфаденопатии). Одной из важнейших в урологии остается проблема выбора метода ликвидации обструкции верхних мочевых путей и восстановления адекватного пассажа мочи.

Одним из передовых методов устранения данной проблемы является чрезкожная пункционная нефростомия (ЧПНС) – эффективный, малоинвазивный метод дренирования верхних мочевых путей. Кроме того, данная процедура является первым этапом перед другими операциями: удалением камней, биопсией чашечно-лоханочной системы почки, расширении или рассечении мочеточников при стриктурах.

При таких заболеваниях, как мочекаменная болезнь (МКБ), гестационный пиелонефрит беременных, процедура стомирования является временным способом лечения гидронефроза.

Но, несмотря на малую инвазивность и малую травматичность данной операции, после установки нефростомического дренажа пациент сталкивается с рядом проблем физического и эмоционального характера.

Цель исследования – выявить особенности ухода за пациентами с нефростомическим дренажом, предотвратить осложнения в послеоперационном

периоде, появления у пациентов проблем физического и эмоционального характера, обучить пациентов уходу за нефростомическим дренажом, улучшить качество жизни пациента.

Задачи исследования:

- оценить эффективность ухода за пациентами после ЧПНС;
- обучить пациентов уходу за нефростомическим дренажом;
- оценить влияние негативных факторов на эмоциональный настрой пациента;
- разработать индивидуальные листы наблюдения за пациентами, индивидуальные дневник наблюдения для пациентов, методические рекомендации по уходу за нефростомическим дренажом в домашних условиях.

Материалы и методы исследования. В проспективном исследовании приняли участие мужчины – 80 % и женщины – 20 % в возрасте от 18 до 65 лет, находящиеся на лечении в урологическом отделении городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 1 (далее – ГК БСМП № 1). Проведен анализ процентного соотношения поступивших пациентов с диагнозом «гидронефроз» за период с 2011 по 2016 гг.:

- мочекаменная болезнь – 80 %;
- опухоли мочеточника, мочевого пузыря – 10 %;
- сдавление и прорастание мочеточников опухолями других локализаций – 5 %;
- гестационный пиелонефрит беременных – 5 %.

За период с 2011 по 2016 гг. возросло количество ЧПНС на 43 операции. Это связано с тем, что проведение данного оперативного вмешательства становится наиболее предпочтительным по многим причинам:

- отпадает необходимость в большой открытой операции;
- органосохраняющая операция;
- операция малотравматична и проводится под местной анестезией;
- 90 % пациентов могут передвигаться самостоятельно уже в первые сутки после операции;
- сокращается потребность в большом количестве медикаментозного лечения;
- пациент способен сам удовлетворять свои физические потребности;
- сокращается количество дней, проведенных пациентом в стационаре.

Пациентам контрольной группы предложен «Индивидуальный дневник наблюдения пациента». Пациенты с помощью медицинской сестры фиксировали свои наблюдения за функционированием нефростомического дренажа, функциональным состоянием, начиная с первых суток после операции и до выписки из стационара. Работа с дневником позволила отвлечь пациентов от

эмоциональных переживаний, обучиться самостоятельному уходу за нефростомическим дренажом.

В ходе исследования разработан «Лист наблюдения за пациентом в послеоперационном периоде» с учетом необходимых параметров, что позволяет медицинской сестре грамотно организовать наблюдение и уход за пациентом, обучение уходу за нефростомическим дренажом.

Результаты. В результате проведенного исследования отмечается улучшение качества ухода за пациентами с нефростомическим дренажом. Пациенты контрольной группы отметили, что тесное сотрудничество с медицинской сестрой оказывает положительное влияние на психоэмоциональный настрой, дает возможность качественно организовать самоконтроль и адаптироваться к новым условиям жизни. В ходе проведенного исследования разработаны и внедрены методические рекомендации «Уход за нефростомическим дренажом в домашних условиях».

Вывод. Особенностью сестринского ухода за пациентами после чрезкожно-пункционной нефростомии является работа в тандеме «пациент – медицинская сестра». Важно не оставить пациента наедине со своим заболеванием, обучить самостоятельному уходу за нефростомическим дренажом пациента как в условиях стационара, так и в домашних условиях, что позволит улучшить качество жизни пациента.

ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ «РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ»

**О.С. Якушева – старшая медицинская сестра
хирургического отделения № 3 к**

И. В. Иващенко – главная медицинская сестра

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клинический онкологический диспансер», г. Омск*

Обеспокоенность и повышенное внимание к онкологии – одна их характерных черт в здравоохранении на современном этапе, что обусловлено устойчивой тенденцией роста онкологической заболеваемости во всем мире.

Рак молочной железы представляет серьезную медицинскую и социальную проблему. Среди всех онкологических заболеваний занимает лидирующие позиции. Согласно статистике, более 1 500 000 женщин по всему миру страдают от этой патологии, примерно 400 000 случаев заканчиваются трагическим исходом.

В Омской области в структуре заболеваний наиболее распространенными формами злокачественных новообразований являются рак кожи –14,6 % (в 2015 году – 14,8 %), трахеи, бронхов и легкого –11,5 % (в 2015 году – 11,1 %), рак молочной железы –11,2 % (2015 год – 11,1 %) и занимает третье место.

Потеря молочной железы как части тела играет важную роль в сексуальной жизни женщины, приводит к серьезным психологическим проблемам. Для многих женщин, особенно с высокими эстетическими запросами, восстановление органа имеет определяющее значение в лечении рака молочной железы.

Актуальность медико-социальной реабилитации пациенток, перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы, повышения качества их жизни привело к необходимости выполнения реконструктивно-пластических операций.

Многочисленные исследования выявили низкую информированность пациенток с данной патологией в вопросах самообследования, диагностики и лечения рака молочной железы. Для обеспечения высокого уровня оказания сестринской помощи онкологическим пациентам было решено уделить дополнительное внимание обучающей функции медицинской сестры.

Современной формой осуществления такой деятельности является Школы здоровья.

Целью организации Школы здоровья является формирование адекватного отношения пациенток к заболеванию, лечению, выполнению всех рекомендаций медицинских работников и мотивации к выздоровлению.

Задачи обучения в Школе здоровья:

1. Предоставить пациенткам необходимую информацию о заболевании, стоящих перед ними проблемах и путях их решений.

Помощь в организации здорового образа жизни, способствующего профилактике осложнений, путем повышения их гигиенической грамотности и медицинской активности.

2. Обучение пациенток методам самоконтроля своего состояния, методам необходимых реабилитационных мероприятий, с учетом психологического и эмоционального состояния.

На основании поставленных целей и задач составлен план проведения занятий в Школе здоровья. В структуре занятий 20-30 % составляет лекционный материал, 30-50 % -практические занятия, 20-30 % отводится на обсуждения, дискуссии, ответы на вопросы; 10 % – на индивидуальное консультирование.

Занятия проводятся в виде лекций, бесед, дискуссий. При желании пациенток организуются круглые столы с теми, кто уже перенёс подобную операцию, лечение и имеет практический опыт в преодолении такого недуга.

Численность группы составляет от 5 до 15 человек. Длительность занятий – 40-50 мин, обучающий цикл – 4 занятия. К последнему занятию пациентка самостоятельно применяет полученные знания для самоконтроля за состоянием здоровья, проводит самооценку, выполняет рекомендованный комплекс упражнений.

За период работы школы прошли обучение 4871 человек (2009 г. –388, 2010 г. –424, 2011 г. –547, 2012 г. –622, 2013 г. –741, 2014 г. –744, 2015 г. –653, 2016 г. –752). С каждым годом количество слушателей увеличивается.

Итоги работы Школы:

1. Разработана дифференцированная программа физической реабилитации пациентов после хирургического лечения злокачественных опухолей молочной железы с учетом тяжести заболевания и реабилитационных этапов.
2. Сократились сроки реабилитации с 6 до 1,5–2 месяцев.
3. Уменьшилась выраженность постмастэктомических осложнений (выраженный болевой синдром в плечевом суставе, тугоподвижность плечевого сустава на стороне операции, отек верхней конечности на стороне операции, нарушение осанки, снижение мышечной силы на стороне операции, атрофия мышц плечевого пояса).
4. Лечебная гимнастика способствовала наиболее раннему восстановлению работоспособности пациенток после мастэктомии.
5. Ведение дневника самоконтроля помогло оценить уровень усвоения навыков пациентками.

Выводы:

- занятия в Школе здоровья являются реальной возможностью получения знаний и умений для адаптации женщин к изменившимся условиям жизни;
- Школа представляет собой последовательную, восстановительную работу по реализации задач обучения, оказания психологической помощи пациенткам;
- в процессе работы были подготовлены рекомендации и памятки, с учетом восприятия имеющегося заболевания, которые используются не только в стационаре, но и на дому;
- опыт Школы был принят медицинскими сестрами других отделений в их профилактической работе с пациентками;
- оказание специализированной помощи позволяет сократить сроки реабилитации, улучшить качество жизни.

Работа в Школе здоровья является важной составляющей в системе здравоохранения по обучению и профилактике, оказания моральной и психологической помощи, где основная нагрузка по адаптации пациента лежит на медицинских сестрах.

ВЫБОР ВЕНОЗНОГО ДОСТУПА, ОРИЕНТИРОВАННОГО НА ПАЦИЕНТА

**Е.В. Ильиных – старшая медицинская сестра
отделения гематологии и химиотерапии**

**Г.А. Киселева – старшая медицинская сестра
учебно-методического кабинета**

М.Э. Перетятко – старшая медицинская сестра стационара

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н.», г. Омск*

В современном сестринском деле широко используются достижения медицинской науки и техники, применяются инновационные технологии, которые позволяют значительно улучшить качество сестринского ухода и облегчить труд медицинского работника, повысить качество жизни пациента.

Актуальность инновации. Во многих развитых странах использование имплантируемого венозного порта входит в современные стандарты химиотерапии и предусматривается требованиями международных исследовательских протоколов. В России подобных утвержденных документов нет. Подкожные катетеры не входят в систему обязательного медицинского страхования (ОМС). Однако российский опыт (по данным Российского онкологического научного центра им Н.Н. Блохина) показал высокую надежность и целесообразность применения подкожных венозных портов в клинической практике.

Для лечения пациентов, имеющих онкологические заболевания, в настоящее время широко применяется метод химиотерапии, эффективность которого предполагает увеличение доз препаратов, продолжительность и повторяемость курсов лечения. Обычно введение лекарственных препаратов осуществляют через периферический или центральный венозный катетер. Неоднократные пункции и катетеризации периферических вен для проведения диагностических тестов, осуществления поддерживающего лечения и парентерального питания снижают качество жизни пациентов, так как процедуры сопряжены с раздражением сосудистой стенки, приводящим к болевым ощущениям, риском развития флебита, флеботромбоза, некроза тканей при случайной экстравазации ряда лекарственных средств.

В 1995 году в России была произведена первая имплантация порт-системы для осуществления свободного длительного сосудистого доступа. На данный момент существует более 10 различных видов портов: стационарные подкожно – имплантируемые порты, порты низкого профиля, двойные порты с двух-просветным катетером, имплантируемые порт – системы для инфузии

высокого давления и для контрастной компьютерной томографии, а также подкожно имплантируемые порт-системы сосудистого доступа томографии и подкожно имплантируемые порт-системы сосудистого доступа.

Порт-система позволяет использовать венозный, артериальный, перитонеальный, плевральный или спинальный доступ в течение длительного периода времени.

С 2013 года в городской клинической больнице № 1 им Кабанова А.Н. в отделении гематологии и химиотерапии получают лечение четыре пациента с имплантируемыми порт-системами, в среднем, по 7 курсов лечения в год.

Цель внедрения имплантируемых порт систем – повышение качества жизни пациентов с онкологическими заболеваниями с обеспечением безопасности свободного длительного венозного доступа при выполнении сестринских манипуляций.

Современная порт-система, применяемая для проведения химиотерапии, представляет собой имплантируемый катетер, прикрепленный к камере, расположенной подкожно. Главными компонентами порт-системы является порт, состоящий из основного корпуса, силиконовой мембраны и, обычно, титанового резервуара, который подключается к катетеру при помощи канюли. Для инъекции используется исключительно игла Губера (Сурекан) с особой формой острия, которая не повреждает порт. Установка порта проводится в асептических условиях, в операционной под местной анестезией.

Для осуществления длительных инфузий в настоящее время в основном применяется три вида внутривенного доступа:

- через периферический венозный катетер (ПВК), имеющий короткий срок эксплуатации 3–4 дня;
- через центральный венозный катетер (ЦВК), срок эксплуатации которого один месяц;
- и через современную имплантируемую порт-систему, срок эксплуатации которой от 4–6 месяцев и до 10 лет.

Сравнительная характеристика применяемых методов внутривенного доступа. Имплантируемая порт-система имеет ряд преимуществ перед использованием центрального или периферического венозного катетера:

- Самый длительный период эксплуатации, что позволяет использовать сосудистый доступ без замены до 10 лет.
- Обеспечение 100 % внутривенного введения лекарственных препаратов при проведении химиотерапии. Большой объемный кровоток позволяет мгновенно соединить препарат с кровью, сильно снижая концентрацию и раздражающее действие на венозную стенку, лекарственные средства становятся более безопасными для пациента. Возможность широчайшего типа

вводимых препаратов, отличающихся активными действующими компонентами, ионным составом, РН, осмотической концентрацией. При использовании периферического венозного катетера для химиотерапии 75 % объема лекарственных препаратов вводят через сосудистый доступ, а 25 % – подкожно или внутримышечно. При использовании ЦВК – 100 % объема лекарственных препаратов вводят через сосудистый катетер.

- Возможность осуществления вколов для проведения инфузий при химиотерапии через один доступ, без каких-либо повреждений вен с сохранностью их для последующего использования. Отсутствие проколов вены позволяет проводить только подкожную инъекцию. Мембрана порта выдерживает до 3000 вколов, возможных за период эксплуатации, у центрального венозного катетера – до 150 вколов, у периферического венозного катетера – до 15 вколов.

- При использовании периферического венозного катетера сосудистые осложнения встречаются у 50 % пациентов, получающих химиотерапию, экстравазация лекарственных средств может возникнуть у 40 % пациентов. При использовании центрального венозного катетера сосудистые осложнения возможны у 10 % пациентов, получающих химиотерапию. Возникающие осложнения снижают качество жизни пациента и нарушают сроки начала очередного этапа лечения, что в конечном итоге уменьшает его эффективность.

- Риск развития сосудистых осложнений и экстравазации при проведении химиотерапии с использованием имплантируемой порт-системы сводится к нулю. При этом обеспечивается проведение непрерывных запланированных курсов химиотерапии с максимальным удобством для пациента и медицинского персонала.

Преимуществами использования порт-системы для пациентов являются:

- Значительная безболезненность при проведении химиотерапии. Пациенты меньше реагируют на саму инъекцию, не испытывают дискомфорта во время сестринской манипуляции.

- Обеспечение профилактики повреждений и сохранность вен для потенциально возможных внутривенных инфузий в будущем.

- Возможность адаптироваться к новым условиям жизни с заболеванием, вернуться к привычному для пациента образу жизни.

- Улучшение качества жизни в болезни.

Обучение персонала. Для того чтобы расширить сестринскую практику, повысить профессиональную компетентность сестринского персонала, улучшить качество обслуживания пациентов, 179 медицинских сестер были обучены технологии использования венозного доступа через имплантируемую порт-систему, что составляет 22 % от общего числа сестринского персонала.

Результаты внедрения. Проведение химиотерапии через венозный доступ, обеспеченный с помощью имплантируемых порт-систем, позволил пациентам с онкологическими заболеваниями:

- Повысить уровень безопасности при получении необходимого лечения.
- Улучшить уровень психологического комфорта.
- Улучшить качество жизни.
- Повысить уровень доверия к медицинским работникам и надежды на выздоровление.

Использование имплантируемых порт-систем для проведения химиотерапии позволило медицинским сестрам отделения гематологии и химиотерапии:

- Облегчить труд и получить возможность одного быстрого, удобного постоянного венозного доступа для проведения внутривенных манипуляций.
- Расширить сестринскую практику применением нового стандарта венозного доступа с помощью имплантируемой порт-системы.
- Повысить престиж сестринского персонала и удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи при проведении химиотерапии.
- Информировать медицинских сестер об инновационной сестринской технологии, являющейся новой ступенью развития современной инфузионной терапии.

Результаты внедрения инновации доказывают необходимость более широкого применения имплантируемых порт-систем для лечения пациентов с онкологическими заболеваниями.

СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДЕТСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗНОГО САНАТОРИЯ

Т. В. Ионова

*ГБУ РС (Я) «Республиканский детский туберкулезный санаторий
им. Т.П. Дмитриевой»*

Туберкулез является социально-значимым заболеванием. В последние годы растет число заболевших детей дошкольного и младшего школьного возраста в основном, из социально-дезадаптированных семей, из контакта с больными туберкулезом, из семей мигрантов.

Цель исследования: изучить социально ориентированное направление в деятельности медицинской сестры.

Материалы и методы исследования: изучена отчетная документация деятельности ГБУ РС (Я) РДТС им. Т.П. Дмитриевой, проведен анализ социального статуса детей, находящихся на санаторно-курортном лечении с помощью данных первичных материалов, историй болезни за 2014–2016 г., анкетирования, социального опроса при выписке детей за I квартал 2017 г.

