



**V Международный саммит  
медицинских сестёр**

**“Роль медицинской сестры  
в противостоянии  
хроническим заболеваниям”**

# **ТЕЗИСЫ САММИТА**

**22 мая 2019 г., г. Омск**



Омская региональная общественная организация  
«Омская профессиональная сестринская ассоциация»

**СБОРНИК ТЕЗИСОВ  
V МЕЖДУНАРОДНОГО САММИТА  
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР  
«РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ  
В ПРОТИВОСТОЯНИИ ХРОНИЧЕСКИМ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМ»**

22 мая 2019 г., г. Омск



Издательство не несет ответственности за материалы, опубликованные в сборнике. Все материалы поданы в авторской редакции и отображают персональную позицию автора.



## СОДЕРЖАНИЕ

<i>Антонова О.П., Дорошенко М.Ю.</i> Роль медицинской сестры наркологического диспансера в профилактике алкоголизма .....	5
<i>Афанасьенко Е.В., Байкова Ж.А., Рубе Т.В.</i> Донорство как здоровый образ жизни .....	7
<i>Букреева Н.Д.</i> Я гордо называюсь медсестрой! .....	10
<i>Быкова Н.А.</i> Профилактическая работа медицинской сестры в центре здоровья для детей. ....	13
<i>Воскресенская В.И.</i> Лучшая в мире профессия .....	16
<i>Гуселёва А.В.</i> Моя профессия – моя гордость!.....	18
<i>Даценко С.В.</i> Противостояние сестринского персонала артериальной гипертензии .....	22
<i>Детюк Ю.В.</i> Роль медицинской сестры школы диабета .. ..	25
<i>Есина И.Н.</i> Особенности медицинского обслуживания первоклассников в период адаптации. Роль медицинской сестры школы.....	27
<i>Есина И.Н.</i> "Особенный" ребенок - принять и полюбить.. ..	30
<i>Есина И.Н.</i> Здоровье детей в школе .....	33
<i>Жадан О.Р.</i> Роль медицинской сестры в организации работы школы здоровья для пациентов со спастическим синдромом, его коррекция .....	36
<i>Желтова О.М.</i> Факторы риска и профилактика сахарного диабета.....	38
<i>Зазворко Ж.Н., Циглер Г.Ф.</i> Противостояние сестринского персонала хроническим заболеваниям.....	41
<i>Зайцева Л.В.</i> Профилактика острого нарушения мозгового кровообращения.....	42
<i>Земледух М.Л., Чаркова О.Г.</i> Роль медицинской сестры в уходе за больными при хроническом алкоголизме .....	45
<i>Зубова М.В.</i> Роль медицинской сестры в организации работы школы здоровья для пациентов с центральным двигательным дефицитом (инсульт) .....	48
<i>Исакова Н.В., Агафонова Т.А.</i> Профилактика как одна из главных ролей медицинской сестры участковой.....	49
<i>Казакова В.А.</i> Хронические гепатиты, диагностика, профилактика .....	52
<i>Кондратенко О.В.</i> Организация школ здоровья в неврологическом реабилитационном отделении БУЗОО «ОКБ».....	55
<i>Краснопёрова А.О.</i> Моя профессия - моя гордость .....	57
<i>Крылова Е.И.</i> Роль медицинской сестры в организации работы школы здоровья для пациентов с трофическими нарушениями (пролежни).....	60
<i>Кузюкова О.И., Киселева Г.А.</i> Соблюдение правил преаналитической подготовки как важный этап достижения достоверности результатов .....	62



<i>Лаптева О.Н., Минасян Ш.С.</i> Диспансеризация определенных групп взрослого населения как метод раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний.....	65
<i>Ларионова Н.П.</i> Роль медицинской сестры в организации работы школы здоровья для пациентов с невротическим, хроническим болевым синдромом .....	68
<i>Линдт С.С.</i> Роль медицинской сестры в организации работы школы здоровья для пациентов отделения кардиологии сосудистого центра БУЗОО «ОКБ» .....	69
<i>Локтионова Т.А.</i> Роль медицинской сестры в астма-школе .....	71
<i>Луценко М.Н.</i> Школа здоровья для пациентов «Бронхиальная астма». Обучение пациентов использованию небулайзера .....	74
<i>Лысик С.В., Иванова О.И.</i> Роль медицинской сестры в профилактике миопии .....	76
<i>Мешкова Е.В.</i> Роль медицинской сестры в организации работы школы здоровья для пациентов при когнитивных нарушениях.....	79
<i>Мусабекова Д.Б.</i> Профессия «медицинская сестра» – смысл моей жизни .....	80
<i>Обиденко Е.В.</i> Роль медицинской сестры в организации и работе школы здоровья для пациентов с сердечно-сосудистой патологией .....	83
<i>Осипова А.А.</i> Из записок медицинской сестры. О противостоянии хроническим заболеваниям. ХОБЛ у лиц пожилого и старческого возраста.....	85
<i>Посива Л.В.</i> Роль медицинской сестры в организации работы школы здоровья для пациентов с целью первичной и вторичной профилактики инсульта .....	87
<i>Рыбина С.А., Какуля Р.А.</i> Остеопороз и его профилактика .....	89
<i>Севастьянова Т.П.</i> Роль медицинской сестры в организации работы школы здоровья для пациентов с нейрогенным мочевым пузырём.....	92
<i>Семашко Е.Ю.</i> Роль медицинской сестры в организации работы школы здоровья для спинальных пациентов с нейродвигательными нарушениями .....	93
<i>Семякина В.А.</i> Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в условиях дневного стационара поликлиники .....	94
<i>Трейзе Н.Н., Каримова Э.Г.</i> Роль медицинской сестры в работе школы здоровья урологического отделения БУЗОО «ОКБ» .....	97
<i>Филиппова А.С.</i> Быть медицинской сестрой - мое призвание .....	98
<i>Цыганкова Е.В.</i> Роль лечебной физкультуры в реабилитации пациентов с хроническими заболеваниями системы пищеварения .....	102



## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ АЛКОГОЛИЗМА

**Антонова О.П., Дорошенко М.Ю.**

*БУЗОО «Наркологический диспансер», г. Омск*

Алкоголизм — болезнь, выражающаяся в пристрастии к напиткам, содержащим этиловый спирт. Различают острое алкогольное опьянение, вызванное однократным приемом спиртных напитков, и хронический алкоголизм, при котором развивается непреодолимое влечение к алкоголю и так называемый синдром похмелья. При однократном алкогольном опьянении возникает острая алкогольная интоксикация. Как правило, алкогольное опьянение легкой и средней степени не требуют специального лечения. При тяжелом опьянении развиваются различные нарушения сознания вплоть до комы, возможны судорожные припадки, острые психозы.

Основная терапия выведения алкоголя из организма направлена на дезинтоксикацию. Но работа медицинской сестры в наркологическом отделении не ограничивается только процедурами, манипуляциями и заполнением документации. Одна из важнейших обязанностей медицинской сестры - проведение санитарно-просветительной и разъяснительной работы среди пациентов, находящихся на лечении в стационаре. На доступном пациенту языке медицинская сестра пропагандирует все методы профилактики возникновения осложнений от злоупотребления алкоголем. Медицинские сестры наркологического диспансера большое внимание уделяют профилактической работе, которая проводится по нескольким направлениям:

- первичная профилактика среди здорового населения, пропаганда здорового образа жизни (население);
- вторичная профилактика – работа с группами риска по развитию алкоголизма в школах, в комиссиях по делам несовершеннолетних, на опорных пунктах полиции и др.;
- третичная профилактика - работа по предупреждению рецидивов хронического заболевания.

Гигиеническое воспитание и пропаганда здорового образа жизни является частью профилактических и лечебных мероприятий, проводимых с пациентами. Проведение этого вида деятельности является профессиональной обязанностью всех медицинских работников.

Основные направления:

1. Гигиеническое воспитание пациентов.
2. Пропаганда здорового образа жизни.
3. Пропаганда мероприятий по профилактике заболеваний и борьба с ними

Цель гигиенического воспитания в условиях наркологического диспансера - повысить эффективность лечебных и профилактических мероприятий путем активного информирования и обучения пациентов. Осуществление пропаганды здорового образа жизни проводится путем интегрального подхода в гигиеническом воспитании и использовании различных методов и средств обучения в соответствии с состоянием здоровья, интересами и уровнем образования пациента.

Одним из самых распространенных методов проведения профилактической работы у сестринского персонала наркологического диспансера являются профилактические беседы (групповые или индивидуальные), для этого медицинские сестры выпускают и используют в работе материалы для бесед. Профилактика алкоголизации проводится и во время лечения от этого заболевания. В этот момент важно не допустить повторения случившегося.

Основная задача медицинских сестер - среди диагнозов увидеть реальную картину жизни пациента, проявить интерес и заботу, выявить психологические проблемы, при необходимости



сти, дать четкие рекомендации по обращению к соответствующему специалисту. Профилактика алкоголизма является комплексной, непрерывной, адресной с акцентом на семью и окружение в целом. Профилактическая программа всегда соответствует знаниям, уровню и интересам пациентов отделения, медицинская сестра внимательно выслушивает вопросы и предоставляет свободу высказываний. Так же проводятся беседы с родственниками пациентов с целью предоставления информации об алкоголе, об опасности, связанной с употреблением алкоголя в семье, для развития навыков здорового образа жизни. Проводятся профилактические акции, где медицинские сестры диспансера выходят на улицы города, проводят беседы с населением, раздают листовки и памятки с информацией по профилактике алкоголизма.

Алкоголизм имеет психологические причины, поэтому медицинским сестрам наркологического диспансера в профилактике алкоголизма, в первую очередь, необходимо помочь пациенту не отдалиться от семьи и социума в психологическом плане, помочь найти точки соприкосновения с внешним миром, не связанные с алкоголем.

Наряду с пропагандистской работой в наркологическом диспансере существует служба анонимной помощи алкозависимым, включающая горячую линию и телефон доверия. Создание подобных служб – вполне логичный и даже необходимый шаг, поскольку алкозависимые люди в силу своего страха быть осужденными обществом за свое пагубное пристрастие боятся обращаться за квалифицированной помощью в случае возникновения у них различного рода проблем. Кроме того, несмотря на наличие дурных привычек, любой человек имеет право получить необходимую помощь и поддержку. Это основные принципы жизни гуманного общества.