Республиканский детский туберкулезный санаторий с 2015 года располагается в новом комплексе на 200 коек. На базе санатория функционируют 2 легочных отделения: дошкольное на 110 коек, школьное на 90 коек.

Санаторий располагает соответствующей диагностической и лечебной базой и современным оборудованием. Проводится плановая реабилитационная работа с проведением физиотерапевтических процедур, лечебной физкультуры, закаливания, массажа, фитотерапии, применением «скандинавской ходьбы» у детей школьного возраста.

Медицинские сестры противотуберкулезной службы – очень важная категория медицинских работников, так как 80 % лечебно-профилактической работы санатория выполняет средний медицинский персонал. Соотношение врачей и среднего медицинского персонала – 1:3.

Сегодня в санатории трудятся 58 медицинских сестер. Укомплектованность кадрами составляет 90 %. Общий процент аттестованности составил 83 %, сертифицированность 100 %, 36 % имеют смежные специальности, что дает возможность оптимизации имеющихся кадровых ресурсов. 8 человек имеют высшее сестринское образование. Процент членства Ассоциации средних медицинских работников составляет 93 %.

Медицинская сестра туберкулезного санатория подготовлена к профессиональной практической работе с детьми из социально-дезадаптированных семей, включающей посредничество, консультирование, беседы, поиск пропавших родителей и т.д. Наши медицинские сестры владеют навыками психологической помощи, оказывают содействие и сопереживание ребенку, попавшему в трудную жизненную ситуацию.

Изучение социально-биологического анамнеза детей за период с 2014–2016 гг. показало, что преобладают дети рабочих – 41 %, дети безработных, малообеспеченных и асоциальных семей составило 30 %, дети служащих – 29 %. Категорию – рабочие, в основном составляют семьи с низким материальным достатком и неблагоприятным матримониальным статусом. Таким образом, данные исследования показали, что среди факторов риска инфицирования и заболевания туберкулезом, основным является социальная дезадаптация.

Проводилось анкетирование родителей при выписке детей (134 респондента). Анкета состояла из двух разделов.

Выводы:

- Из пациентов, находившихся на санаторно-оздоровительном лечении, 92 % составили дети и подростки из групп повышенного риска заболевания туберкулезом.
- Анализ социального статуса детей указывает на наличие социальной дезадаптации.
- Средний медицинский персонал проводит практическую работу с детьми и родителями из групп риска.

Практические рекомендации:

- Включить в должностные инструкции сестринского персонала обязанности по проведению консультативной работы с социально-дезадаптированными семьями детей, находящихся на санаторном лечении.
- Расширить ресурсный потенциал медико-социальной реабилитации путем создания междисциплинарной команды специалистов: невролог, психолог, социальный педагог, логопед-дефектолог для обеспечения достижения полноценного гармоничного развития личности ребенка из социально-дезадаптированных семей.
- Продолжить дальнейшее анкетирование на постоянной основе как важный критерий оценки эффективности лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий.
- Усилить преемственность с медицинскими организациями по профилактической работе с социально-дезадаптированными семьями для выявления особой настороженности в отношении туберкулеза.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В МЕДИКО-САНИТАРНОМ ПРОСВЕЩЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Т. В. Кабалина

*КОГБУЗ «Областной клинический противотуберкулёзный диспансер»,
Быстрицкий филиал Кировская область, г. Киров*

Актуальность. Туберкулез в современный период продолжает оставаться актуальной медико-социальной проблемой, что обусловлено высоким уровнем заболеваемости, инвалидности и смертности от данного заболевания, его значительными социально-экономическими последствиями для общества

В Кировской области по состоянию на 01.01.2017 г. на диспансерном учете у врачей-фтизиатров состоит 11 365 человек, больных активной формой

туберкулеза – 1514 человек 70% впервые выявленных больных находятся в экономически активном возрасте.

Кировское областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной клинический противотуберкулёзный диспансер», где осуществляются практически все виды диагностики и лечения туберкулёза органов дыхания, а также туберкулеза внелегочной локализации – центральная лечебно-диагностическая и консультативная база Кировской области.

Быстрицкий филиал является структурным подразделением КОГБУЗ «Областной клинический противотуберкулёзный диспансер», расположен в пригородной экологически-благополучной зоне в 30 км от города Кирова. Красота окружающей природы, длительное пребывание на свежем воздухе и санаторно-гигиенический режим являются важными факторами, которые благоприятно влияют на весь организм пациентов в целом.

Материалы и методы. Просветительная работа является составной частью борьбы с туберкулёзом и входит в профессиональные обязанности медицинской сестры. Медицинская сестра находится в постоянном контакте с пациентом от момента поступления в санаторий и до завершения курса лечения. Именно медицинским сёстрам приходится приложить немало усилий на то, чтобы из «туберкулёзных больных» пациенты стали полноправными союзниками в контроле за своим заболеванием и понимали, что без их участия благоприятного течения туберкулёза добиться невозможно.

Лечение туберкулёза – длительный процесс. К сожалению, не все пациенты это понимают. Среди пациентов бывают такие, которые нерегулярно принимают назначенные препараты, проявляют недисциплинированность, подолгу отсутствуют в санатории, а иногда самовольно прекращают лечение. Поэтому необходимо, чтобы больной осознал важность соблюдения режима лечения и строго выполнял рекомендации, предписанные врачом.

Для того, чтобы обеспечить больных всей необходимой информацией, в санатории успешно работает «Школа здоровья». Цель «Школы здоровья»: изменить представление больных о заболевании и лечении, ведущее к изменению поведения, повышению мотивации к выполнению врачебных рекомендаций, формированию партнёрских отношений пациента и медицинского персонала на этапах лечения и реабилитации и, как следствие, повышение качества жизни пациента.

План учебных занятий «Школы здоровья» составляется в начале года, утверждается заведующим отделением и состоит из семи базовых тем:

- Возбудитель туберкулёза, пути передачи. Раннее выявление туберкулёза.
- Правила сбора и сдачи лабораторных анализов.
- Гигиена больного туберкулёзом. Поведение больного на работе и в быту.

- Общие принципы лечения туберкулёза.
- Туберкулёз и вредные привычки.
- Особенности в питании больного туберкулёзом.
- Вопросы нетрудоспособности при туберкулёзе. Права и обязанности больного, заболевшего туберкулёзом.

По каждой теме определяется цель, разрабатывается план занятия, назначаются ответственные лица. Курирует работу «Школы здоровья» старшая медицинская сестра отделения. В процессе работы «Школы здоровья» в план вносятся изменения и редактируются новые актуальные темы.

При построении бесед с пациентами необходимо формировать и поддерживать у них мотивацию к излечению. Объясняем, что такое туберкулёз и как он распространяется. Убеждаем, что туберкулёз излечим. Объясняем необходимость приёма противотуберкулёзных препаратов под непосредственным контролем, обязательным для всех пациентов, так как это позволяет сохранять принцип непрерывности в приёме лекарств, более точно соблюдать время приёма. Объясняем, почему необходим одновременный приём нескольких противотуберкулёзных препаратов. Некоторые пациенты могут решить, что принимать препараты каждый день очень обременительно и это пустая трата времени. В этом случае убеждаем больного, что прекращение лечения неизбежно приведёт к прогрессированию болезни, к формированию лекарственно-устойчивых форм микобактерий туберкулеза, и для достижения положительного результата потребуется больше времени. Предоставляем больным информацию о правилах поведения в обществе других людей, о соблюдении гигиены кашля. Информлируем о наиболее частых побочных эффектах противотуберкулёзных препаратов. В понятной форме объясняем, какие из побочных эффектов не представляют серьёзной опасности, а какие требуют быстрых, активных действий, о которых больной должен незамедлительно сообщить врачу или медицинской сестре.

Направленность «Школы здоровья» носит не только ознакомительный, но и образовательный характер. Для обучения пациентов используем различные средства и методы: лекции, беседы, презентации, дискуссии. Весьма полезными для медико-санитарного просвещения больных являются красочно оформленные памятки, брошюры, плакаты, календари, содержащие информацию медико-санитарной направленности. В рамках проведения «Школы здоровья» демонстрируем пациентам санатория обучающие фильмы о диагностике, лечении и профилактике туберкулёза.

Для того, чтобы оценить уровень знаний пациентов о туберкулёзе, на первом и последнем занятии проводим анонимное анкетирование с помощью специально разработанных анкет. Как правило, в начале обучения некоторые вопросы

анкеты вызывают определенные затруднения у больных. Например, по итогам 2016 года 43,5 % пациентов до обучения затруднились с ответом на вопрос, что такое лекарственная устойчивость. В 34,2 % случаях больные не знают причину, вызывающую заболевание туберкулезом, считая, что туберкулез развивается только из-за комплекса отрицательных факторов: переохлаждения, плохого питания, злоупотребления алкоголем и курением. Для 43,1 % пациентов трудным для ответа оказался вопрос, у всех ли людей, зараженных туберкулезом, возникает заболевание, а 83,4 % респондентов недостаточно осведомлены о сроках лечения туберкулеза. Количество правильных ответов составило 78 %.

Анализируя результаты анкетирования, выявляем, какие дефекты имеются в медико-санитарном образовании больных, в какой дополнительной информации они нуждаются.

Завершая цикл лекций в «Школе здоровья», совместно с инструктором по лечебной физкультуре организуем спортивные праздники для пациентов. Включение спортивных праздников в цикл «Школы здоровья» дополнительно мотивирует пациентов на ведение здорового образа жизни, отказ от вредных привычек, повышает настроение, даёт заряд оптимизма и положительных эмоций.

Результаты. В 2016 году в «Школе здоровья» прошли обучение 193 человека, что составило 56,4 % от общего количества пациентов, пролеченных в санатории. Результаты анкетирования после обучения показали, что уровень знаний пациентов о туберкулёзе повысился (табл. 1). Количество правильных ответов составило 95,9 %.

Таблица

Изменение знаний пациентов о туберкулёзе

Вопросы анкеты	Количество правильных ответов			
	до обучения		после обучения	
	абс.число	%	абс.число	%
Что такое туберкулёз?	127	65,8	193	100
Насколько распространён туберкулёз?	167	86,5	193	100
Что вызывает туберкулёз?	127	65,8	185	95,8
У всех ли людей, заражённых туберкулёзом, возникает заболевание?	110	56,9	174	90,2
Все ли больные туберкулёзом заразны?	174	90,2	193	100
Как должен вести себя больной-бактериовыделитель, чтобы не заразить свою семью?	174	90,2	193	100
Излечим ли туберкулёз?	167	86,5	193	100
Сколько времени должен лечиться больной туберкулёзом?	32	16,6	164	84,9
Что такое лекарственная устойчивость?	109	56,5	148	76,6

Углубление знаний о заболевании привело к изменению отношения пациентов к собственному здоровью. В 2016 году из пролеченных 342 пациентов с результатом «улучшение» было 92,7 %, в предыдущий год данный показатель составил 92,5 %. Для закончивших санаторное лечение по сроку, выписаны с результатом «улучшение» – 98,4 %. Быстрицкий филиал имеет хорошие показатели по эффективности лечения направленных больных.

Вывод. Обучение в «Школе здоровья» помогает донести до больного важные сведения о туберкулезе и его лечении, убедить пациента в регулярном приеме лекарства в присутствии медицинской сестры и аккуратно выполнять все рекомендации врача. Туберкулез практически всегда излечим, если больной содействует лечению. Многие из причин несоблюдения режима лечения устраняются в ходе санитарно-просветительной работы с больным. Таким образом, медико-санитарное просвещение нужно рассматривать как непрерывную и не прекращающуюся деятельность, как для самих пациентов, так и для медицинских сестер.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ АНЕСТЕЗИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ VIS МОНИТОРИНГА

**О.Е. Нопина – старшая медицинская сестра
отделения анестезиологии и реанимации № 1**

**С.А. Золотарева – медицинская сестра-анестезист отделения рентген-
ударноволнового дистанционного дробления камней почек**

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Областная клиническая больница», г. Омск*

Современная концепция анестезиологии базируется на основном принципе – создание максимально эффективной и безопасной модели анестезии. Как известно, проблема контроля адекватности анестезии была актуальна во все времена. На сегодняшний день возросшее число пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, расширение объемов и травматичности оперативных вмешательств заставляет оптимизировать методики анестезиологического пособия. На наш взгляд, необоснованный отказ от планового оперативного лечения пациентам с тяжелой сопутствующей патологией при высоком риске обострения хирургической ситуации может привести к еще более неблагоприятным последствиям для пациента, когда он может поступить для неотложного хирургического лечения в момент декомпенсации основной и сопутствующей патологии.

Известно, что излишне глубокая анестезия, или, наоборот, интранаркозное пробуждение не может не сказаться на качестве оперативного лечения в целом. Современные методики оценки влияния анестетиков на пациента основаны на изучении параметров центральной и периферической гемодинамики, минимальной альвеолярной концентрации (далее МАК) ингаляционных анестетиков, которые в определенной ситуации могут быть малоинформативными.

Цель исследования – оценить расход гипнотиков, ингаляционных анестетиков, наркотических анальгетиков при проведении анестезиологического пособия с использованием BIS-мониторинга при оперативных вмешательствах на поджелудочной железе.

Всего проведено 22 операции на поджелудочной железе по поводу кистозных образований, либо опухолей, средняя продолжительность операции составила 2,5–3 часа, исследование проведено у 100 % оперированных пациентов. Степень анестезиологического риска по шкале ASA 2–3. Средний возраст пациентов составлял $50 \pm 7,5$ лет (от 35 до 62 лет). Пациенты были идентичны по демографическим параметрам. У 16 пациентов имела сопутствующая патология в виде ИБС, стенокардии ФК 2, ХСН 2А, ФК 2–3, артериальной гипертензии 2–3, риск 2–3, ХОБЛ средней тяжести, вне обострения ДН 1–0. Данные пациенты были разделены по группам равномерно (по 8 человек в каждой группе).

Респонденты были разделены на две группы. У 11 пациентов первой группы при проведении анестезиологического пособия использовался стандартный мониторинг – АД не инвазивное, SpO₂, оценка пульса, ЭКГ–интраоперационный анализ лабораторных показателей (в т.ч. газы артериальной и венозной крови).

Во второй группе (11 человек), помимо стандартного мониторинга, использовался анализ биспектрального индекса (BIS-монитор) с целевым значением показателя 40–60. Возможность эпизода пробуждения во время анестезии устанавливалось с помощью опроса через 24 и 72 часа после операции. Всем пациентам проводилась мультимодальная комбинированная анестезия с использованием севофлюрана. С целью премедикации, до поступления в операционную, вводился наркотический анальгетик (промедол 2 %-мл, в/м). В операционной, после катетеризации кубитальной вены вазоканом, пунктировалось эпидуральное пространство на уровне Th 7 – Th 8, после введения тест-дозы лидокаина 2 % – 4 мл начинался титроваться 0,2 % нарופן в смеси по Ниemi-Брейвику со средней скоростью 6–10 мл/час. Во время индукции, после атропинизации вводился гипнотик (дормикум, пропофол), наркотический анальгетик (0,005 % фентанил), в качестве миорелаксанта использовался

ардуан. Все препараты вводились в стандартных дозировках в расчете на кг массы тела. Поддержание анестезии проводилось ингаляционным анестетиком (севофлюраномс поддержанием среднего уровня МАК 0,6–0,9) с введением наркотического анальгетика (0,005 % фентанила) на травматичных этапах операции. Интраоперационно катетеризировалась внутренняя яремная вена. С целью инфузионной терапии использовались кристаллоидные растворы 0,9 % NaCl, из коллоидов – гелофузин, средний объем инфузий с учетом пре-спирационных потерь составил 2,5–3 л.

Анализ полученных данных показал, что расход наркотического анальгетика (0,005 % фентанила) у пациентов 1-й группы составил 14–16 мл. Средний уровень МАК составил 0,7 ед. ингаляционного анестетика (севофлюрана), при этом гемодинамика держалась на уровне умеренной гипотензии, АД 100–110/70–80 мм.рт.ст., Ps 72–96 в мин. Дозировка препаратов, использовавшихся во время индукции, у пациентов обеих групп была идентичной. Необходимо отметить, что ни один из пациентов из двух групп не сообщил о воспоминаниях периода между «засыпанием» и «окончательным пробуждением».

У пациентов 2-й группы расход наркотического анальгетика (0,005 % фентанила) интраоперационно составил 10–12 мл, при этом качественный анализ уровня анестезии позволял снизить целевые значения МАК севофлюрана до 0,4–0,6 ед., не влияя значительно на показатели BIS-монитора, что улучшало показатели центральной гемодинамики за счет снижения влияния на сосудистое сопротивление.

Выводы. При отсутствии BIS-мониторинга о достаточной глубине наркоза мы судили по гемодинамическим показателям, вегетативным реакциям, другим клиническим данным (отсутствие двигательных реакций, расширения зрачка на болевые раздражители и т.д.), при этом приходилось ориентироваться на расчетные дозы лекарств, в частности, при работе газоанестетиками на минимальную альвеолярную вентиляцию. Применение BIS-мониторинга позволило стабильно поддерживать требуемую глубину седации, уменьшить расход наркотического анальгетика на 6,0 мл. (3 ампулы) и ингаляционного анестетика на 0,3 ед., снизить частоту развития делирии.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ МИОПИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ АКАДЕМИЧЕСКОЙ

О. С. Кропачева, Н. Н. Астраханцева

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Одним из важных звеньев охраны здоровья детей, является своевременное выявление отклонений здоровья для наиболее эффективной организации оздоровительных и профилактических мероприятий. Среди отклонений в состоянии здоровья особое место занимают нарушения зрения, и в первую очередь близорукость.