Профилактические приемы наиболее эффективны среди юношей и молодежи, поскольку именно эти категории общества составляют условную группу риска. Кроме того, когда как ни в подростковом возрасте проводить информационную работу по опасности употребления алкоголя? В связи с этим, к разработке профилактических приемов в диспансере привлечены медицинские психологи и социальные работники, задачей которых является снабжение школьников и студентов правильно преподнесенной информацией по вопросам злоупотребления алкоголем и сопутствующих рисках. Не последнюю роль в формировании нужного результата выполняемой с подростками работы играют СМИ, которые, в свою очередь, обязаны воздерживаться от демонстрирования сцен потребления алкоголя, а также заниматься пропагандой здорового образа жизни.

На сегодняшний день алкоголизм перестал быть личным делом каждого, поскольку последствия данных явлений имеют пагубное влияние на все общество: рост преступности, распространение серьезных заболеваний, в том числе венерических, пренебрежение моральными устоями, падение нравственности, распущенность и т.п. Сюда же можно причислить снижение уровня образованности населения, поскольку молодежь, увлеченная употреблением алкоголя, в последнюю очередь будет думать о своем образовании, личностном росте и самореализации.

Если к этому добавить контроль со стороны государства, то будет сделан решительный шаг к оздоровлению современного общества.

#### Литература:

1. Лисецкий К.С. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании и алкоголизма. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. - с.256.
2. Овчаренков, Э.А. Распространение курения и алкоголизма среди молодежи и их опасность [Текст] : / Э. Овчаренков // Проблемы современной науки и образования. - 2015. – N 5. – С. 118 – 120. – Библиогр.: с. 120.



3. Углов, Ф.Г. Потребление алкоголя – социальная проблема [Текст] : / Ф. Углов // Соратник. – 2001. -N 10. – С.3.

4. Медсестра и профилактика алкоголизма [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://uralmodulstroy.ru/profilaktika/medsestra-i-profilaktika-alkogolizma>

## ДОНОРСТВО КАК ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

**Афанасьенко Е.В., Байкова Ж.А., Рубе Т.В.**

*БУЗОО «Центр крови», г. Омск*

Здоровье - бесценное достояние не только каждого человека, но и всего общества. При встречах, расставаниях с близкими и дорогими людьми мы желаем им доброго и крепкого здоровья, так как это основное условие и залог полноценной и счастливой жизни. Здоровье помогает нам выполнять наши планы, успешно решать основные жизненные задачи, преодолевать трудности, а если придется, то и значительные перегрузки. Доброе здоровье, разумно сохраняемое и укрепляемое самим человеком, обеспечивает ему долгую и активную жизнь. Еще Ф. Найтингейл выделяла одну из сфер ухода - это уход за здоровыми, и важнейшей задачей медицинских сестер являлось «поддержание у человека такого состояния, при котором болезнь не наступает». Т.е. впервые был сделан акцент на необходимость участия медицинских сестер в профилактике заболеваний и сохранении общественного здоровья.

**Донорство крови является одним из способов поддерживать здоровый образ жизни.** По статистике каждому третьему человеку в течение жизни требуется переливание донорской крови. Автомобильная авария, серьезная травма или тяжелая болезнь – это может случиться с каждым, и именно доноры крови спасают жизнь многим людям. Донор крови – это здоровый человек, и существует ряд заболеваний, имея которые, сдавать кровь нельзя. В понятие здорового образа жизни донора входят достаточная физическая активность, сбалансированное питание, отказ от употребления алкоголя и курения, и естественно, закаливающие процедуры. Решив стать донором, человек делает свой выбор. Еще вчера он отвечал только за состояние своего здоровья, а сегодня – он в ответе и за самочувствие других людей.

Особое место среди постоянных доноров занимают награжденные нагрудным знаком «Почетный донор России». Это люди, которые вносят неоценимый вклад в развитие безвозмездного донорства и которые своим примером могут способствовать пропаганде этого гуманного акта. Они по праву считаются золотым фондом службы крови России. Важно отметить, что эти доноры имеют целый ряд преимуществ: они проходят регулярные лабораторные обследования, а значит, несут меньший риск передачи гемотрансмиссивных инфекций; их донации, как правило, запланированы, они адекватно реагируют на обстановку донорского пункта и саму процедуру донации. Среди сотрудников центра крови 45 почетных доноров. По данным социологических исследований, донором становится, как правило, благополучный человек, включенный в систему социальных связей, здоровый как в физическом, так и в социально-психологическом отношении. Любые формы пропаганды здорового образа жизни, молодежного донорства дают положительный эффект. Конкурс селфи «Донор = здоровый образ жизни», посвященный Году добровольца (волонтера), проходил в 2018 году. Организаторы конкурса - БУЗОО «ЦК» и Региональный молодежный центр. Участниками конкурса стали студенты вузов и



ссузов. Обязательным условием для фотографии являлось содержание элементов, популяризирующих донорство крови и здоровый образ жизни.

Донорами становятся преимущественно социально успешные, активные, равнодушные люди, ориентированные не только на семейные ценности, но и на нахождение своего почетного места в большой социальной системе. В этой связи нами было проведено исследование связи между отношением молодежи к своему здоровью и донорству крови. Примерно две трети опрошенных из числа молодежи готовы сдавать кровь для своих близких, еще треть — и для других людей. Поэтому не случайно, что у молодежи образ донора вызывает преимущественно положительные эмоции и ассоциации.

Гипотеза исследования. Мы предположили, что отношение к донорству крови у молодежи имеет особенности, связанные с наличием или отсутствием собственного опыта донации. При этом более позитивное отношение к донорам проявляют молодые люди, хотя бы единожды сдавшие кровь для помощи пациентам, а также те, кто в большей мере ориентирован на здоровый образ жизни.

Выборка. В исследовании приняли участие 112 молодых людей в возрасте от 20 до 33 лет. Для выявления представлений молодежи о донорах крови и мотивах донорства участникам исследования предлагалось завершить предложения: «На мой взгляд, чаще всего донорами крови становятся...», «Люди сдают кровь, потому что...», «Донор крови — это человек, который...», «Основными мотивами донорства, на мой взгляд, являются...».

Результаты отношения молодежи к здоровью, полученные с помощью опросника показали, что в среднем по выборке наиболее востребованными ценностями участников исследования являются (в порядке убывания значимости) гармоничные семейные отношения, хорошее здоровье, наличие верных друзей и интересная работа. При этом первые две ценности выражены значительно больше, чем другие. Ценности «материальное благополучие», «признание окружающих», «независимость» были наименее востребованными. Таким образом, хорошее здоровье является, наряду с гармонией семейных отношений, наиболее важной ценностью для большинства опрошенных. Здоровье является одной из наиболее предпочитаемых ценностей для большинства участников нашего исследования. Служащие больше, чем студенты и рабочие, склонны к здоровому образу жизни и считают хорошее здоровье необходимым условием достижения успеха. Респонденты считают, что их здоровье зависит, главным образом, от образа жизни, а не от качества медицинского обслуживания или экологической обстановки. В целях поддержания своего здоровья участники исследования предпочитают избегать вредных привычек, следить за своим весом, заниматься спортом или физкультурой, придерживаться диеты. Посещение врача с профилактической целью и закаливание не являются популярными среди молодежи средствами оздоровления. Существует положительная связь между отношением молодежи к своему здоровью и отношением к донорству. Чем больше человек заботится о своем здоровье, тем больше он склонен к позитивным, центральным и социально ориентированным суждениям о мотивах и личностных качествах доноров. Таким образом, молодежь, придерживающаяся здорового образа жизни, более положительно воспринимает донорство крови и располагает более точными сведениями о нем. Существует положительная связь между отношением молодежи к донорству крови и собственной вовлеченностью в донорское движение. Чем больше молодой человек причастен к практике донорства, тем более позитивно он оценивает мотивы и личностные качества доноров.

Вывод. Чем больше молодые люди вовлечены в практику донорства, тем больше они привержены здоровому образу жизни (соблюдают распорядок дня, избегают вредных привычек и т. п.). Доноры больше, чем остальные участники нашего исследования, ценят здоровье, а



также выделяют способности и хорошее здоровье в качестве важных средств достижения успеха. Доноры чаще, чем недоноры, интересуются информацией о здоровье у сестринского персонала, в СМИ, а также больше уверены, что образ жизни является определяющим фактором поддержания здоровья. Стоит принять во внимание, что донор в большинстве случаев испытывает всплеск положительных эмоций. К тому же еще один существенный бонус – диагностика организма перед и после сдачи донорской крови проводится абсолютно бесплатно. Одной из важнейших стратегических областей отечественного здравоохранения является служба крови, обеспечивающая оказание своевременной трансфузиологической помощи как в обычных условиях, так и при чрезвычайных ситуациях. Главной опорой службы крови является донорство крови и ее компонентов, без динамического развития которого невозможно успешно осуществлять оказание многих видов специализированной и высокотехнологичной помощи. Только самое широкое участие всех слоев населения в донорстве позволит удовлетворить возрастающие потребности клиник в компонентах и препаратах крови. Развитие массового безвозмездного донорства является жизненной необходимостью для любой страны. Донорство служит показателем здоровья общества. Кроме того, оно играет немаловажную роль в решении социальных проблем, поскольку способствует формированию у человека высоких нравственных принципов. Не менее значимой является углубленная оценка состояния здоровья доноров. Это необходимо, с одной стороны, для сохранения донорского потенциала, а с другой, для обеспечения безопасности гемокомпонентной терапии. Только от здорового человека могут быть получены качественные продукты крови, и только здоровому человеку участие в донациях не причинит вреда. Соблюдение принципа «Максимальная безопасность донорства для доноров, а крови и ее продуктов – для реципиента» должно быть руководящим для работников службы крови. Таким образом, на сегодняшний день основной тенденцией мировой трансфузиологической медицины является совершенствование безопасности и эффективности применения продуктов крови. В решении этой проблемы большая роль отводится медицинской сестре, которая имеет ключевое значение в пропаганде здорового образа жизни, позитивного отношения доноров к своему здоровью.

#### Литература:

1. О донорстве крови и ее компонентов: федеральный закон от 20 июля 2012 № 125-ФЗ. [Электронный ресурс] // СПС Консультант Плюс. Законодательство.
2. Короткова, М.Н., Таланова, А.А. Об эффективности государственной политики в области донорства крови и ее компонентов // Молодой ученый. - 2015. - № 18. - С. 416—419.
3. Маринова, Т.Ю. Ценностные ориентации личности: отношение молодежи к своему здоровью // Личность и группа в образовательном пространстве: сб. науч. трудов / Под ред. О.Б. Крушельницкой. М., МГППУ, 2009. С. 91—94.
4. Чечеткин, А.В., Данильченко, В.В., Макеев, А.Б. Совершенствование обеспечения компонентами крови лечебных учреждений Российской Федерации// Трансфузиология.- 2015.- №1.- С25-28.