Цель исследования. Разработать системный подход к профилактике миопий у детей младшего школьного возраста в деятельности медицинской сестры академической.

Задачи. Изучить современные подходы в профилактике миопий у детей школьного возраста проанализировав мероприятия, направленные на профилактику миопий учащихся начальных классов, в условиях МКОУ СОШ п. Рудничный и уровень информированности о мероприятиях, направленных на профилактику миопий у учащихся начальных классов МКОУ СОШ п. Рудничный и их родителей, предложить современный подход к профилактике миопий у детей младшего школьного возраста.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе МКОУ СОШ п. Рудничный, объектом являлись дети младшего школьного возраста 1–4 классов (30 человек), родители (30 человек). Методы исследования: аналитические – анализ литературных источников, анализ проводимой профилактической работы в отношении миопий в школе; социологические – анкетирование школьников и их родителей; статистические методы – подсчет средних величин и величины стандартного отклонения.

Результаты исследования. Был проанализирован уровень информированности о мероприятиях, направленных на профилактику миопий, проведен анализ работы по профилактике миопий медицинской сестры и педагогов. Проанализировав все мероприятия, проводящиеся в школе, можно сделать следующие выводы. 87 % мероприятий проводится педагогами: уроки по окружающему миру, классные часы, внеурочная деятельность, родительские собрания. 13 % мероприятий проводится медицинскими работниками: проведение медосмотра, беседы со школьниками и их родителями, радиопередачи по школьному радио, проведение классных часов, обновление стенда «уголок здоровья».

Проведен ретроспективный анализ результатов, проведенных медосмотров, данные были получены из медицинской карты ребенка форма 026/у. Выявилась тенденция к снижению зрения в исследуемой группе детей: на первом году обучения зрение было снижено у 43 %, на втором году обучения у 63 %, на третьем году обучения 63 %, на четвертом году обучения 53 % в начале года и 70 % в конце учебного года. В 2011 году средний показатель зрения обследуемых школьников составил на правом глазу – $0,88 \pm 0,12$, на левом глазу – $0,87 \pm 0,13$. А в конце 2015 учебного года он уже составил на правом глазу – $0,63 \pm 0,31$, на левом глазу – $0,68 \pm 0,31$. Согласно приведенным данным, можно с уверенностью сказать, что наблюдается тенденция к снижению зрения учащихся, что свидетельствует о низкой эффективности профилактических мероприятий.

По результатам анкетирования выяснили, что основной причиной снижения зрения 90 % детей и 70 % родителей назвали– долгое времяпрепровождение за компьютером. Второй причиной снижения зрения 40 % родителей и 30 % детей считают – просмотр телевизора. 23 % родителей считают, что наследственность является одной из причин плохого зрения. На вопрос – «Знаете ли Вы, что такое «миопия», 83 % родителей ответили утвердительно, 17 % детей не знают про снижение зрения. На вопрос, «Что такое миопия?», опрашиваемые родители разделились во мнении, лишь половина из них ответила утвердительно. Все дети согласны, что необходима профилактика для поддержки зрения и выполнение рекомендации врача офтальмолога. Было выяснено, что 83 % детей посещают офтальмолога один раз в год, два раза в год проходят обследование – 17 % детей. Рекомендации офтальмолога соблюдаются не в полном объеме, меньше всего выполняются назначения врача- закапывание капель в глаза (8 %).

Условия для выполнения занятий детей создают родители. В ходе опроса было установлено, что стол для выполнения уроков есть у 100 % школьников, дополнительное освещение для работы на столе есть у 93 % детей, у 7 % детей отсутствует. На вопрос – «Даєте ли вы глазам отдыхать во время длительных занятий, просмотра телепередач, компьютерных игр?» – 83 % детей ответили положительно, 17 % детей отрицательно. 53 % детей, по мнению родителей проводят время за компьютером более часа, 40 % детей проводят время за компьютером более двух часов и 7 % проводят за компьютером 30 минут. Долгое нахождение за компьютером и телевизором дети компенсируют продолжительными прогулками. Более двух часов гуляют 73 % детей.

С целью повышения эффективности профилактической работы в отношении миопии в условиях школы был разработан системный подход, который включает мероприятия для медицинской сестры академической, педагогов,

родителей и детей. Все мероприятия разделены по видам профилактики. По каждому мероприятию разработаны подробные рекомендации.

Выводы. Мероприятия, направленные на профилактику миопий в школе проводятся всех профилактических мероприятий 75 % направлены на работу с детьми, 25 % на работу с родителями. Выявлен низкий уровень информированности детей (25 %) и средний уровень информированности их родителей (80 %) о профилактике миопий, из них 3 % детей (родителей) не регулярно выполняют мероприятия по предупреждению миопий. Выявлены современные требования к профилактике миопий среди детей (родителей) среди которых преобладают комплексные мероприятия. Разработан современный подход по профилактике миопий у детей младшего школьного возраста в МКОУ СОШ п. Рудничный, который включает в себя мероприятия для детей и их родителей, медицинской сестры академической и учителей.

ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЙОДНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА УСПЕШАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ КОГПОБУ «КИРОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Е. Ю. Ермакова, О. С. Кропачева

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Заболевания, связанные с недостатком йода, являются серьезной медико-социальной проблемой во многих регионах мира в связи с высокой распространенностью и широким спектром клинических проявлений и последствий. В многочисленных публикациях отмечается, что проблема йоддефицитных заболеваний актуальна и для нашей страны (от 15 % до 98 %), в том числе Кировской области. Многочисленные исследования посвящены изучению возможных подходов к повышению приверженности к йодной профилактики у детей и взрослых. Однако, в литературных источниках недостаточно широко описан опыт повышения приверженности к йодной профилактике заболеваний щитовидной железы у студентов медицинских колледжей. Данное профилактическое направление может успешно реализовываться с привлечением медицинских сестер с высшим медицинским образованием, имеющих квалификацию «Медицинская сестра академическая. Преподаватель».

Цель исследования: изучение влияния приверженности к йодной профилактике на успеваемость студентов «Кировский медицинский колледж» филиала в городе Уржуме.

Задачи:

1. Проанализировать имеющийся опыт приверженности к йодной профилактике заболеваний щитовидной железы на территории Российской Федерации и за рубежом.
2. Изучить приверженность к йодной профилактике и успеваемость студентов «Кировский медицинский колледж» филиала в городе Уржуме.
3. Определить степень влияния приверженности к йодной профилактике на успеваемость студентов «Кировский медицинский колледж» филиала в городе Уржуме.
4. Разработать рекомендации для студентов и медицинских работников по повышению приверженности к йодной профилактике и успеваемости студентов «Кировский медицинский колледж» филиала в городе Уржуме

Материалы и методы: исследование проводилось в условиях Кировского медицинского колледжа (филиал в городе Уржум), объектом явились 80 студентов. Исследование проводилось аналитическим и социологическим методами. Описание изучаемого параметра правильности выполнения манипуляции проводили путем вычисления средних значений баллов и выявления достоверной разницы с максимально возможным баллом (t-критерий Стьюдента с поправкой Бонферрони). Математическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с помощью приложения Excel-7 и программы StatisticaSoft.

Результаты исследования. С целью изучения приверженности к йодной профилактике заболеваний щитовидной железы студентов Кировского медицинского колледжа (филиал в городе Уржуме) было проведено их анкетирование, в результате которого определено, что 28,2 % респондентов не привержены к йодной профилактике щитовидной железы с помощью йодированной соли, употребляемой в качестве добавки к пище. 71,8 % студентов не привержены к профилактике дефицита йода с помощью приема препаратов, содержащих йод, 68,2 % учащихся не привержены к приему пищи, содержащей йод.

С целью изучения успеваемости студентов были проанализированы результаты итоговой сводной ведомости за II семестр 2015-2016 учебного года. У большинства студентов (49,4 %) средний балл успеваемости колеблется от 4 до 4,4. 60 % учащихся имеют качественный показатель 100 %. Однако 14,1 % студентов имеют показатель от 60 % до 79 %, а 4,7 % - низкий качественный показатель.

С целью определения степени влияния приверженности к йодной профилактике на успеваемость студентов, был проведен расчет коэффициента приверженности, который был градирован, как высокий от 2 до 3, средний – от 1 до 1,9 и низкий от 0 до 0,9. В результате установлено, чем выше успеваемость

студентов, тем коэффициент приверженности к йодной профилактике заболеваний щитовидной железы выше. Был проведен корреляционный анализ по методу Пирсона между средним баллом успеваемости и коэффициентом приверженности. Связь оказалась прямой и средней ($0,57 \pm 0,1$), что говорит о точности наших заключений.

На основании вышеизложенных выводов о том, что не все студенты привержены к йодной профилактике заболеваний щитовидной железы были разработаны рекомендации по повышению приверженности к йодной профилактике заболеваний щитовидной железы и успеваемости для студентов «Кировский медицинский колледж» филиала в городе Уржуме.

Выводы. Изучив приверженность к йодной профилактике заболеваний щитовидной железы и успеваемость студентов КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж» филиала в городе Уржуме, можно сказать, что 28,2 % студентов не используют йодированную соль, 71,8 % – не принимают препараты, содержащие йод и 68,2 % респондентов, не употребляют пищу, богатую йодом. Успеваемость со средним баллом от 4 до 4,4 у 49,4 % студентов и у 60 % респондентов качественный показатель 100 %. Выявлена высокая степень влияния приверженности к йодной профилактике заболеваний щитовидной железы на успеваемость студентов КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж» филиала в городе Уржуме. Корреляционная связь между показателями прямая, средняя (0,57). Студенты, приверженные к йодной профилактике заболеваний щитовидной железы ($K_{\text{пр}} = \text{от } 2 \text{ до } 3$) имеют средний балл успеваемости $4,5 \pm 0,5$ и качественный показатель успеваемости 100 %.

Разработаны рекомендации по повышению приверженности к йодной профилактике заболеваний щитовидной железы и успеваемости студентов «Кировский медицинский колледж» филиала в городе Уржуме и представлены в виде брошюры.

ОЦЕНКА НАВЫКА ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ В МЕЖАТТЕСТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У СПЕЦИАЛИСТОВ С МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

Н.Ю. Крючкова – директор

И. П. Вершинина – преподаватель

*Бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования
Омской области «Центр повышения квалификации
работников здравоохранения», г. Омск*

В профессиональной деятельности медицинских работников часто встречаются пациенты с острыми состояниями, требующими оказания экстренной медицинской помощи, которая сопряжена с высоким риском развития осложнений, сжатыми сроками оказания помощи, отсутствием стандартных условий работы. Неправильная и несвоевременно оказанная помощь может привести к возникновению серьезных последствий для пациента. Умение эффективно проводить сердечно-легочную реанимацию является профессионально значимым для медицинского работника любой специальности. Но навык не является каждодневным и рутинным. Чаще всего его обновление проходит только в рамках обучения по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации. Сохраняется ли навык у специалистов с медицинским образованием на требуемом уровне в течение 5 лет? Какие образовательные мероприятия действительно эффективны для его длительного поддержания и развития?

Цель исследования – изучение выживаемости навыка проведения сердечно-легочной реанимации к концу межаттестационного периода у специалистов с медицинским образованием.

Методы. В исследовании приняли участие 2050 слушателей, обучавшихся в центре повышения квалификации работников здравоохранения (далее – ЦПК РЗ) по дополнительным профессиональным программам в 2016-2017 уч.г. (периодичность обучения 1 раз в 5 лет). Из них: «Сестринское дело» – 826 слушателей (40,3 %), «Лечебное дело» – 556 (27,1 %), «Акушерское дело» – 382 (18,6 %), «Лабораторная диагностика» – 120 (5,9 %), «Операционное дело» – 166 (8,1 %).

Исследование проводилось в 2 этапа:

- 1 этап – исследование навыка до симуляционного курса;
- 2 этап – повторное исследование навыка после его обновления на симуляционном курсе «Первая помощь и особенности проведения сердечно-легочной реанимации при экстремальных воздействиях» с применением полноростовых манекенов АМБУ.

Оценочные средства:

– стандартные Чек-листы для оценки соблюдения алгоритма проведения СЛРполноростовой манекен Симмен для оценки качества и эффективности реанимационных мероприятий (глубина и частота компрессий, частота и глубина вдоха, соотношение компрессий и вентиляции, дефекты манипуляции).

Результаты исследования:

1. До симуляционного курса слушатели, участвующие в исследовании, допускали нарушения алгоритма проведения сердечно-легочной реанимации: не определили наличие сознания и дыхания у пострадавшего, соответственно 1230 (60 %) и 1040 (50,73 %); не вызвали скорую помощь 1611 (78,6 %); не зафиксировали время начала реанимационных мероприятий 1920 человек (93,6 %); прекратили реанимационные действия до приезда скорой медицинской помощи или положительного результата – 420 (20,4 %). Количество целевых компрессий у 90 % слушателей, участвовавших в исследовании, составило менее 10 %.

2. После проведения симуляционного курса, направленного на формирование и развитие навыка, погрешности соблюдения алгоритма значительно сократились: не определили наличие сознания и дыхания – 8 (0,39 %) и 11 (0,54 %), не зафиксировали время начала реанимационных мероприятий-12 (0,59 %), не вызвали скорую помощь – 13 (0,63 %), прекратили реанимационные действия ранее допустимого времени – 8 (0,39 %). Количество целевых компрессий у большинства участников исследования составило не менее 75 %.

Заключение:

1. К концу межаттестационного периода навык эффективного проведения сердечно-легочной реанимации значительно ослабевает и сохранен на требуемом уровне не более чем у 6 % специалистов, участвовавших в исследовании.

2. Необходимы дополнительные образовательные мероприятия с применением симуляционного обучения для его поддержания и развития в межаттестационный период.

3. ЦПК РЗ предлагает специалистам практического здравоохранения различные дополнительные образовательные мероприятия: тренинги мануальных навыков, тренинги проведения реанимационных мероприятий с применением технических средств, командные тренинги, тренинги с решением клинических сценариев.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ «ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ МЛАДШИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ»

Н.Л. Лялина – главная медицинская сестра

*КОГБУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер»,
г. Киров*

Актуальность. В настоящее время образование медицинского персонала рассматривается как экономический продукт, к которому предъявляются требования конкурентоспособности и экономической эффективности. Освоение новых навыков и знаний у медицинских работников становится самостоятельной потребностью. Традиционно в фокусе внимания подготовки медицинского персонала оказываются врачи и средний медицинский персонал. Во многих регионах Российской Федерации открыты Учебно-методические кабинеты, в которых обучается средний медицинский персонал. С целью повышения качества практической подготовки среднего звена в Центрах повышения квалификации применяется имитационное обучение. Для пациентов открыты и эффективно работают «Школы здоровья». По данным литературных источников в настоящее время обучение младшего медицинского персонала в подавляющем большинстве в медицинских организациях осуществляется в виде все тех же технических учеб, проводимых старшими сестрами отделений и поликлиник. Вместе с тем есть широкая область взаимодействия младшего медицинского персонала с пациентами. В стационаре младшая медсестра, сотрудник по уходу за больными, находится в постоянном прямом взаимодействии с пациентом. От того, насколько грамотно выполняет свою работу младший медицинский персонал, зависит здоровье больного и самого сотрудника. Практика доказывает необходимость применения обучающих технологий для медицинских работников младшего звена. Исследования подтверждают значимость регулярных образовательных программ для снижения риска заражения инфекционными заболеваниями. Поэтому необходима разработка организационных технологий обеспечения эпидемиологической безопасности, в том числе, системы образовательной подготовки младшего медицинского персонала.

Цель исследования. Изучить эффективность обучающей технологии по обеспечению противотуберкулезной инфекционной безопасности младшим медицинским персоналом для ее повышения.

Материалы и методы. Проведено исследование уровня знаний и практических навыков персонала с помощью анкеты. Для выявления достоверности

изменения знаний и умений до и после использования обучающей технологии использовался t-критерий Стьюдента, за достоверную разницу принималось значение $p < 0,05$. Для выявления корреляционной зависимости между стажем работы и уровнем знаний использовался метод Пирсона. Математическая обработка данных выполнена с использованием пакета прикладных программ «Windows 7.0», «Microsoft Excel», «Биостат».

Результаты. В диспансере организацией и проведением технических учеб для младшего медперсонала занимаются высококвалифицированные старшие медицинские сестры, имеющие 54,5 % повышенный уровень образования с квалификацией «Организатор сестринского дела»; 4,5 % – высшее медицинское образование по специальности «сестринское дело», квалификация «менеджер», 13,5 % – высшее образование по другим специальностям, 77,2 % – квалификационные категории. 40,9 % организаторов сестринского дела находятся в двух возрастных группах: от 40 до 49 лет и от 50 до 59 лет. Они имеют достаточный профессиональный опыт, умение общения с людьми, основательно знают работу отделения и учреждения в целом. 72,8 % старших медицинских сестер работают в диспансере более 16 лет. Большой опыт организаторской работы имеют, 59,1 % руководителей структурных подразделений. Стаж в руководящей должности у них составляет от 11 лет и выше.