## Я ГОРДО НАЗЫВАЮСЬ МЕДСЕСТРОЙ!

**Букреева Н.Д.**

БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск

*«Ни одна профессия не имеет такого близкого, конкретного, повседневного отношения к самому важному и сокровенному для человека: его жизни и смерти» (Ф. Найтингейл, 1886)*

Медицинская сестра – это специальность, значимость которой трудно переоценить. Она должна иметь знания по анатомии и физиологии человека, обязательно уметь оказывать неотложную помощь. Медсестра проводит с пациентом намного больше времени, чем врач. Она наблюдает и анализирует все изменения в состоянии пациента. На её плечи ложится вся забота за больными. Часто пациенты именно медицинским сестрам доверяют свои переживания по поводу своей болезни, поэтому она должна быть грамотна не только в выполнении врачебных назначений, но и быть одновременно психологом.

Почему эту профессию выбирают сердцем? Что заставляет человека, будучи еще школьником, принять решение посвятить свою жизнь медицине? Вот, как я приняла решение, что стану медицинской сестрой.

### ВЫБОР

*«Если профессия становится образом жизни, то ремесло превращается в искусство» (И. Шевелев)*

В семнадцать лет человек не лучшим образом представляет себя в какой-либо сфере деятельности. Выбор профессии – это ответственный и трудный шаг. Для себя я выделила три варианта, как выбирают профессию, основываясь на личном наблюдении. Первый вариант, когда родители определяют за детей, кем они станут, и чем они будут заниматься. Второй вариант возникает, когда человек от незнания кем он хочет стать идет туда, куда хватает сил поступить. В обоих случаях люди тратят несколько лет своей жизни на получение образования, которое часто не оправдывает их ожиданий. И третий вариант, когда человек исполняет свою мечту и становится тем, кем хотел стать долгие годы, имея хорошее представление о том, что его ждет. Я считаю, что воспользовалась третьим вариантом, и мой выбор является осознанным и правильным решением. Ещё в детстве я представляла себя в образе врача, всегда хотела оказать первую помощь при любой царапине или ушибе.

Моя прабабушка большую часть своей жизни работала медицинской сестрой в туберкулезном диспансере для детей. В нашем семейном архиве остались фотографии 50-х годов, где прабабушка запечатлена в работе, со своим коллективом. Мне рассказывали о том, как она помогала детям, как много проводила времени с ними, и как ей это нравилось. Так, еще в детстве, в моем представлении возник образ медицинской сестры как воплощение самой доброты и милосердия в соединении с невероятной самоотдачей и выдержкой. Моя прабабушка стала для меня примером для подражания.

В школе с нами проводили занятия по профориентации, в ходе которых выяснилось, что мне подходит направление «человек-человек». Это означало, что мне нужно выбирать профессию, связанную с работой с людьми. В десятом классе, готовясь к поступлению, я задумалась,



кем я всё-таки хочу стать, и приняла решение, что пойду в медицинский колледж. Я изучала специфику работы медицинской сестры и для себя сделала вывод, что эта профессия многогранна. Есть возможность работать на посту, перевязочной или операционной медсестрой, в диагностической сфере, работать с взрослыми или с детьми и т.д. Я считаю, что это большой плюс данной профессии.

Просматривая на сайте медицинского колледжа видеоролики, в которых рассказывалось, чем занимаются студенты различных специальностей, я окончательно утвердилась в своем решении. В семье меня поддержали.

Но я жутко боялась, как буду учиться, ведь всегда я была волнительным человеком, стеснялась и невероятно краснела по каждому поводу. Мне казалось, что я не смогу учиться, не выдержу, и не смогу никем работать вовсе. На первом курсе при ответах, при отработке различных манипуляциях я краснела, и руки тряслись так, будто я сдаю самый важный экзамен в мире, от которого зависит моя жизнь, хотя нам еще только давали первые навыки. Но на практиках в больнице я брала себя в руки, не хотела показывать свой страх, внимательно наблюдала за медицинскими сестрами, как они поступают в различных ситуациях, как общаются с пациентами, и со временем стала замечать в себе изменения.

## ПРАКТИКА

*«Готовить сестёр - это значит научить помогать больному жить»  
Ф. Найтингейл*

Практика для студента – это всегда новый опыт. Никогда не знаешь заранее, в какое отделение тебя распределят, что тебе предстоит выполнять в течение дня, в какой попадешь колллектив. В стенах колледжа ты отрабатываешь навыки на муляжах, а в больнице – живые люди. Поэтому здесь впервые появляется страх сделать что-то не правильно, ведь пациенты по-разному реагируют на студентов. Но нельзя этого бояться и уходить в сторону. Всегда найдется пациент, который к тебе проявит доверие, и чем увереннее в себе и своих навыках ты будешь сам, тем увереннее почувствует себя и он.

Многое зависит от заинтересованности твоих наставников, от коллектива, в который ты попадаешь. Когда ты видишь, что у людей есть желание научить тебя, то практика становится легче, хочется посещать ее. Наблюдая за работой медицинских сестёр, я понимала, что у них есть большой профессиональный опыт, они мне казались сильными, не только физически, но и в эмоциональном плане. Как мне кажется, им часто на практике мы задавали вопрос: «Сколько лет Вы здесь работаете?» И когда, например, слышали ответ: «Уже тридцать пять», очень удивлялись, не понимая, как в такой трудной и ответственной работе можно оставаться столько лет.

Я думаю, что практика для студентов должна быть разносторонней. Должна быть возможность проходить её в различных сферах медицины для того чтобы в дальнейшем сделать правильный выбор.

На стадии практики ты можешь сделать вывод, нравится ли тебе данная работа или нет. У студента есть возможность взглянуть на медицину изнутри, получить опыт от будущих коллег, осознать важность выполняемой работы. Кто-то делает для себя выводы и отчисляется, и я считаю, что это правильное решение, ведь если человек понимает, что профессия не для него, то лучше не тратить своё драгоценное время, а поискать себя в другой сфере деятельности. Чаще всего нашу группу покидали парни, уходя в армию, а в дальнейшем они выбирали техническую профессию.



Практика дала хорошее представление о предстоящей работе. Появилась большая ответственность за все свои действия. Ты учишься тому, как нужно правильно, адекватно воспринимать и передавать информацию, соблюдать субординацию, быть вежливым и стрессоустойчивым. Если ты не уверен в чем-то, то всегда лучше уточнить. Это не будет знаком твоего незнания, это будет значить, что ты заинтересован.

Я рада, что избавилась от излишнего волнения, которое мне было присуще в колледже, стала внимательней и аккуратней.

## МОЙ НОВЫЙ СТАТУС

*«Мы всегда начинаем больше уважать людей после того, как попробуем делать их работу» (Уильям Федер)*

В первый рабочий день я переживала, как меня примут в коллективе. Мне нужно было отработать в отделении несколько месяцев, а затем предстоял перевод в другое отделение с совершенно противоположной спецификой работы. Я ощутила, что у медицинских сестер есть интерес меня обучать, почувствовала к себе хорошее отношение, поняла, что я совсем не студент, а уже ношу звание медицинской сестры. Я рада, что сейчас у меня есть возможность работать как с взрослыми, так и с детьми, возможность научиться находить общий язык с разными слоями населения.

Мне хочется посвятить свою жизнь профессии медицинской сестры, я чувствую, что нахожусь на своём месте. Каждый день ты учишься себя дисциплинировать, твой характер закаляется. Хочется приобрести большой опыт, который можно будет передавать в дальнейшем молодым специалистам. Для этого нужно в работе учиться чему-то новому, приобретать знания и умения.

При работе понимаешь, что медицинская сестра незаменима, ее труд нужно ценить. Ведь с далеких времен считается, что медицинская сестра окажет помощь духовную и непосредственно направленную на болезнь.

Медицинская сестра должна уметь вовремя обнаружить изменение состояния пациента и сообщить врачу, к каждому пациенту необходим индивидуальный подход. Нужно помнить: общайся с пациентами так, как бы ты хотел, чтобы общались с тобой. Так же от того, какие отношения устанавливаются между медицинской сестрой и пациентом, от их взаимопонимания нередко зависит исход заболевания. Мы должны поддерживать престиж и доказывать важность своей профессии.

Так же я замечаю, что от моего эмоционального состояния нередко зависит настроение пациента. Все проблемы должны оставаться за порогом больницы. Но всё должно получать обратную связь. Хочется, чтобы люди были требовательны не только к медицинским сестрам, но и к себе. Замечали за собой, как они общаются с медицинским персоналом и как настроены к лечению. Понимали, что медицинские сестры отдают все свои силы больным, забывая о себе, о своих проблемах.

Лучшие медицинские сестры - это те люди, которые сознательно выбрали данную профессию. Даже получив опыт тяжелой работы медсестрой, они продолжили работать. Всегда приятно слышать слова благодарности – это придает силы.

Для меня будущее сестринской профессии заключается в том, что будут продолжать развиваться медицинские технологии, повысится оплата труда. Это привлечет выпускников колледжей, люди не будут уходить из профессии, профессиональное выгорание уйдет на последний план. Для детей нужно проводить профориентационные занятия, организовывать по возможно-



сти выезд непосредственно на рабочие места, знакомить с различными профессиями. Да, такие занятия проводят, но на практике применяются не везде. Например, в моей школе с нами проводили только тестирование и анализировали его. Но как мне кажется, этого не достаточно для выпускников. Поэтому я предполагаю, что это является одной из причин, почему большая часть моих одноклассников работает не по специальности. Средства массовой информации должны уделять должное внимание работе медицинских сестер. Хотелось бы видеть на экранах документальные фильмы, где будут рассказывать о выдающихся личностях данной профессии. Конечно, это очевидно, но это играет огромную роль в формировании престижа профессии медицинской сестры.

Медицинские сестры всегда будут востребованы. Всегда найдутся те, кто будет по-настоящему ценить наш труд. Поэтому эта профессия достойна развития, с каждым годом она должна только улучшаться и не останавливаться в развитии.

Я считаю, что медицинская сестра - это не только профессия, а прежде всего призвание! Здесь остаются только сильные люди, которые будут совершенствовать свои навыки на протяжении всей своей жизни.

## **ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ**

**Быкова Н.А.**

*БУЗОО «Областная детская клиническая больница» г.Омск*

Формирование здорового образа жизни – это комплекс мероприятий, направленных на сохранение здоровья, пропаганду здорового образа жизни; мотивирование граждан к личной ответственности за свое здоровье и здоровье своих детей; разработку индивидуальных подходов по формированию здорового образа жизни у детей; борьбу с факторами риска развития заболеваний; просвещение и информирование населения, в том числе детского, о вреде употребления табака и злоупотребления алкоголем; предотвращения социально значимых заболеваний среди детского населения.