Для обучения младших медицинских сестер применяются занятия в виде инструктажей 89,2 %. Доли лекций, практических занятий и презентаций распределились соответственно 7,4 %, 2,7 %, 0,7 %. Таким образом, старшие медицинские сестры предпочитают наименее затратную по времени проведения учебу и доводят до персонала только содержание основных требований, прописанных в инструкциях. В 15 % отделений была прочитана лекция на тему: «Туберкулез: этиология, эпидемиология, пути передачи», в 35 % «Уход за лежащими больными», в 40 % «Правила сбора биологического материала для лабораторных исследований», в 45 % «Правила наведения дезинфекционных растворов, меры предосторожности при работе с ними».

Посещаемость младшим медперсоналом технических учеб во всех отделениях высокая, средняя посещаемость составила $82,07 \pm 5,9 \%$. Самая высокая посещаемость в хирургическом торакальном и детском отделениях 93,3 %, 92,2 % соответственно. Только в одном отделении (3 л.о.) средний процент посещаемости низкий $58,3 \pm 8,9 \%$. При анализе посещаемости технических учеб в отделениях было выявлено, что спад посещаемости учеб младшим звеном в летние месяцы характерен для всех подразделений диспансера.

Для оценки уровня знаний у младшего медперсонала старшими сестрами использовалась модифицированная анкета Венди Манна Woith «Оценка уровня знаний о туберкулезе и инфекционном контроле». Вопросник состоял

из 19 утверждений, касающихся знаний о заболевании, клинических проявлениях ТБ, о диагностике и профилактике ТБ, и инфекционном контроле. Пятнадцать вопросов имели несколько правильных вариантов ответа и четыре вопроса с верным или неверным утверждением. За каждый правильный ответ присваивался 1 балл, максимальное количество баллов – 41. Суммарное количество набранных младшим медицинским персоналом баллов служило индексом информированности по изучаемой теме. По каждому вопросу был вычислен средний балл (M) и ошибка репрезентативности (m). Статистическая значимость различий показателей определялась с помощью критерия Стьюдента.

Программа обучения состояла из цикла структурированных занятий. Всего в цикл входило 4 занятия по 60 минут, посвященных наиболее важным проблемам: «Эпидемиология туберкулеза, пути передачи», «Основные клинические проявления туберкулеза», «Диагностика и профилактика ТБ», «Инфекционный контроль в противотуберкулезных учреждениях». Занятия по обучению младшего медицинского персонала имели единую структуру: вводная часть (знакомство с содержанием занятия), информационный раздел (теоретическая часть занятия), активные формы обучения (обучение практическим навыкам), заключительная часть занятия (подведение итогов). Занятия проводились в виде презентаций с помощью персонального компьютера и мультимедиа. На занятиях использовалась терминология, понятная для младшего медицинского персонала.

В обучающей технологии принял участие младший медицинский персонал, участвующий в уходе за пациентами. Критерием исключения являлось перенесенное профессиональное заболевание туберкулез. 68,5 % респондентов составляют санитарки палатные, 57,2 % имеют среднее образование. 42,8 % респондентов находятся в возрастной группе от 51 до 60 лет. У абсолютного количества респондентов 48,5 %, стаж работы составил от 6 до 20 лет. При определении коэффициента корреляции по методу Пирсона доказано, что между средним стажем работы и средним баллом существует взаимосвязь прямая сильная ($r=0,9$), то есть чем больше стаж работы в диспансере (свыше 20 лет), тем выше, средний балл (31) при определении уровня знаний до обучения. Низкий уровень знаний до обучения был выявлен в блоках: «Основные клинические проявления и лечение туберкулеза» (средний балл $11,7 \pm 1,5$), «Диагностика и профилактика ТБ» (средний балл $2,8 \pm 0,5$), «Инфекционный контроль в противотуберкулезных учреждениях» (средний балл $7,5 \pm 1,1$). Оценка информационной компетентности младшего медицинского персонала, в отношении которых использовались активные методы обучения, показала, что ее уровень достоверно повысился ($p < 0,05$). После применения

обучающей технологии остается низкий уровень знаний по вопросам «Пути передачи туберкулеза» и возможности вылечивания туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. В блоке вопросов клинических проявлений и лечения туберкулеза недостаток знаний выявлен у факторов, влияющих на заразность больного туберкулезом и о длительности лечения туберкулеза. В вопросах диагностики и профилактики туберкулеза недостаток знаний выявлен в вопросах о рентгенологическом и бактериологическом исследованиях. В блоке вопросов об инфекционной безопасности низкий уровень выявлен по программе инфекционного контроля, использованию респираторов и снижению концентрации возбудителя в воздухе.

Одновременно с оценкой уровня знаний проведено наблюдение за деятельностью младшего медицинского персонала с помощью экспертных карт до применения обучающей технологии и после. Экспертная карта представляет собой перечень критериев, оцениваемых старшей медицинской сестрой отделения. Критерии разделены на блоки: «Организация рабочего места», «Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима», «Трудовая дисциплина». Высшая оценка по блоку пять баллов. Общая оценка по всем показателям 15 баллов. Самую низкую оценку наблюдения после обучения получили сотрудники по блоку «Организация рабочего места». В блок входили такие показатели, как: маркировка уборочного инвентаря по предъявляемым требованиям, своевременность обновления маркировки, использование уборочного инвентаря по назначению, правила хранения уборочного инвентаря, правила хранения готовых, рабочих дезинфицирующих растворов (маркировка емкостей, наименование дезинфицирующего средства, концентрация, дата, предельный срок годности рабочего раствора, экспозиция). В блоке «Организация рабочего места» после обучения остается низкий уровень умений у 42,8 % респондентов.

Выводы. Оценка информационной компетентности младших медсестер, прошедших обучение, показала достоверное повышение ее уровня. Таким образом, систематическое обучение младшего медицинского персонала на рабочем месте позволяет повысить уровень их знаний, умений, культуру оказания медицинской помощи и внести в сознание привычку постоянного обучения, которое необходимо для поддержания высокого уровня профессионализма и статуса медицинской организации.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ПОТОКОВ ПАЦИЕНТОВ НА ЭТАПЕ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Н. А. Магурина – старшая медицинская сестра приемного отделения

ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи»

Внедрение современных технологий распределения потоков пациентов на этапе приемного отделения ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи» реализуется в период 2017–2018 года. Руководителем проекта является главная медицинская сестра Т.В. Вирки, инициаторами нововведений выступили медицинские сестры ГБУЗ БСМП.

Факторами, определяющими внедрение проекта, являются:

1. Внедрение стандартов (порядков оказания медицинской помощи), требующих соблюдения сроков и объемов обследования пациентов на этапе приемного отделения;
2. Специфика оказания скорой и неотложной помощи, заключающаяся в невозможности управлять структурой и численностью поступлений (обращений);
3. Увеличение в общем объеме поступлений пациентов в тяжелом состоянии, со значительным дефицитом самоухода;
4. Увеличение территории обслуживания станции скорой помощи, являющейся структурным подразделением ГБУЗ БСМП, и следующее за этим увеличение числа обслуживаемого населения, в том числе, требующих госпитализации;
5. Наличие (подозрения на наличие) инфекционных заболеваний, требующих изоляции пациента;
6. Нерациональное распределение нагрузки на персонал, приводящее к длительному ожиданию осмотра врача, ухудшению состояния пациентов на этапе приемного отделения, конфликтным ситуациям между медицинским персоналом и пациентами;
7. Дефицит кадров, площадей и иных ресурсов в приемном отделении;
8. Наличие пациентов, обратившихся за помощью по полису ДМС или для оказания платной услуги.

Ежедневно в приемное отделение обращается более 100 пациентов, почти 90 % из них по срочным показаниям, около 15 % из них поступают «самотеком». В структуре поступлений 60 % – пациенты терапевтического (в том числе кардиологического и неврологического) профиля, 25 % – хирургического профиля, 15 % – травматологического и нейрохирургического профиля. 30-35 % поступающих находятся в состоянии средней тяжести или тяжелом. 10-12 % пациентов имеют полис ДМС или договор об оказании платных услуг.

Идеология нововведений:

1. Распределить потоки пациентов по принципу тяжести состояния, используя шкалу сортировки на 3 потока:

- зеленый – пациент в удовлетворительном состоянии, помощь может быть отсрочена;
- оранжевый – пациент в состоянии средней тяжести или тяжелом, требующим оказания помощи в палате краткосрочного пребывания и наблюдения приемного отделения;
- красный – пациент, требующий госпитализации в реанимационное отделение.

2. Ввести должность триажной медицинской сестры, которая используя строго определенные параметры физикального обследования, распределяет пациентов по потокам, информирует врачей-специалистов о пациенте.

3. Утвердить стандарт доврачебного обследования на этапе сортировки пациентов, который проводит медицинская сестра.

4. Утвердить нормы времени на проведение лабораторных или инструментальных исследований в зависимости от нозологий и тяжести состояния.

5. Утвердить цветовое кодирование для идентификации сортировочных групп.

6. Ввести круглосуточный пост медицинской сестры перевязочной для обеспечения выполнения инвазивных манипуляций на этапе приемного отделения (ПХО и другие манипуляции «малой» (в т.ч. амбулаторной) хирургии, наложение гипсовых повязок и др.), не привлекая ресурсы других (клинических) отделений.

Достигнутые результаты:

1. Доврачебное обследование пациента на этапе сортировки для пациентов «зеленой» зоны ведет к уменьшению времени нахождения пациента на этапе приемного отделения до установленных стандартами и порядками оказания помощи. При прежней системе сортировки по профилям, длительность ожидания осмотра врача и выполнения диагностических процедур составляла от двух до четырех часов. Введение доврачебного обследования сократило время до 10-45 минут;

2. Разделение потоков пациентов по степени тяжести позволит оказывать помощь разным категориям более эффективно. Пациенты в удовлетворительном состоянии («зеленая» зона) осматриваются врачом – специалистом через 30-60 минут после обращения. На осмотр пациент отправляется, имея результаты первичного обследования, что облегчает работу врача и сокращает время нахождения в приемном отделении. Осмотр пациента производится в одной из нескольких смотровых, работающих по принципу «свободного места».

Пациенты «оранжевой» зоны находятся под наблюдением персонала, для их обследования выделен более короткий временной промежуток.

3. Наличие палаты наблюдения и краткосрочного пребывания позволяет обеспечить своевременное оказание помощи пациентам, включая применение лекарственной (в том числе инфузионной) терапии, проведение предоперационной подготовки, изоляция пациентов с наличием или подозрением на инфекционное заболевание в период обследования;

4. В палате наблюдения оказывается медицинская помощь пациентам, не нуждающимся в госпитализации (инфузионная и иная терапия аллергических реакций, отравлений, нетяжелых нарушений ритма, купирование болевого синдрома при почечных и печеночных коликах и др.);

5. Цветовая идентификация сортировочных групп позволяет избежать осложнений у пациентов в период нахождения в стационаре;

6. Выполнение инвазивных манипуляций на этапе перевязочной приемного отделения уменьшает время ожидания, позволяет ограничить круг специалистов, участвующих в оказании помощи пациенту.

7. Ведение электронной истории болезни позволяет минимизировать временные затраты на оформление медицинской документации.

8. Проведенный через 100 дней после начала работы по новой схеме опрос врачей, среднего медицинского персонала приемного отделения, станции скорой медицинской помощи, диагностических служб, клинических отделений показал следующие результаты:

Категория персонала	Положительный отзыв /отрицательный отзыв (%)	Примечание
---------------------	--	------------

Удовлетворены ли вы новой системой сортировки пациентов на этапе приемного отделения

Персонал приемного отделения: врачи (5 чел.)

60/40

+ Оказывать помощь тяжелым пациентам стало легче из-за отсутствия родственников в палате наблюдения/
- приходится перемещаться в разные смотровые

Персонал приемного отделения: мед. сестры (19 чел.)

79/21

+ нагрузка снизилась из-за равномерного распределения, сестра гораздо быстрее осуществит обследование пациента, не мешают родственники в палате, можно оказать помощь пациенту в палате и не госпитализировать, появилось новое современное оборудование/ – нагрузка увеличилась, очень тяжело работать на триаже из-за недопонимания пациентов и родственников

Категория персонала	Положительный отзыв /отрицательный отзыв (%)	Примечание
Персонал станции скорой помощи: врачи, фельдшера (54 чел.)	87,5/12,5	+ согласно сортировочным шкалам стало гораздо удобнее передавать пациентов персоналу приемного отделения, госпитализация в палату наблюдения удобна, уверенность, что пациент под наблюдением персонала/ – без комментариев
Персонал клинических отделений (30 чел.)	70/30	+ пациенты готовятся к операции не в клиническом отделении, обследование на этапе приемного отделения не требует участия персонала клинических отделений, идентификационные браслеты помогают персоналу работать с пациентом/ – у нас нет такого оборудования
Персонал диагностических отделений (17 чел.)	88/12	

Достиженные результаты являются лишь промежуточными. Внедрение современных технологий распределения потоков пациентов на этапе приемного отделения ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи» позволит в дальнейшем преобразовать подразделение в стационарное отделение скорой помощи.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ В ГБУЗ РК «БОЛЬНИЦА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

**А. С. Мелешко – медицинская сестра- координатор
Отдела организации и обеспечения ухода**

ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» Республики Карелия

Ежедневно за медицинской помощью в ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» г. Петрозаводска обращается до 100 человек, около 60 % из них госпитализируются. В больнице оказывается круглосуточная специализированная помощь с применением современных методов лечения пациентов с ургентной патологией и плановая высокоспециализированная помощь, ориентированная на стандарты. В плановом порядке в стационар поступает около 10 % больных, в экстренном – до 90 %. Ввиду специфики больницы контингент пациентов варьируется не только по нозологии, но и по возрасту,

социальному положению. Выросло число обращений пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, госпитализируются пациенты с тяжелым течением пневмонии, ХОБЛ. Как никогда, остро стоит вопрос по поводу стационарной помощи пациентам с заболеваниями печени и поджелудочной железы. Определенную проблему для лечебного учреждения представляют одинокие пожилые пациенты, лица без определенного места жительства, наркозависимые и алкоголизированные пациенты. Травматологическое и нейрохирургическое отделения принимают больных с тяжелыми сочетанными травмами. В разы выросло число пациентов, госпитализируемых из дома с «домашними» пролежнями. При большом количестве нозологий существует проблема обслуживания пациентов. Пациенты и их родственники, обращающиеся за медицинской помощью в лечебное учреждение, надеются на получение качественного сестринского ухода. Всегда ли их ожидания оправданы? Что мешает сестринскому персоналу медицинской организации предоставлять уход в соответствии с требованиями? Что необходимо изменить в работе лечебного учреждения и предоставления сестринской услуги? Эти и другие вопросы предусмотрены в пациент-ориентированной модели сестринского ухода, реализуемой в ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи» с 2013 года. Актуальность темы не подлежит сомнению. Уход за пациентом должен быть доступен все 24 часа в сутки. Своевременность, преемственность, доступность, качественность, удовлетворенность пациента – составляющие успеха сестринской помощи, которая гарантирована Конституцией Российской Федерации и Федеральным Законом № 323 «Об основах охраны здоровья граждан». Требовательность и нетерпимость пациентов (их родственников) часто является основой жалоб пациентов на качество обслуживания, качество сестринского ухода. Пациенты всегда правы! В нашей стране практически не существует прецедентов отстаивания прав врачом медицинского работника. Даже если медицинская сестра начинает оправдывать свои действия (бездействие) по отношению к больному, доказать что-либо сложно – в системе здравоохранения не работают индикаторы качества сестринской помощи. Каждое лечебное учреждение пытается экспертировать работу своих сестер самостоятельно. Протокол работы сестринского персонала под конкретную модель пациент не существует.

Все вышесказанное заставило коллектив единомышленников ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» Республики Карелия задуматься над совершенствованием модели сестринского ухода, реализуемой в учреждении. Продумана и утверждена методология исследования:

Гипотеза: от предоставления качественного ухода за пациентом, ориентированного на его потребности и требования лечебного процесса, зависит успех лечения.

Субъект исследования: пациент-ориентированный уход за пациентом в условиях ГБУЗ РК «больница скорой медицинской помощи»

Объект исследования: роль сестринского персонала в реализации пациент-ориентированной технологии ухода

Цель: совершенствование пациент-ориентированной модели сестринского ухода, реализуемой в ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» Республики Карелия.

Задачи:

Улучшение качества ухода за пациентами и, как следствие, повышение качества и безопасности лечения.

Использование принципов логистики при организации транспортировки пациентов.

Создание маршрутных листов.

Привлечение родственников к процессу ухода за пациентами в условиях стационара.

Обучение родственников технологиям общего ухода за пациентом. Создание материалов школы родственников пациента по уходу

Методы исследования:

Изучение нормативных документов по организации и обеспечению ухода за пациентами в условиях больницы скорой медицинской помощи, САНПиНов и других документов по обеспечению санитарно-противоэпидемического лечебно-охранительного режима в ЛПУ

Изучение опыта передовых клиник Российской Федерации и зарубежных стран по реализации сестринской услуги, в том числе Международных стандартов в обеспечении качества сестринского ухода

Хронометраж выполнения сестринской манипуляции

Изучение логистики осуществления транспортировки пациентов на исследования

Изучение мнения пациентов (родственников) в целесообразности привлечения их к уходу за больными

В лечебном процессе любой медицинской организации всегда присутствует заинтересованность в положительном исходе заболевания лечащего врача, пациента, родственников. Именно последние в 14 % случаев отмечают дефекты сестринского ухода. Анализируя взаимоотношения врача и пациента, можно отметить, что в 94 % случаев врач не имеет возможности долго общаться с пациентом, что связано с дефицитом времени. 86 % докторов не вмешиваются в процесс сестринского ухода, надеясь на квалифицированный труд медицинских сестер и вспомогательного персонала. 92 % врачей полностью удовлетворены работой сестринского персонала. В тоже время пациенты в 95 % случаев

безоговорочно доверяют врачу, верятему. Но в 74 % случаев обижаются на лечащего врача за кратковременность бесед, скудность информации. Кто же должен развеять сомнения пациента? Конечно, медицинская сестра. Но... только 64 % удовлетворены качеством работы сестринского персонала.

Индикаторами удовлетворенности пациентов процессом ухода стали: кормление горячей пищей, чистые туалеты, чистое белье, смена нательного белья, ежедневная смена полотенца, личная гигиена, вынесенное судно (мочеприемник), общение, сопровождение на процедуры, отсутствие пролежней, наличие предметов ухода, чистота в палате.

В то же время, медицинские сестры оценивают свою работу следующим образом: отлично – 42 %, хорошо – 39 %, удовлетворительно – 19 %, неудовлетворительно – 0 %. Как же распределяется время работы сестры, какие потери времени существуют? Распределение времени медицинской сестры на уход за пациентами в течение суток носит такой характер (данные хронометража): кормление 7 %, личная гигиена – 10 %, смена постельного белья – 5 %, смена нательного белья – 5 %, транспортировка пациентов – 29 %, смена положения в постели – 12 %, прогулки – 6 %, выполнение просьб пациентов – 9 %, вспомогательные работы – 17 %. Самой времязатратной процедурой является транспортировка (сопровождение) пациента. Длительное ожидание исследования (процедуры), приводит к потере времени отвлекая от основной работы. Изучение данного вопроса показало, что у одного кабинета могут столкнуться пациенты с сопровождающими медицинскими сестрами. Идет конкретная потеря времени персоналом. Логистика транспортировки пациентов показала целесообразность введения электронной регистратуры и разработку маршрутизатора, который можно использовать для направления пациента в диагностический кабинет без сопровождающих лиц. Только две эти изменения позволили сократить время транспортировки пациента и, тем самым, увеличить время на непосредственный уход.

Реальную помощь в уходе за пациентами с дефицитом самоухода II–III степени по шкале Бартелл могут оказать родственники пациента. Правильно обученный человек может участвовать в мероприятиях, связанных с личной гигиеной, транспортировке, кормлении, ну и конечно, в общении с близким. За счет этого сестринский персонал приобретает резерв времени. Родственники пациентов в 75 % случаев положительно откликаются на просьбы медиков, 64 % активно участвуют в обучении в учебно-методическом центре, созданном в нашем ЛПУ. Специфика вопросов, обсуждаемых с родственниками разнообразна. Надо отметить, что при всей кажущейся простоте темы личной гигиены, вопросов по ней задается много. Использование функциональной кровати, смена подгузников, уход за кожей, профилактика пролежней и пр. обсуждаются

с родственниками как при индивидуальных встречах, так и в групповых занятиях. Коллектив БСМП занял II место в конкурсе исследовательских работ, организованном Карельской региональной общественной организацией «Союз профессионалов». Созданный учебный материал в рамках данного конкурса, максимально востребован. Но.. в некоторых ситуациях родственники занимают весьма отрицательную позицию. Поскольку, модель пациент-ориентированной технологии ухода реализуется в БСМП уже 5 лет, степень притязаний и требований в отношении ухода возрастает.

Вывод: Сестринский коллектив ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи», участвует в реализации пациент-ориентированной модели ухода за пациентом. Данный подход к пациенту дал уже ощутимые результаты. Пациенты довольны сестринским уходом в процессе пребывания в ЛПУ. Привлечение родственников к процессу ухода – важная составляющая лечения пациента. Дополнительные «руки» позволяют сестринскому персоналу получить резерв времени. Обязательным условием работы медицинской организации должен быть учебно-методический центр с должностью преподавателя сестринского дела. Маршрутизация потоков пациентов с точки зрения логистики требует создания определенной продуманной системы, которая должна минимизировать потери времени у медицинской сестры.

ШКОЛА ПО ОЩЕРЕНИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

**Т. А. Мехова – старшая медицинская сестра отделения новорожденных
перинатального центра**

**А. В. Шелема – старшая медицинская сестра отделения анестезиологии-
реанимации перинатального центра**

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Областная клиническая больница», г. Омск*

Грудное вскармливание является основным условием формирования здоровья ребенка с момента его рождения, оказывает положительное влияние на физическое, умственное, психоэмоциональное и речевое его развитие, закладывает основы здоровья малыша на многие годы вперед. В настоящее время доказано, что идеальной пищей для младенцев, особенно в первые шесть месяцев жизни, является грудное молоко его матери, которое имеет родственную связь с тканями ребенка. Проблема грудного вскармливания в современном

мире приобретает поистине глобальное значение не только с медицинской точки зрения, но и с широких социальных позиций. По данным Всемирной организации здравоохранения, грудное вскармливание может предотвратить 823 000 смертей среди детей первых пяти лет жизни и 20 000 смертей среди женщин от рака молочной железы. Правильная организация вскармливания ребенка, начиная с первых дней его жизни, является одним из наиболее важных факторов в системе комплекса профилактических мероприятий, направленных на оздоровление детей, снижение их заболеваемости и смертности.

Шагая в ногу со временем, и в связи с актуальностью грудного вскармливания новорожденных детей, в перинатальном центре областной клинической больницы была организована школа поощрения грудного вскармливания. Основными задачами школы являются:

1. предоставление информации матерям об основах и преимуществах успешного грудного вскармливания;
2. обучение технике кормления и организации грудного вскармливания в до и послеродовом периоде;
3. оказание необходимой помощи при возникновении трудностей, связанных с грудным вскармливанием;
4. информирование беременных и кормящих женщин о современных принципах сохранения лактации;
5. формирование у матерей осознанного подхода к кормлению грудью.

Школа направлена на поощрение грудного вскармливания с целью оказания помощи беременной женщине для формирования и укрепления её уверенности в собственной способности правильного прикладывания к груди и в дальнейшем длительного вскармливания ребенка грудью. В перинатальном центре мы широко практикуем раннее прикладывание ребенка к груди матери, контакт «кожа к коже» матери и ребенка в родильном зале и операционной, вскармливание новорожденного в свободном режиме, круглосуточное совместное пребывание матери и ребенка, а при необходимости, рекомендуем использование сцеженного грудного молока (создание «банка» грудного молока в домашних условиях).

Обобщая имеющиеся наблюдения, хочется отметить, что на совместном пребывании матери и ребенка в 2015–2016 годах 98 % новорожденных находилось на совместном пребывании. Положительным моментом является низкий процент детей, находящихся на раздельном пребывании – от 1,7 % до 2 %. Из 98 % детей, находящихся на совместном пребывании, 52 % детей находились на раннем совместном пребывании и 46 % на отсроченном пребывании. Причиной отсроченного пребывания является состояние мамы в ранний послеоперационный период мамы – 30 % и состояние ребенка – 16 %. И раннее

совместное пребывание, и отсроченное говорит о «свободном вскармливании» или кормлении ребенка по требованию. Наши наблюдения показывают, что достаточная выработка грудного молока, в основном, зависит от настроения матери на кормление ребенка грудью, ее убежденности, важности и необходимости естественного вскармливания. Женщины во время беременности особенно остро воспринимают сведения о незащищенности новорожденного, его полной зависимости от матери. Мы рассказываем им о чувствах новорожденного, которые возникают при нарушении контакта с ним и тем самым подводим будущую мать к решению кормить ребенка грудью. Учитывая специфику перинатального центра, где 55 % беременных родоразрешаются путем операции кесарева сечения, процент раннего прикладывания к груди в родильном зале и операционной остается стабильным (87 %) на протяжении долгих лет. За период 2015–2016 годов было проведено анкетирование 1499 пациенток. Респонденты отмечают, что более успешное становление лактации и ее продолжение проходят в условиях, когда, кроме желания и уверенности матери, ее поддерживают члены семьи, а также профессиональные консультации и практическая помощь медицинских работников перинатального центра. 98 % пациенток считают, что информация о пользе грудного вскармливания, его преимуществах перед искусственным вскармливанием и влияние на формирование здоровья новорожденного пригодятся им в дальнейшем. И только 2 % пациенток считают, что им достаточно знаний, полученных в женской консультации. Вовремя полученная информация помогает мамам избежать самых распространенных ошибок и получать от кормления только удовольствие. В результате, 95 % пациенток, прослушав занятия в школе поощрения грудного вскармливания отмечают, что смогут кормить ребенка грудью, и только 5 % выражают неуверенность. Мы ставим перед собой задачу – достичь 100 % уверенности будущих мам в преимуществе грудного вскармливания. Работа по поощрению и поддержке грудного вскармливания ведется постоянно, одним из новых методов является проведение и участие в ежегодной Всемирной неделе поддержки грудного вскармливания с 1 по 7 августа. Участвуя в различных акциях пропаганды грудного вскармливания, направленных на улучшение здоровья детей во всем мире, мы завершаем неделю организацией «молочного салюта» из белых воздушных шаров, символизирующих капельки грудного молока. Таким образом, правильная грамотная позиция медицинских работников, умелое и заинтересованное консультирование матерей оказывает огромное влияние на распространенность и продолжительность грудного вскармливания и формирование здоровья новорожденного ребенка. Являясь больницей доброжелательного отношения к ребенку, мы работаем под девизом: «Здоровый малыш – счастливая мама!».

КАСКАДНЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

М.И. Монахова – старшая медицинская сестра
учебно-методического кабинета

Л.В. Вергай – главная медицинская сестра

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Городская детская клиническая больница № 3», г. Омск*

Повышение квалификации медицинских работников многие годы осуществлялось с периодичностью 1 раз в 5 лет. Однако, современное развитие медицинских технологий, внедрение сестринских вмешательств требует сегодня от специалистов постоянного обновления профессиональных знаний для формирования и закрепления профессиональных компетенций, так как все преобразования в здравоохранении направлены, прежде всего, на повышение доступности и качества медицинской помощи.

В городской детской клинической больнице № 3 (далее – ГДКБ № 3) созданы необходимые условия для обучения и постоянного повышения квалификации специалистов, и значительная роль в этом принадлежит мероприятиям Омской профессиональной сестринской ассоциации (далее – ОПСА), которая активно внедряет и распространяет передовой опыт по оказанию медицинской помощи населению. Наши специалисты имеют возможность регулярно принимать участие в мероприятиях ОПСА, с последующим проведением семинаров и мастер-классов в больнице на основе каскадного метода обучения.

Концепция каскадного метода – это передача знаний и осуществление контроля по цепочке сверху вниз, целью которого является в предельно короткие сроки обучение максимального количества специалистов, развитие их профессиональной компетентности, подготовка квалифицированных кадров для выполнения новых функций, обеспечение пациентов качественной медицинской помощью.

Каскадное обучение персонала в ГДКБ № 3 проходит в несколько этапов. Первый этап – обучение на тренинг-курсах, организованных ОПСА. Второй этап – следуя каскадному принципу обучения, специалисты, обученные на первом этапе, проводят мастер-классы в организации для целевой аудитории, передавая приобретенные знания и умения своим коллегам. Третий этап – организация и проведение мастер-классов в структурных подразделениях специалистами, обученными на втором этапе. Четвертый этап – применение сестринским персоналом полученных знаний и навыков в практической деятельности. Пятый этап – оценка результатов.

Принцип каскадного метода обучения существенно влияет на качество усваиваемых специалистами знаний и позволяет одновременно проводить обучение большого числа работников. В отличие от обычных лекционных курсов, визуализированная информация и демонстрация действием имеет больший эффект: «покажи мне – и я запомню». А вовлечение в процесс и возможность, освоив знания и умения, передавать их другим, закрепляют изученный материал прочно и надолго. Такой метод обучения является вовлекающим и мотивирующим, способствует профессиональному развитию сестринского персонала и помогает сделать его труд более интересным, а оказание медицинской помощи более качественной.

За период 2012–2016 гг. на тренинг-курсах ОПСА было обучено 7 специалистов ГДКБ № 3, которые в дальнейшем, являясь медицинскими сестрами-преподавателями, провели обучение сестринского персонала в медицинской организации. Медицинская сестра палатная отделения анестезиологии и реанимации Клешнева О.С. обучила 20 специалистов (медицинских сестер процедурных, медицинских сестер палатных отделения реанимации, медицинских сестер-анестезистов) проведению автоматизированной инфузионной терапии и работе с инфузионной техникой.

Монахова М.И., старшая медицинская сестра УМК, медицинские сестры процедурной Рихтер Н.Н., Безрядина Г.Н., Малыхина Т.А., Жасакбаева С.А., Ким Л.А. провели обучение медицинских сестер процедурных, медицинских сестер палатных, медицинских сестер-анестезистов обеспечению периферического венозного доступа: технике постановки периферического катетера и инфузионной системы. Обучено 64 человека.

В процессе всех этапов каскадного метода постановке периферического венозного катетера обучено 259 человек, что составляет 100 % от числа подлежащих.

За период внедрения технологии «Обеспечение периферического венозного доступа» медицинскими сестрами поставлен 2921 периферический катетер.

В учреждении ежегодно проводятся целевые мастер-классы для специалистов с последующим каскадным обучением в структурных подразделениях больницы. За период 2014–2016 гг. медицинскими сестрами проведены мастер-классы:

- «Технология проведения небулайзерной терапии» – Тоболина И.В., медицинская сестра инфекционного отделения № 3, обучила 10 медицинских сестер палатных. В отделениях обучено 48 человек.
- «Постановка назогастрального зонда и кормление пациента через назогастральный зонд» – Сухорукова С.А., старшая медицинская сестра ОРИТ, обучила 15 медицинских сестер палатных, которые провели обучение 123 человек.

- «Катетеризация мочевого пузыря мягким катетером» – Александрова Л.А., старшая медицинская сестра нефрологического отделения, и Пенькова Т.А., медицинская сестра палатная хирургического отделения № 2, провели мастер-класс для 20 медицинских сестер палатных. В отделениях обучено 113 человек.

- «Технология проведения перевязки при нарушении целостности кожи» – Шевелева Н.В., старшая операционная медицинская сестра, и Пенигина Е.В., операционная медицинская сестра провели обучение 18 медицинских сестер палатных. В отделениях обучено 84 человека.

Результаты проведения ежегодного тестирования специалистов по разделам оказание медицинской помощи, инфекционная безопасность на базе учебно-методического кабинета свидетельствуют о повышении уровня знаний специалистов. Анализ тестирования сестринского персонала за период 2014–2016 гг. показал, что средний балл оценки знаний увеличился с 4.3 балла до 4.7 балла. При проведении целенаправленного контроля отработки практических навыков сестринским персоналом членами комитета по сестринской практике Совета по сестринскому делу нарушений выполнения технологий не выявлено.

В связи с этим, с уверенностью можно сказать, что реализация каскадного метода обучения значительно влияет на совершенствование практических навыков специалистов, улучшение качества оказания сестринской помощи и уход за пациентами, и как следствие, отсутствие осложнений после сестринских вмешательств за период 2012–2016 гг.

По результатам анкетирования, более 90 % пациентов, находившихся на лечении в больнице, отмечают удовлетворенность качеством оказания сестринской помощи. Ранее данный показатель составлял 87 %. Проведение целенаправленной работы по повышению уровня качественных показателей медицинской деятельности всех структурных подразделений, анализ записей в книгах отзывов и предложений показали увеличение положительных отзывов от пациентов о работе сестринского персонала.

С целью профессиональной адаптации потенциальных молодых специалистов и закрепления ими практических навыков для оказания качественной медицинской помощи нашими медицинскими сестрами-преподавателями в 2015–2016 гг. проведены 3 мастер-класса «Обеспечение периферического венозного доступа» для студентов ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, колледж. Обучено 98 человек.

Таким образом, инновационный метод обучения содействует повышению качества медицинской помощи за счет освоения и внедрения его в работу. Каскадный метод обучения специалистов способствует быстрому росту числа

обученных при минимальной затрате времени; подготовке квалифицированных кадров; сведению к минимуму риска побочных эффектов при выполнении диагностических и лечебных процедур; профилактике профессиональных ошибок.

Повысилась ответственность сотрудников за результаты своей работы, мотивация на самообразование, творческое развитие сестринского персонала и, как результат, повысилась удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинской помощи и процессом ее оказания.

Концепция каскадного метода обучения способна полностью преобразить любую организацию, сделать ее центром новаторства и улучшить качество медицинской помощи пациентам.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО КЛИНИНГА

Г. П. Мысикова – главная медицинская сестра

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клинический диагностический центр», г. Омск*

Актуальность. Проблема профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), в настоящее время рассматривается как важнейшая составляющая системы безопасности и качества оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения. Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации «Развитие здравоохранения» предусматривает переход от концепции защиты пациента и медицинских работников от ИСМП к концепции обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности. В связи с этим одним из важных направлений деятельности медицинских организаций является организация эффективной системы инфекционной безопасности, включающей инновационные технологии уборки и дезинфекции.