Функциями центра здоровья областной детской клинической больницы города Омска являются:

- информирование родителей и детей о вредных и опасных для здоровья факторах и привычках;
- работа по формированию у населения принципов ответственного родительства;
- обучение родителей и детей гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающих помощь по отказу от потребления алкоголя и табака;
- внедрение современных медико-профилактических технологий в деятельность государственных и муниципальных учреждений здравоохранения педиатрического профиля в зоне ответственности центра;
- обучение медицинских специалистов, родителей и детей эффективным методам профилактики заболеваний с учетом возрастных особенностей детского возраста;
- динамическое наблюдение за детьми группы риска развития неинфекционных заболеваний;



- консультирование по сохранению и укреплению здоровья детей, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха с учетом возрастных особенностей;
- разработка индивидуальных рекомендаций сохранения здоровья, в том числе с учетом физиологических особенностей детского возраста;
- осуществление мониторинга реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни среди детского населения региона, анализ факторов риска развития заболеваний у детей.

Основные обследования, проводимые медицинской сестрой в детском центре здоровья:

1. Тестирование на аппаратно–программном комплексе для определения уровня соматического и психофизиологического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма.

Анализ variability сердечного ритма (далее – ВСР) проводится для определения уровня здоровья человека и его адаптивных резервов. Оценка резервов адаптации ведется на основе теории адаптации Селье. Функциональные резервы адаптации можно по-другому назвать резервами здоровья.

Определение сопротивления периферическому сосудистому кровотоку проводится для выявления рисков развития артериальной гипертензии, нейроциркуляторной дистонии по церебральному или смешанному типу, различных сердечно-сосудистых нарушений.

Подсчет количества экстрасистол. В норме – 2 экстрасистолы на 500 сердечных сокращений.

Определение индекса энергетического обмена (= полноценность обмена веществ).

Определение индекса стрессустойчивости. В норме от 80 до 100%. Позволяет выявить признаки хронического утомления, начальной стадии депрессии, либо уже выраженную стойкую депрессию.

Уровень здоровья определяется на основании оценки выносливости сердечно-сосудистой системы к физической нагрузке. У детей уровень здоровья чаще всего высокий или очень высокий. Если уровень здоровья снижен или критически снижен – это очень серьезный симптом.

2. Система скрининга сердца компьютеризированная «Кардиовизор».

В основе метода дисперсионного картирования лежит анализ малых колебаний микроальтернатив ЭКГ-сигнала от миллионов кардиомиоцитов, которые отражают электрофизиологическое состояние миокарда в точном соответствии различным фазам сердечных сокращений.

Ребенок с действительно здоровым сердцем не имеет риска наступления внезапной сердечной смерти, важной задачей является идентификация детей, которые внешне здоровы и асимптоматичны, но аномалии сердца которых требуют отнесения их к группе риска по ВСС.

3. Биоимпедансметрия (оценка состава сред организма).

Принцип работы анализатора («Медасс») основан на измерении электрического сопротивления тканей организма – биоимпеданса, по которому количественно оцениваются различные компоненты тела. Позволяет определить количество жировой и безжировой массы, содержание активной клеточной массы, содержание воды. Участковые педиатры, давая ребенку, разрешение заниматься в спортивной секции, могут снимать с себя ответственность, направляя ребенка на обследование в центр здоровья.

Таким образом, результаты биоимпедансметрии незаменимы при разработке индивидуальных рекомендаций по режиму, питанию и физической активности ребенка.



4. Спирометрия компьютеризированная позволяет оценить функциональное состояние дыхательной системы.

5. Экспресс-оценка уровня холестерина и глюкозы в крови детям до 3 лет проводится в нашем центре здоровья неинвазивным методом без прокола пальца.

6. Пульсоксиметрия (определение насыщения периферической крови кислородом). Данное исследование так же важно для выявления факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой системы и разработки индивидуальных рекомендаций по ведению здорового образа жизни.

7. Анализ окиси углерода в выдыхаемом воздухе. Это исследование можно назвать тестом на курение.

8. Оценка состояния гигиены полости рта. Проблемы выявляются почти у половины обследованных детей (кариес, патология прикуса и др.). При необходимости проводится профессиональная чистка зубов.

На каждого обратившегося в центр здоровья заполняется учетная форма №025-12/у «Талон амбулаторного пациента» (утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. №255 зарегистрирован Минюстом России 14 декабря 2004 г. №6188). В карте отмечаются:

- 1) Показатели состояния здоровья (рост, вес, АД, ЧСС и др.).
- 2) Факторы риска развития социально-значимых заболеваний (наследственность, курение, избыточный вес, гиподинамия, стресс, повышенное АД, нерациональное питание).
- 3) Классификация артериальной гипертонии.
- 4) Расчет ИМТ.
- 5) Результаты осмотра.
- 6) Итоговая оценка состояния здоровья (состояние здоровья, рекомендации).

В случае если в процессе обследования в центре здоровья выявляется подозрение на какое-либо заболевание, врач рекомендует ребенку (родителям ребенка или другим законным представителям), обратиться в МО к соответствующему врачу-специалисту для определения дальнейшей тактики его наблюдения и лечения.

Главная задача профилактической работы медицинской сестры центра здоровья – это пропаганда здорового образа жизни среди детского населения.