Цель работы. Оценить эффективность внедрения системы медицинского клининга с учетом применения инновационных технологий уборки и дезинфекции помещений.

Материалы и методы. В рамках обеспечения инфекционной безопасности пациентов и персонала, а также в целях оптимизации структурного управления учреждения был создан клининговый отдел (далее Отдел), т.е. собственный отдел профессиональной уборки и дезинфекции. В отделе работает 50 сотрудников из них: 5 сестер-хозяек, 3-буфетчика и 42-уборщика производственных помещений.

Выбор технологии уборки и дезинфекции в диагностическом центре изначально был направлен на внедрение профессионального клининга, т.е. медицинского, который определялся видом уборки (текущая или генеральная), профилем и классом чистоты помещений в соответствии с СанПин 2.1.3.2630-10, видом и интенсивностью загрязнений.

В Центре применяются два технологических процесса уборки с применением уборочных систем: ведерный метод и безведерный метод с использованием предварительно подготовленных мопов.

Для проведения дезинфекционных мероприятий/уборки был проведен расчет необходимого инвентаря, оборудования, расходных материалов согласно планам-экспликациям помещений и подразделений конкретного объекта уборки, а также в соответствии с требованиями нормативных документов по кратности и периодичности проведения уборок. С целью рационального использования материальных затрат предусмотрена централизованная подготовка мопов (стирка, сушка, увлажнение дезинфицирующим раствором, упаковка и хранение) и подготовка к работе уборочных тележек.

Объектом для расчета расхода воды, дезинфицирующих средств и времени, затраченных на уборку при применении как ведерного, так и безведерного методов, были определены – 10 палат до 20 м², коридор 120 м² и 2 санитарных узла по 5 м².

Результаты: Система профессионального медицинского клининга является экономически и эпидемиологически выгодной альтернативной существующей «ведерной» уборке, что доказывает опыт диагностического центра. Централизованная система подготовки мопов и салфеток позволила:

1. Сократить в 23 раза расход воды, дезинфицирующих средств;
2. Сократить в 2,5 раза время уборки (по данным хронометража);
3. Сократить в 1,7 раза численность персонала (за счет эргономичности данной технологии);
4. Увеличить площадь уборки с 425 м² на 1 уборщика до 850 м²;
5. Исключить субъективный фактор при разведении рабочих дезинфицирующих растворов (использование специального дозатора);
6. Сократить расход электроэнергии за счет централизованной стирки одновременно большого количества мопов и салфеток.

Выводы: Система медицинского клининга является инновационной альтернативой рутинной «ведерной» уборке и за последние годы положительно зарекомендовала себя в медицинских организациях. Полученные результаты подтверждают высокую эффективность применения профессиональной уборки в случае формирования комплексного подхода в организации технологического процесса и профессионального оснащения.

ДОСТУПНОСТЬ И ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЧЕРЕЗ РЕГИСТРАТУРУ ПОЛИКЛИНИКИ

**Л. С. Шамшина – старшая медицинская сестра
консультативной поликлиники**

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Республики Карелия «Республиканская больница им. В.А. Баранова»
г. Петрозаводск*

Актуальность исследования. Всё больше в нашей стране говорится о качестве медицинской помощи. Составляющими качества медицинской услуги являются: месторасположение медицинского учреждения, транспортная доступность, наличие парковки, чистота и качественный ремонт в помещениях, отсутствие очередей в регистратуру, на приём и исследования, внимательность, вежливость, компетентность персонала, уровень медицинского профессионализма, наличие постоянно обновляющегося сайта, новое оборудование, комфортное пребывание в холлах и коридорах поликлиники, наличие аптеки и кофе-аппаратов, и многое другое.

Цель работы: исследовать качество обслуживания пациентов в Консультативной поликлинике, для создания комфортных условий пребывания.

Основные задачи для решения проблем:

1. Улучшение навигации путем использования текстовых, графических, фото, видео – информационных материалов на стендах, видеомониторах в помещениях поликлиники.
2. Обеспечение комфортных условий пребывания в холле регистратуры и коридорах поликлиники.
3. Оптимизация записи к специалистам путем внедрения современных технологий (интернет) и создания многоканальной телефонной линии.
4. Распределение потоков пациентов в зависимости от цели посещения.
5. Повышение квалификации медицинских регистраторов по вопросам этики общения с пациентами.
6. Стандартизация работы медицинских регистраторов и обучение персонала.
7. Внедрение современных информационных технологий (переход на электронную регистратуру, ведение электронных карт, статистических талонов, запись к специалистам через интернет в ЛПУ по месту жительства).
8. Обеспечение доступности медицинской помощи для людей с ограниченными возможностями.
9. Информирование населения путем размещения информации на официальном сайте медицинской организации.

10. Обеспечение стандартов чистоты путем внедрения клининговых услуг.

Методы исследования:

- анкетирование пациентов о работе и обслуживании поликлиники;
- анкетирование врачей и медицинских сестер о работе регистратуры;
- анкетирование медицинских регистраторов;
- анализ статистических данных;
- визуальный метод исследования.

Ход исследования. Исследование проводилось на базе республиканской консультативной поликлиники (ГБУЗРК «Республиканская больница им. В.А. Баранова»).

В рамках исследования, мы провели анкетирование пациентов (100 респондентов).

Анализ выборки показал: что около трети пациентов (28 %) не удовлетворены работой регистратуры из-за больших очередей, 14 % респондентов отмечают сложности в дозвоне до регистратуры, 7 % опрошенных не удовлетворены навигацией по поликлинике, 1 пациент указал на недостаточную доступность помощи для людей с ограниченными возможностями.

Анкетирование медицинских работников было проведено с целью определения степени заинтересованности и участия в работе по улучшению качества медицинской помощи населению. Анализ анкетирования врачей (20 респондентов) и медицинских сестер (18 респондентов) показал, что 35 % опрошенных считают низким качество работы регистраторов из-за недостатка коммуникативных навыков.

По данным анкетирования медицинских регистраторов (11 респондентов) средний возраст регистраторов от 25 до 40 лет, все имеют среднее специальное немедицинское образование. В прошлом имели опыт работы в профессиях, связанных с общением с людьми (учитель, работник торговли), средний стаж работы от 5 до 10 лет. Недостатком в личностных качествах характера, как отмечают респонденты, является, несдержанность и нетерпение. Все медицинские регистраторы считают необходимым проходить обучение навыкам общения с трудным пациентом.

Выводы. В ходе исследования были выявлены проблемы и предложения по улучшению качества обслуживания пациентов в условиях консультативной поликлиники, определены пути реализации. В рамках Федерального проекта «Бережливая поликлиника» планируется разрабатывать и внедрять инновационные формы и методы работы для повышения качества оказываемой медицинской помощи населению г. Петрозаводска и районов Республики Карелия.

РАЗВИТИЕ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ И ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ

О. Ю. Остапчук – главная медицинская сестра

*Казенное учреждение здравоохранения Омской области
«Клинический противотуберкулезный диспансер», г. Омск*

В настоящее время в Российской Федерации Министерством здравоохранения проводится структурная реформа отрасли, которая ставит две основные задачи: выполнение государственных гарантий по оказанию населению в необходимом объеме качественной бесплатной медицинской помощи и повышение эффективности использования ресурсной базы здравоохранения.

Современное здравоохранение приобретает черты хорошо отлаженного технологического процесса. Одной из основных медицинских технологий является замещающая стационар помощь, в частности, организация дневных стационаров, которые способны обеспечить должное качество лечения пациентов при меньших затратах. Улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу среди взрослого населения России позволяет отстаивать приоритеты раннего выявления туберкулеза на стадии латентной туберкулезной инфекции, до формирования локальных форм. Однако часть инфицированных микобактерией туберкулеза пациентов все же заболевает. Представляется актуальным сравнить возможные методы лечения туберкулеза для определения приоритетного.

Цель исследования: определить влияние отдельных методов эффективно-го лечения различных форм и локализаций туберкулеза у впервые выявленных пациентов в дневном стационаре.

Задачи исследования:

- сравнение экономических показателей для лечения больных туберкулезом в условиях круглосуточного стационара и в условиях дневного стационара;
- сравнение статистических показателей (количество койко-дней при лечении в круглосуточном стационаре и при лечении в дневном стационаре).

В результате организация дневного стационара, как одного из методов стационарзамещающих технологий, доказала эффективный и экономичный способ лечения. В лечении туберкулеза очень важно контролируемое лечение, поэтому условия дневного стационара являются, также как и условия круглосуточного, очень эффективными. Количество пролеченных больных в дневном стационаре в 1,5–3 раза больше за счет работы в две смены, а стоимость одного дня лечения в 5 раз меньше, чем при круглосуточном стационарном

лечения. Увеличение коек дневного стационара (после сокращения коек круглосуточного пребывания) позволяет эффективно проводить лечение пациентам, при этом сэкономить финансы для учреждения в целом. Увеличение коек дневного стационара позволило уменьшить количество пациентов круглосуточного стационара, соответственно позволило увеличить финансирование на лечение и питание пациентов круглосуточного стационара, и увеличить число эффективно пролеченных пациентов в целом.

Благодарность тем людям, которые помогли нам в проведении исследования:

- главному врачу КУЗОО «КПТД» М.П. Татаринцевой,
- заведующему дневным стационаром, врачу-фтизиатру О.А. Марьехиной,
- заместителю главного врача по экономическим вопросам Т.Е. Игнатовой.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ РЕГИСТРАТУРЫ

Н.В. Разумова – главная медицинская сестра

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Городская поликлиника № 12», г. Омск*

Направление: пациент-ориентированный уход, доступность и достоверность информации. Возможности электронной регистратуры и организация работы call-центра. Изучение удовлетворенности пациентов качеством амбулаторно-поликлинической помощи.

Основание для перемен: причины и факторы, послужившие толчком к расширению практики «Информационные технологии в медицине». Регистратура – самое «горячее» место поликлиники, о ней говорят: «зеркало поликлиники». От работы регистраторов во многом зависит, с каким настроением пойдет дальше пациент, почувствует ли он силы справиться с недугом.

Новые навыки, приобретенные сестринским персоналом: методики телефонных консультаций, постановка целей, регламентированное заполнения медицинской карты амбулаторного пациента (работа с программным обеспечением).

Расширение роли сестринской практики заключается в стандартизации работы регистратуры. Новые функции и виды работ были добавлены к стандартной практике:

- Улучшение приемно-информационной зоны (административная стойка с разной высотой столешниц для удобства обслуживания пациентов с фи-

зическими ограничениями работа не менее 2-х окон, организация очереди через инфомат-помощь при записи).

- Стандартизация правил общения с пациентами.
- Новые функции и виды работ были добавлены к стандартной практике:
- Улучшение организации контакта посетителя с персоналом регистратуры (время ожидания у стойки регистрации, система электронной очереди через программное обеспечение и оборудование, позволяющее быстро и точно распределить поток пациентов по нужным специалистам. Когда подойдет их очередь – номер талона высветится на табло, и его объявят).
- Оптимизация движения медицинской документации (создание выделенного картохранилища вдали от пациентов, регламентирование заполнения медицинской карты амбулаторного пациента, контроль движения медицинской документации).
- Повышение эффективности работы с телефоном (разделение окна регистратуры и call-центра, обучение персонала методикам телефонных консультаций и постановке целей, выделение единой многоканальной телефонной линии для вызовов).
- Повышение информированности пациентов (информационный и электронный стенд с расписанием приемов, информационно-сенсорные терминалы для самозаписи, информация по программам прикрепления физических лиц, терминал электронной очереди, электронные мониторы с информацией о движении электронной очереди, информация об условиях, видах и объемах оказания медицинской помощи).
- Обучение – повышение квалификации регистраторов со стажировкой на рабочем месте. Постоянное повышение информированности сотрудников регистратуры и call-центра об аспектах деятельности медицинской организации, обучение персонала методикам консультаций (в том числе телефонных), психологическая система работы с персоналом профилактика и коррекция «синдрома эмоционального выгорания».

Расширение сестринской практики повлияло на дальнейшее повышение профессионального уровня медицинских регистраторов в ежедневной работе разработано и внедрено положение дежурного администратора зала. Разработана должностная инструкция дежурного администратора зала и методические рекомендации.

Выражаю благодарность за помощь в проведении исследования Ковган Л.П., руководителю профессионального комитета Совета по сестринскому делу ГП № 12.

СВЯЗЬ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС. ТАКТИКА ДЕТСКОГО МАССАЖИСТА

С.Л. Совков – медицинский брат по массажу высшей категории

*Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области
«Вологодская детская городская поликлиника № 1», г. Вологда*

Медицинская реабилитация – система мероприятий, направленная на выздоровление больного, компенсацию и восстановление нарушенных функций органов и систем больного, профилактику рецидивов заболевания, его осложнений, развитие навыков самообслуживания и трудовой деятельности.

Реабилитация в педиатрии имеет свою специфику в силу особенностей детского организма. Последствия многих заболеваний, дефекты развития существенно нарушают адаптивные способности детского организма, не позволяя считать такого ребенка вполне здоровым. Восстановление здоровья заболевшего ребенка во всех аспектах, в том числе и функциональном, должно быть в центре внимания врача-педиатра.

Реабилитация в педиатрии начинается с момента возникновения заболевания, травмы или дефекта развития и заканчивается восстановлением физического, психического и социального благополучия при отсутствии или стойкой компенсации патологических отклонений морфологического или функционального характера.

Для полноценного восстановления здоровья ребенка нужны качественно-организованные лечебно-реабилитационные мероприятия с широким использованием лечебно-охранительного режима, диетотерапии, фармакологии, ЛФК, массажа, физиотерапии, психотерапии.

Актуальность проблемы обусловлена тем, что дисплазия тазобедренных суставов (далее ДТБС) и врожденный вывих бедра (далее ВВБ) – наиболее распространенная патология среди всех врожденных пороков развития опорно-двигательного аппарата и составляет от 5 до 16 случаев на 1000 новорожденных. В экологически неблагоприятных районах имеет место увеличение частоты данного заболевания по сравнению со среднеевропейским уровнем [3, 4].

Цель исследования: повышение эффективности лечения детей первого года жизни с дисплазией тазобедренных суставов (ДТБС) с учетом сопутствующего перинатального поражения центральной нервной системы (ППЦНС), связанность которых отмечалась в своих работах профессора Александр Юрьевич Ратнер (основатель Казанской школы детской неврологии) [2],

а также, в частности, в материалах на кафедры лучевой диагностики и терапии Курского государственного медицинского университета [1].

Материалы и методы исследования: история развития ребенка, наблюдение.

Объект: лечение дисплазии тазобедренных суставов на фоне перинатального поражения центральной нервной системы. Для достижения поставленной цели было проведено исследование и лечение 23 детей в возрасте от 1,5 месяцев до 12 месяцев.

Методы: история развития ребёнка, наблюдение.

Результаты исследования:

Исследования проводились на базе отделения восстановительного лечения Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Вологодская детская городская поликлиника № 1» г. Вологда в период 2013–2015 гг.

По гендерным признакам:

Мальчиков – 10 человек (43 %), девочек – 13 человек (57 %) (Рис. 1).

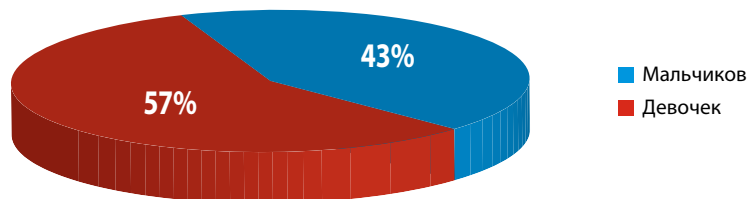


Рис. 1

По возрасту:

- До 3-х месяцев – 5 (22 %) человек;
- с 3-х месяцев до 6 месяцев – 10 (43 %) человек;
- старше 6 месяцев – 8 (35 %) человек (Рис. 2).

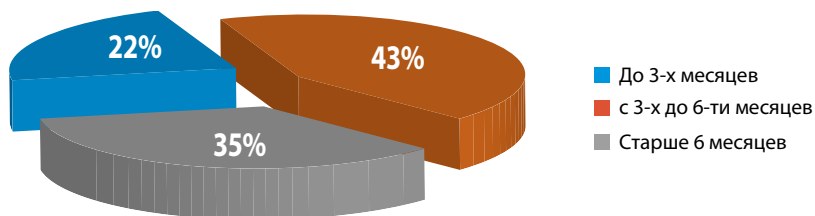


Рис. 2

По локализации:

- – левосторонний 10 детей (45 %);
- – правосторонний 8 детей (35 %);
- – двусторонний 4 ребенка (20 %) (Рис. 3).

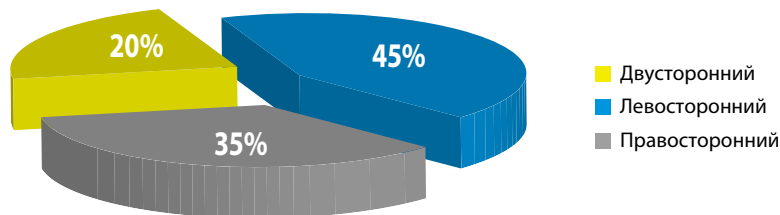


Рис. 3

Все пациенты были разделены на две группы: контрольную и основную. Контрольная группа состояла из 10 (43 %) детей, у которых применяли традиционный лечебно-реабилитационный комплекс, включающий лечебную гимнастику, массаж, физиотерапевтические процедуры, обычно применяемые при ДТБС. У 13 детей (57 %) основной группы использовали лечебно-реабилитационный комплекс, включающий в дополнение к традиционному терапии ППЦНС по назначению невролога.

Для отслеживания хода лечения была налажена связь со специалистами: хирургами-ортопедами и неврологами. Из результатов осмотров хирургов-ортопедов использовались:

1. Клинические данные.
2. Рентгенологические данные.

Из результатов осмотров неврологов использовались:

1. Оценка психомоторного развития.
2. Результаты функциональных исследований.

Для оценки начального состояния пациентов и результатов реабилитации в данной работе были взяты два параметра:

- величина ацетабулярного угла (угол наклона крыши вертлужной впадины) по результатам рентгена;
- величина угла α и угла β по результатам УЗИ.

Величина ацетабулярного угла до реабилитации варьировалась от 30°-40°.

В контрольной (традиционная методика), соответственно, 58 % и 21 %, без изменений 21 % (Рис. 4).

Величина ацетабулярного угла после реабилитации составляла от 20° - 30° , что соответствует норме. Угол α достиг результата 60° - 65° , а угол β – 50° - 55° . Оба показателя соответствуют норме (угол α больше 60° , а угол β меньше 55°) (Рис. 5).

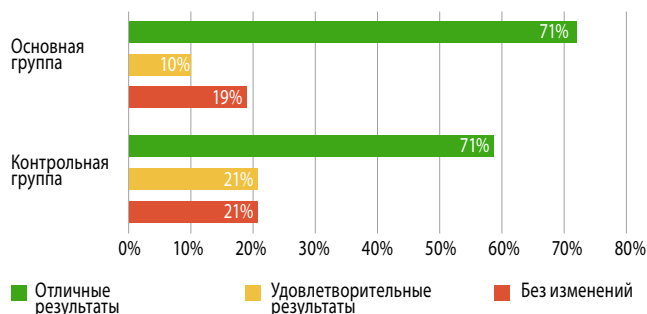


Рис. 4. Сравнение результатов лечения

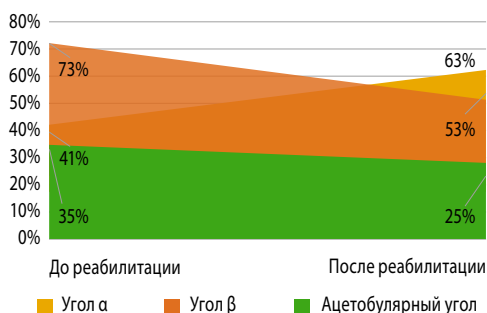


Рис. 5. Результат по УЗИ и Rg-тазобедренных суставов у детей:
альфа-угол, бета-угол и величина ацетабулярного угла
до и после реабилитации

Вывод: общность патогенеза дисплазии тазобедренных суставов и нарушений рефлексорно-двигательной сферы предполагает совместное лечение и наблюдение за детьми с данной патологией неврологом и ортопедом, а специалистам по массажу необходимо расширить зону воздействия с учетом нарушений неврологической сферы (т.е. применить оптимизированную методику массажа).

РОЛЬ СРЕДНЕГО И МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СОБЛЮДЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ СТАЦИОНАРНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОГО ДИСПАНСЕРА

Е. В. Тарасова – главная медицинская сестра

ГБУЗ ТО «Областной противотуберкулёзный диспансер»

В связи с сохраняющейся напряжённой эпидемиологической ситуацией по заболеваемости туберкулёзом и высокой смертностью от него проблема профилактики этого заболевания является особенно актуальной. Особенности туберкулёзной инфекции в современных условиях требуют совершенствования мероприятий по его профилактике. К группе повышенного риска инфицирования и заболевания туберкулёзом относятся медицинские работники, в том числе и противотуберкулёзного профиля.

Инфекционный контроль в противотуберкулёзных организациях представляет комплекс конкретных мероприятий и технологических процедур, благодаря которым уменьшается вероятность трансмиссии туберкулеза.

Цель работы -Выявить влияние инфекционного контроля на распространение туберкулёзной инфекции среди медицинских работников и пациентов стационарных отделений и на профессиональную заболеваемость медицинского персонала противотуберкулёзного диспансера.

Мероприятия по инфекционному контролю проводятся на 3-х уровнях – на административном, инженерно-техническом и уровне индивидуальной защиты органов дыхания. Административные мероприятия являются важнейшим звеном, связывающим все компоненты программы, и обеспечивают существенное снижение риска передачи инфекции в учреждении.

Проанализировав формы статистического учёта № 089/у и акты расследования профессиональных заболеваний среди работников противотуберкулёзного диспансера, установлено:

- Клинические формы – 100 % туберкулёз органов дыхания;
- По половому признаку – 100 % женщины;
- Категория заболевших – 83 % средний и младший медицинский персонал, 12 % врачи, 5 % – прочие работники.

Наибольшую категорию заболевших туберкулёзом составляют работники среднего и младшего персонала. Тщательно проведя расследования по каждому случаю профессионального заболевания, мы выявили факт «отсутствие настороженности» у сотрудников учреждения при контакте с источниками инфекции, пренебрежение и недооценка мер индивидуальной защиты. Учитывая, что медицинские сестры имеют длительный контакт с больным

в процессе ухода, а младший персонал чаще работает с «заразным» материалом, т.е. профилактические и противоэпидемические мероприятия, которые являются неотъемлемой частью административного контроля, выполняет эта категория работников, в учреждении разработана обучающая программа. В целях обеспечения ответственного отношения и соблюдения мер предосторожности персонала, разработан следующий комплекс мероприятий:

1. Обучение медицинского персонала мерам инфекционного контроля и инфекционной безопасности в противотуберкулёзном учреждении. Обучение проводится малыми группами (10-15 человек) в каждом структурном подразделении. После занятий по каждой теме проводится зачёт в виде тестового контроля. Программа обучения разделена по специальностям: организаторы или старшие медицинские сёстры, медицинские сестры, младший медицинский персонал (санитарки, сестры хозяйки).

2. Разработка и использование в практике алгоритмов – проведение различных манипуляций и процедур, например, «ассистирование при проведении пневмоперитонеума»; технология обработки рук; использование барьерных средств защиты с использованием респираторов; проведение генеральной уборки; дезинфекции кухонной посуды; обеззараживание и транспортировка медицинских отходов и т.п. Более 60 алгоритмов разработано в учреждении и утверждено главным врачом.

3. Индикаторами качества выполнения мероприятий является проведение контроля, которое осуществляется ежедневно комиссией, совместно с врачом эпидемиологом и оформлением протоколов обхода. Для более продуктивного обхода разработаны алгоритмы обходов (протоколов) по разным направлениям и кабинетам, например – протокол обхода процедурного кабинета, медицинский пост, палата реанимации, кабинет бронхоскопии и т.п. Такой подход позволяет более детально провести осмотр и оценить уровень знаний и соблюдение мер инфекционного контроля сотрудниками структурного подразделения.

4. Большое значение уделяется обучению пациентов стационарных подразделений вопросам инфекционной безопасности. В процессе стационарного лечения пациенты проходят обучение в школе здоровья, согласно разработанной программы.

Данный подход позволяет провести эпидемиологический анализ и выявить недостатки в работе среднего и младшего медицинского персонала, своевременно откорректировать и провести профилактические и противоэпидемические мероприятия.

Таким образом, осуществление мероприятий борьбы с туберкулезом с особым упором на методы административного контроля в работе среднего

и младшего медицинского персонала обеспечивает существенное снижение риска передачи инфекции в стационарных отделениях противотуберкулёзного диспансера. Наиболее важным и положительным результатом этой работы является отсутствие за последние годы случаев туберкулёзной инфекции среди сотрудников диспансера.

ПРОВЕДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО СТИГМЕ И НАСТОРОЖЕННОСТИ К ТУБЕРКУЛЕЗУ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ

С. Б. Цибулина, Е. В. Тарасова

ГБУЗ ТО «Областной противотуберкулёзный диспансер»

С 2012 года по инициативе ТРОО «Тюменская областная профессиональная сестринская ассоциация» при поддержке руководства ГБУЗ ТО «Областной противотуберкулёзный диспансер», департамента здравоохранения Тюменской области в лечебных учреждениях г. Тюмени и юга Тюменской области проводится ежегодная масштабная акция «Белая ромашка». В рамках акции проводятся пропагандистские мероприятия, направленные на привлечения внимания населения к проблеме туберкулеза. Во время месячника медицинскими сестрами лечебных учреждений проводятся беседы в школах, на предприятиях о профилактике туберкулеза; в лечебных учреждениях проводятся конкурсы памяток, листовок, санбюллетеней по данной теме для дальнейшего тиражирования и раздачи пациентам. Помимо этого, в тубдиспансере работает «Школа здоровья», где всем заинтересованным в получении информации лицам в течение цикла занятий рассказывается о проблеме туберкулеза.

С целью получения «обратного ответа» от жителей города о том, насколько настороженно они относятся к своему здоровью, соблюдают ли рекомендации по профилактике туберкулеза, а также, для выявления отношения жителей города к больным туберкулезом, было принято решение о проведении данного исследования.

Была разработана анкета, состоящая из 16 вопросов.

В период с июля по август месяц 2016 года среди пациентов, обратившихся за медицинской помощью в государственные и муниципальные лечебные учреждения г. Тюмени, было проведено анкетирование. В бумажном анкетировании приняло участие 70 человек.

Для проведения мобильного анкетирования анкета размещена на официальном сайте ГБУЗ ТО «Областной противотуберкулёзный диспансер», а так-

же размещена в социальной сети «Фейсбук». Анализ мобильного анкетирования будет проводиться с периодичностью 1 раз месяц.

По результатам анкетирования были выявлены положительные аспекты профилактической работы: все респонденты (100 %) проходят ежегодное флюорографическое обследование легких и внимательно относятся к состоянию своего здоровья. К сожалению, были выявлены и отрицательные аспекты, так как, несмотря на проведение большой профилактической работы, жители плохо ориентируются в таких вопросах, как источники заражения, основные симптомы заболевания туберкулезом, и, самое главное, профилактика туберкулеза. Вместо того, чтобы приложить максимум усилий по профилактике заболевания, большая часть респондентов (70 %), в возрасте 35–46 лет, считает, что больные туберкулезом люди должны быть изолированы от общества, с ними нельзя дружить, ходить в гости, и, как ни странно, их надо переселить в отдельные дома.

По результатам анкетирования мы пришли к выводу, что работа по профилактике туберкулеза нуждается в серьезной корректировке и дополнению, а именно: изменение программы занятий в «Школе здоровья», расширение тематики выпускаемых информационных материалов, а также увеличение количества мероприятий, направленных на привлечение внимания к проблеме туберкулеза.

В течение месяца после проведенного анкетирования были внесены изменения в программу действующей «Школы здоровья», помимо актуальной информации о заболевании были добавлены жизненные примеры, возможные варианты реализации полученных знаний. Изменения были внесены и в материалы ежегодной профилактической акции «Белая ромашка».

С сентября 2016 года тестирование пациентов продолжено.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИЁМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПРИ ВНЕДРЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ

Л. В. Кобкова – главная медицинская сестра

О. А. Генералова – старшая медицинская сестра приёмного отделения

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клинический кардиологический диспансер», г. Омск*

Актуальность исследования. До недавнего времени в российском здравоохранении почти полностью отсутствовали какие-либо признаки автоматизации. Карты, бюллетени, процедурные отчеты, учёт пациентов, лекарственных

препаратов – весь документооборот производился на бумаге. Это сказывалось на скорости, а, следовательно, и качестве обслуживания пациентов, затрудняло работу медицинского персонала, что приводило к ошибкам, большим затратам времени на заполнение карт, отчетов. Даже содержательную документацию легко испортить оформлением, ошибки могут стать самыми заметными чертами документации, источником психических, моральных и юридических проблем пациента и медицинского персонала. История болезни – основной юридический документ, поэтому все сведения, внесенные в неё, должны быть достоверными, конкретными, четкими и легко читаемыми. А надлежащее оформление медицинской документации – одно из обязательных условий оплаты медицинской помощи, в рамках обязательного медицинского страхования. Поэтому на смену эпохе бумажных носителей информации приходит время крупных информационных систем, которые могут оказать существенное влияние, как на повышение качества, доступности, скорости оказания медицинской помощи, так и на степень удовлетворённости населения системой здравоохранения.

Цель исследования – оптимизировать работу сестринского персонала приёмного отделения через использования современных информационных технологий (электронная карта стационарного больного и статистической карты выбывшего из стационара) и исследовать ее эффективность в практической деятельности.

Задачи исследования:

1. Исследовать статистические показатели деятельности приёмного отделения за 2014–2016 годы.
2. Провести хронометраж рабочего времени медицинской сестры приёмного отделения на ведение медицинской документации.
3. Провести каскадное обучение медицинских сестер приёмного отделения по освоению информационных технологий (карта стационарного больного и статистическая карта выбывшего из стационара).
4. Провести сравнительный анализ после внедрения информационных технологий (хронометраж затраченного времени на электронную карту стационарного больного, анкетирование пациентов и медицинского персонала по поводу оптимизации работы).

Методы исследования:

- аналитический (анализ деятельности сестринского персонала до и после исследования);
- статистический (изучение статистических показателей работы приёмного отделения);
- социологический (проведение анкетирования пациентов и сестринского персонала о результатах оптимизации деятельности приёмного отделения).

Ход исследования. Исследование проводилось на базе приёмного отделения клинического кардиологического диспансера. Рабочее место медицинской сестры приёмного отделения оборудовано компьютерной техникой с подключением к локальной информационной системе, которая позволяет работать в единой программе со страховыми компаниями Омска и Омской области. Медицинские сёстры приёмного отделения прошли обучение по освоению информационных технологий.

Сравнительный анализ профессиональной деятельности медицинской сестры приёмного отделения показал, что среднегодовое значение поступающих в стационар пациентов соответствует 6429 человекам (с 2014 по 2016 гг.); среднемесячное значение поступающих в стационар пациентов – 536 человек; следовательно, за один рабочий день оформляется в стационар, в среднем, по 22 человека.

Хронометраж рабочего времени, затраченного на заполнение истории болезни и статистической карты выбывшего пациента ручным способом и с помощью электронной системы, показал, что до внедрения технологии на оформление одного пациента в стационар по стандарту приходится 30 минут, из них 20 минут затрачено на оформление рукописной карты стационарного больного. При внедрении в работу электронной карты стационарного больного общее оформление пациента сократилось до 20 минут, так как на оформление электронной карты приходится 10 минут рабочего времени. Поэтому, при внедрении в работу медицинской сестры приёмного отделения электронной карты время приёма в среднем сократилось на 2/3 или 66 %. Это позволило оптимизировать работу медицинской сестры приёмного отделения и улучшить качество и скорость оказания медицинской помощи пациентам.

Для эффективного выполнения определенного объема работы необходимо учитывать удовлетворенность сотрудников от выполняемой работы. В связи с этим было проведено анкетирование медицинских сестёр приёмного отделения. В анкетировании приняли участие 100 % медицинских сестёр приёмного отделения.

Результаты анкетирования показали, что внедрение МИС имеет ряд преимуществ:

- уменьшения временных затрат медицинских работников на заполнение всех необходимых документов;
- облегчение труда медицинских работников;
- уменьшение количества ошибок в оформлении документов;
- увеличение времени на оказание неотложной помощи пациентам, выполнение врачебных назначений и проведение диагностических исследований.

Одним из важных показателей качества работы приёмного отделения являются отзывы пациентов. Анкетирование пациентов показало, что с внедрением электронной истории болезни 100 % опрошенных (от числа поступивших в стационар) удовлетворены системой оптимизации рабочей деятельности медицинской сестры приёмного отделения за счет сокращения временных затрат на ведение медицинской документации, происходит увеличение времени на оказание помощи пациентам и сокращение времени ожидания госпитализации.

Анкетирование 25 сотрудников структурных подразделений, по роду своей деятельности имеющих отношение к истории болезни, в 100 % случаев показало улучшение качества работы с электронными историями болезни, по сравнению с рукописными. Электронные истории выполнены чётким, легко читаемым шрифтом, отмечено снижение количества ошибок прочтения.

Результаты исследования. Внедрение информационных технологий в деятельность медицинских сестер приёмного отделения позволило:

- создавать единую электронную карту стационарного больного;
- вносить персональные данные пациента (паспортные данные и категория льготности) и вести поиск гражданина по идентификатору номеру полиса обязательного медицинского страхования и пр.;
- фиксировать отказы пациентов от госпитализации и т.д.;
- автоматизировать работу по учёту пациентов на всех этапах деятельности медицинского учреждения, что значительно экономит время сотрудников;
- контролировать маршрутизацию пациента «приемное отделение – стационар – поликлиника»;
- получать данные для статистических отчетов и расчетных документов в страховые компании.

Выводы. Таким образом, внедренная система информационных технологий в деятельность медицинских сестер приёмного отделения позволила:

- оптимизировать учёт пациентов с помощью электронной карты и исключить ошибки, которые ранее возникали при оформлении карты стационарного больного рукописным способом из-за неразборчивого почерка медицинского персонала;
- улучшить качество оказания медицинской помощи за счёт сокращения времени на медицинскую документацию и сократить время ожидания приёма пациентами;
- уменьшить количество жалоб и конфликтов, улучшить имидж медицинской организации и расширить функции медицинской сестры.

Современные медицинские информационные технологии позволяют существенно влиять на повышение качества и доступности медицинских услуг

населению в сочетании с ростом эффективности планирования и управления ресурсами системы здравоохранения РФ.

Гарантированное высокое качество оказания медицинской помощи является не только одним из определяющих факторов, увеличивающим шансы скорейшего выздоровления, но и повышает степень удовлетворённости населения системой здравоохранения, а также повышает престиж сестринской профессии.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ И ГИГИЕНИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ НА БАЗЕ БУЗ УР «РКИБ МЗ УР ГОРОДА ИЖЕВСКА»

Н. Я. Беккер – главная медсестра,

Е. В. Шадрина – старшая медсестра,

О. В. Юминова – старшая медсестра

БУЗ УР РКИБ МЗ УР

На современном этапе паразитарные заболевания признаны общегосударственной проблемой. Паразитозы – широкая группа болезней, в значительной степени определяющая состояние здоровья населения. В условиях продолжающего роста заболеваемости паразитарными болезнями и ухудшением экологической обстановки особенно актуальным становится переход к профилактической медицине. Особая роль в профилактике паразитарных заболеваний отводится специалистам сестринского дела, главными задачами которых являются санитарно-просветительные мероприятия, направленные на охрану и оздоровление окружающей среды, а также предупреждение риска заражения паразитами.

Заболеваемость населения токсокарозом в Российской Федерации является серьезной проблемой в последние годы, особенно в крупных городах. Всего в 2016 году зарегистрировано почти 2,5 тыс. случаев токсокароза (1,70 на 100 тыс. населения), 909 случаев токсокароза среди детей до 17 лет (3,2 на 100 тыс. данного возраста). Возбудители паразитозов в 2016 году были обнаружены в почве территорий животноводческих комплексов – 2,21 % (в 2015 г. – 1,56 %), растениеводческих хозяйствах – 2,34 % (в 2015 г. – 1,06 %), селитебной зоне – 1,01 % (в 2015 г. – 1,14 %), в том числе на территориях детских организаций и детских площадок – 0,65 % (в 2015 г. – 0,72 %), в зоне санитарной охраны источников водоснабжения – 1,14 % (в 2015 г. – 0,77 %). В Удмуртской

Республике ситуация по токсокарозу остается напряженной из года в год, но существует тенденция к снижению.

Для изучения причин роста заболеваемости паразитарными заболеваниями была проведена исследовательская работа по теме: «Роль медицинской сестры в профилактике паразитарных заболеваний. Анализ заболеваемости токсокарозом в Удмуртской Республике.».

Цель исследования – определение эффективности обучения и профилактических мероприятий для пациентов с паразитарными инфекциями. Совершенствование качества профилактической работы сестринского персонала в плане предупреждения заболеваемости токсокарозом в Удмуртии.

Задачи исследования: проведение анализа заболеваемости токсокарозом в УР и контингента больных, пролеченных в РКИБ с данным заболеванием за период 2015–2016 гг.; выявление факторов риска заражения у больных с токсокарозом, пролечившихся в РКИБ в период 2015–2016 гг.; оценка уровня грамотности населения по проблемам гигиенического воспитания; оценка уровня санитарной грамотности владельцев собак. Оценка качества проводимых занятий слушателей.

Объектом исследования являлись 85 пациентов Республиканской клинической инфекционной больницы; 27 родителей детей, находившихся на лечении в РКИБ, 30 родителей и сотрудников МБДОУ № 206 г. Ижевска; 51 семья владельцев собак Устиновского района г. Ижевска.

Порядок проведения исследования. Методика исследования включила в себя 4 этапа. Исследование проводилось в течение сентября – марта 2015–2016 гг.

На первом этапе была изучена литература по вопросам этиологии, эпидемиологии, клиники, диагностики, лечения и профилактики токсокароза.

На втором этапе по данным ГСЭН УР проведен анализ заболеваемости токсокарозом в УР и по РФ за 2015–2016 гг. По данным статистического отдела РКИБ проведён анализ контингента пролеченных больных с токсокарозом за 2015–2016 гг.

На третьем этапе с целью оценки уровня знаний по проблемам гигиенического воспитания населения была разработана анкета, включившая в себя 23 вопроса. Проинтервьюировано с января по февраль 2015 г в конфиденциальной обстановке 27 родителей ДОУ № 206.

На четвёртом этапе полученный материал был подвергнут статистической обработке с расчётом показателей и средних величин. Для определения достоверности разницы показателей использовался критерий достоверности Стьюдента. Разница считалась достоверной, если t был больше 1,96. Кроме

того, был использован метод ранговой корреляции Спирмена, связь оценивалась как слабая при $P < 0,3$, средняя – при $P = 0,3-0,7$ и сильная при $P > 0,7$.

Полученные результаты были проанализированы, обобщены, сделаны выводы и предложения для практического применения.

Исследование показало:

За последние 10 лет уровень заболеваемости значительно снизился в 4,9 раза 15,31 (2000 г) и 12,2 (2005 г.) в показателях на 100 тысяч населения. Уровень заболеваемости токсокарозом в УР за последние 2 года колебался от 3,1 (2016 г.) до 2,5 (2015 г.) в показателях на 100 тысяч населения и превышает уровень РФ в 2 раза. Высокий уровень заболеваемости обусловлен ростом численности собак и высокой степенью их пораженности токсокарами. Притом, что многие из них безнадзорны. Проблема загрязнения окружающей среды фекалиями собак становится всё более острой. По результатам обследования внешней среды на гельминтозы в лаборатории ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в УР» за 2016 г., установлена значительная обсемененность почвы яйцами токсокар. Исследовалось 1130 проб почвы, из них было положительных 34 на яйца гельминтов (в 34 пробах обнаружены яйца токсокар), что составило 3,0 %. В том числе в ДОУ (дошкольное образовательное учреждение) исследовалось 412 проб почвы, из них 15 положительных на яйца токсокар, что составило 3,6 %. В изучаемой совокупности преобладали дети возраста от 1 года до 14 лет – 80,0 % (68 пациента) от всех заболевших токсокарозом. Большему риску заражения подверглись жители, проживающие в населённых пунктах сельского типа в отличие от территорий городского типа с коммунальным благоустройством. Среди сельских жителей – 69 % (59 пациента) заболеваемость выше в 2,2 раза по сравнению с городским населением – 31,0 % (26 пациентов). Наиболее пораженной возрастной группой в течение последних 4 лет являются, дети до 6 лет (62,1 %) при этом разница по возрастным группам статистически достоверна ($t = 4,6$). Основными факторами риска заражения являются: контакты с землёй – 84,4 %; контакты с собаками и кошками – 68,8 %; геофагия – 52,2 %; употребление не мытых овощей, зелени – 26,6 %; не соблюдение правил личной гигиены 14,4 %; пробование или поедание непищевых веществ – 12,2 %. Выявлена сильная обратная связь между возрастным контингентом и количеством страдающих геофагией.

Поскольку чаще болеют дети, а обострение процесса затягивается на многие месяцы и годы, связанное с длительным присутствием возбудителя в организме и многократного повторного заражения, необходим поиск, более эффективных способов предупреждения данного заболевания. До настоящего времени остаются нерешенными вопросы, имеющие первостепенное

значение в борьбе и профилактике паразитарных болезней, а именно: гигиеническое воспитание населения и в первую очередь подрастающего поколения.

С целью изучения уровня грамотности по гигиеническому воспитанию населения нами было проанкетировано 57 респондентов, имеющих детей в возрасте от 1 до 3 лет (40,0 %), от 4 до 7 лет (60,0 %). Большинство респондентов имели среднее специальное образование (47,1 %), у 30,0 % респондентов высшее образование и лишь у 22,9 % респондентов среднее образование. Из опрошенных респондентов преобладали служащие (42,3 %) и рабочие (33,9 %). Домохозяйки составили 15,5 %, учащиеся 7,0 %, и лишь 1,3 % респондентов составили безработные.

В частном доме, где имеется земельный участок, проживают 12,8 % семей. Имеют благоустроенную квартиру 54,2 % респондентов, комнату в общежитии или в коммунальной квартире имеют 33,0 %. Респонденты, проживающие в коммунальном благоустроенном жилье, указывают на наличие сада или огорода, или земельного участка в 65,7 % случаев.

Имеют домашних животных (кошка, собака) 72,9 % респондентов. 27,1 % опрошенных указывают на отсутствие питомцев в доме, но в 11,4 % случаев, родители не исключают тесные контакты своих детей с животными на улице. В 47,8 % случаев владельцы собак проживают в коммунальном благоустроенном жилье (в квартирах, комнатах).

Исследование также показало низкий уровень грамотности населения по проблемам гигиенического воспитания подрастающего поколения: пикацизмом (геофагия – 7,1 %, грызут ногти – 42,9 %, не пищевые вещества – 31,1 %) страдают 81,1 респондентов, тесный контакт с животными респонденты отмечают: 45,7 % – собака и кошка лижут лицо и руки ребёнку, 40,0 % – кормят собаку и кошку со своего стола, 20,0 % – ребёнок целует собаку и кошку. Отсутствие санитарно-гигиенических навыков выявлено у 45,6 % детей. На формирование поведения ребенка, ориентированного на сохранение здоровья и на здоровый образ жизни, значительное влияние оказывает семья.

Выявлен низкий уровень санитарной грамотности владельцев собак: большинство респондентов – 70,7 % не обследуют домашних животных на наличие паразитов, что показало нежелание владельцев нести ответственность за здоровье своего питомца. 93,8 % владельцев собак выгуливают животных во дворе дома на детских площадках, в парках. 73,9 % респондентов во время прогулки с собакой не убирают их испражнения, что ведет к увеличению заражения почвы яйцами гельминтов. 56,2 % владельцы домашних животных не проводят гигиенические мероприятия своему питомцу после прогулки. Тогда как исследование показало, что, доля детей, играющих в песочницах во

дворах дома составила 82,8 % (58 человек). И по опросу родителей было отмечено (71,4 %), санитарно-профилактические мероприятия во дворе, а именно детских песочниц не проводятся.

Отсутствие специально выделенных мест для выгула собак и низкий уровень санитарной сознательности владельцев собак, показывает о несформированном позитивном отношении к собственному здоровью и здоровью окружающих.

Абсолютное большинство населения не имеет адекватной информации о гельминтозах. В таких условиях трудно надеяться на осознанное гигиеническое поведение людей, способствующее профилактике заражения, поэтому роль медсестры в санитарно-просветительской работе увеличивается. Совершенствование информационно-просветительской и профилактической работы с населением, путем внедрения новых организационных форм и технологий таких как: обучающие программы, учебно-игровые программы, демонстрационные программы (видеосредства). На медицинских сестрах лежит, особая обязанность – нести гигиенические знания в массы, формировать у населения здоровый образ жизни.

Данное исследование легло в основу открытия цикла лекций со специальными образовательными программами для пациентов различных возрастных групп, по гельминтозам и инфекционным заболеваниям, предполагающие предотвращения проблемы до ее возникновения в «Школе здоровья» в РКИБ (Республиканская Клиническая Инфекционная Больница).

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

А

Астафьева Н.В. 375
Астраханцева Н. Н. 515

Б

Багаева М.А. 317
Байдикова Л. А. 88
Баскакова О. А. 340
Бахта С. А. 58
Бекетова Е. Н. 340
Беккер Н. Я. 557
Бельтюкова О. В. 122, 326
Бондаренко А. Е. 394
Букина Т. А. 215, 265
Бурунова Ю. Ю. 498
Бучко О. А. 450

В

Вакулина О.Л. 297
Ващенко Т. А. 488
Вашук Л. А. 101
Веденина Г. В. 310
Вергай Л.В. 536
Вершинина И. П. 520
Виноградов С. В. 172
Вирки Т. В. 19, 461
Воронкова Т.А. 490

Г

Генералова О.А. 553
Гоголева С. А. 208
Головкова Е. В. 284
Гоммерз Бьянка 116
Гордиевская Л. А. 229
Гришанина М. С. 272
Гришанова Т. Г. 39
Гузенко О. А. 340

Д

Дацюк С. Ф. 306
Долбилова Л. В. 193
Домбровская Т.М. 391
Доронина Т. Н. 471
Дрокина Ю. М. 437

Е

Егошина Г. Л. 180
Ермакова Е. Ю. 517

Ж

Животнева И. В. 224
Журавлева О. И. 164

З

Земцовский М.Я. 231
Золотарева С.А. 512
Зрюнина Л. В. 495

И

Ибрагимова Н.А. 457
Иванченко Т. А. 498
Иващенко И. В. 500
Ивлева С. В. 110
Игнатович Ю.С. 22, 220
Ильинова О. А. 42
Ильиных Е.В. 503
Ионова Т. В. 506
Ипатов Е.С. 231

К

Кабалина Т. В. 508
Калинина И. Г. 404
Камаева О. В. 221
Квессаладзе Н. 188
Киселева Г. А. 126, 503
Кобкова Л.В. 553
Ковалев В. С. 248

Колпакова Е. В. 235
Коробейникова Е. А. 39
Кравченко Л. И. 330
Кропачева О. С. 515, 517
Крутько Л. Д. 29
Крючкова Н. Ю. 520
Кудряшова Т. В. 172
Кузьминых Е. Я. 147
Кузьмичева Е. М. 356
Кулабухов А. С. 134
Кунгурцева М. Ю. 107
Купчикова М. В. 293

Л

Леонтьева Н. И. 160
Леушина А. В. 313
Лобанова Л. Г. 95
Локтев П. П. 80
Лучшева Л. М. 313
Любавина А. Е. 477
Лялина Н. Л. 522

М

Магурина Н. А. 49, 526
Майер Клаудия Б. 456
Маковецкая Е. Ю. 475
Малофеева М. С. 481
Мальцева Е. М. 143
Матвеева Н. А. 166
Мелешко А. С. 529
Мехова Т. А. 533
Мололкина Л. Ю. 140
Монахова М. И. 536
Морвиллес Жан-Мануэль 188
Мыльникова И. М. 332
Мысикова Г. П. 539

Н

Наумов С. А. 242
Неврычева Е. В. 107
Немирова О. М. 470

Нечаева Н. В. 242
Нечайкина Л. В. 371
Николаева И. А. 134
Нопина О. Е. 512
Носкина Н. А. 53

О

Огорельцева Н. П. 317
Остапчук О. Ю. 543
Очнева Е. Л. 24

П

Пайбакова Т. А. 239
Панина Е. В. 130
Панкратова Н. Е. 360, 367
Парамонова О. Г. 277
Патрушева Н. Н. 147
Перетяшко М. Э. 503
Пилевич Л. Н. 99
Платонова А. Т. 33
Плетминцева Г. Б. 227
Пономарева Е. А. 242
Попова Л. А. 215
Проскурякова И. С. 354
Пурасова А. Ю. 243

Р

Разумова Н. В. 544
Роева Н. Н. 71
Романова А. А. 432
Романова Е. А. 183
Рычкова А. С. 390
Рябкова В. В. 16

С

Саитова Т. В. 377
Салахутдинова В. А. 401
Самохина Л. П. 204
Санникова И. Н. 425
Сапега Н. В. 107
Седельникова А. И. 387
Селифанова О. Н. 199

Сидорова Т. Н. 427
 Синкевич Е. М. 297
 Скоробогатова Е. А. 265
 Скотти А. М. 155
 Собко И. В. 415
 Совков С. Л. 546
 Солопенко М. С. 271
 Степанова М. А. 466
 Студнева Т. А. 349
 Суровцова Л. П. 61
 Сулова Е. А. 180

Т

Тайченачев А. Б. 84
 Тарасевич Е. С. 384
 Тарасова Е. В. 550, 552
 Татарченко А. В. 67
 Терентьева О. И. 69
 Тимофеева Е. В. 322
 Тихонов С. В. 282
 Домбровская Т. М. 391
 Толкачева И. В. 134, 297
 Тополян А. А. 48
 Третьякова Л. А. 440
 Третьякова О. А. 434
 Тыдыкова Т. С. 302

У

Уайт Джин 454
 Устюжанинов, О. Е. 104

Ф

Фильчаков А. М. 477, 495
 Фролов А. Н. 227

Х

Халлиева М. В. 410
 Хамедуллина Н. Г. 381
 Хмель Ю. С. 466
 Хованская О. В. 351, 384
 Хроминьски П. 222
 Худайбердиева А. Р. 348

Ц

Цибулина С. Б. 291, 552
 Цыганова Л. В. 483

Ч

Чаркова О. Г. 189
 Чернова И. И. 287
 Чикминева О. М. 147

Ш

Шадрина Е. В. 557
 Шамшина Л. С. 541
 Шапкина О. В. 258
 Шапошникова, Н. А. 243
 Швецова Н. С. 346
 Шелема А. В. 533
 Шипачев К. В. 39
 Шипицына В. В. 317
 Шитикова О. Е. 336
 Шульгина Л. Н. 134

Щ

Щербинина О. Е. 446

Ю

Юминова О. В. 557

Я

Яковчук С. А. 409
 Якушева О. С. 174, 500
 Янминкуль И. В. 150