#### Литература:

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 г. N 597н "Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака" (с изменениями и дополнениями).

2. Воропаева, Л.А. Опыт сестринской деятельности в центре здоровья / Л.А. Воропаева, А.В. Аверин, А.В. Голенков // Главная медицинская сестра. - 2013. - №2. - С. 10-21.

3. Гриднев, О.В. Отдельные аспекты организации профилактической работы центров здоровья / О.В. Гриднев // Здравоохранение. - 2014. - №1. - С. 36-40.

4. Маркова, А.И. Школы здоровья и здоровье школьников (аналитический обзор) / А.И. Маркова // Гигиена и санитария. - 2013. - №3. - С. 60-66.

5. Неволин, Ю.С. Опыт работы центра здоровья для детей в режиме онлайн / Ю.С. Неволин // Заместитель главного врача. - 2013. - №6. - С. 32-37.



## ЛУЧШАЯ В МИРЕ ПРОФЕССИЯ

**Воскресенская В.И.**

*БУЗОО «Городской клинический перинатальный центр» (акушерский стационар)*

*«Если человек не знает, к какой пристани он держит путь,  
для него ни один ветер не будет попутным» (Сенека)*

Этими строками я хотела бы начать свое эссе. Пусть они станут эпиграфом к дальнейшему рассуждению. А поговорить с вами я хотела вот о чем. Многим ли повезло с работой? Не просто с должностью и зарплатой, а чтобы удовольствие от процесса получать, чтобы ощущать свою важность и значимость. Чтобы понимать, что все не зря, что ты нужен, ты полезен.

Как бы банально это не звучало, но мне с детства хотелось помогать людям, лечить, не проходить мимо и не быть равнодушной. С малых лет я мечтала носить белый халат и быть достойным человеком. Уже тогда я начала задумываться об этом, что мое призвание - медицина. Шли годы, а мое желание быть полезной только укреплялось. Я уже точно знала, что стану медицинским работником. Цель ясна, нужно действовать. Так биология и химия стали моими любимыми школьными предметами.

Поступила! Годы учебы в медицинском колледже были безумно интересные и увлекательные. Спасибо педагогам — они не только дали мне знания, но и научили сострадать людям. Столько открытий, столько тайн разгадано, столько мифов развеяно. Теперь я знаю о человеке очень много!

Я неспроста выбрала педиатрию, неспроста устроилась работать в перинатальный центр в отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных. Для меня родильный дом — это священное место, где новая жизнь маленького человека пробуждает добрые чувства. Каждый новый человек — большая загадка. Так интересно, кем он станет, когда вырастет, какие открытия он будет совершать, что создаст. Некоторые малыши попадают к нам в реанимацию. Наше отделение создано для оказания помощи недоношенным детям, а также детям с различными патологиями.

Задача сохранения жизни недоношенным младенцам актуальна во всех развитых странах. Во всем мире случаи преждевременного рождения младенцев становятся все более частыми явлениями. Дети с экстремально низкой массой тела появляются на свет весом менее одного килограмма. Чтобы избежать осложнений здоровья в будущем, им требуется особый уход, ведь необходимо не только сохранить жизнь ребенку, но и обеспечить ему дальнейшее полноценное развитие.

Основным условием успешного выхаживания недоношенных детей является создание поэтапного лечения деток. Наше отделение - это первый этап. Я считаю, что от того, как оказана помощь ребенку сразу после рождения, в первые часы жизни, зависит его дальнейшее развитие. Главное, согреть ребеночка, создать ему максимально комфортные условия нахождения в отделении. Задача нашего отделения - стабилизировать состояние новорожденного пациента и решить, в каком отделении второго этапа выхаживания он будет проходить дальнейшее лечение и реабилитацию.

Оказывается, быть медсестрой — это не просто выполнять назначения врача и следить за состоянием пациента. В нашем уникальном отделении это не совсем полное представление об обязанностях медсестры. Здесь нужно обладать знаниями основных особенностей новорож-



денного ребенка и признаков возникновения осложнений, уметь владеть медицинской аппаратурой, применяемой в отделении, а также создавать необходимые условия для выхаживания маленьких пациентов. Очень важно знать санитарно-эпидемический режим в отделении. У медицинской сестры обязательно должны быть чистые, сухие и теплые руки. Большое значение имеет внешний вид. В нашем отделении медицинская форма сотрудников несколько отличается от костюмов и халатов работников других, «взрослых» отделений. Она цветная, яркая, создающая атмосферу детства.

И вот здесь я чувствую огромную ответственность за жизнь каждой крохи. Здесь не могут работать злые люди, они просто не справятся, у них не хватит сил. В нашей работе очень важно иметь доброе сердце, большое и светлое. Работа в нашем отделении не имеет ничего общего с обычной рутинной. Когда заходишь утром в палату, видишь абсолютно разных детей с кардинально отличающимися диагнозами. Вот здесь, как нигде, применим принцип «сестринского диагноза». К каждому малышу нужен свой подход. Один не может самостоятельно дышать, находится на ИВЛ, у другого - проблемы с билирубином. Малыши с пороками развития требуют индивидуальных обследований.

Сестринский уход включает в себя создание комфортной среды выхаживания. Недоношенных детей с низкой массой тела помещают в кувез. Это инкубатор, который дает возможность выхаживать детей с экстремально низкой массой тела, низкой массой тела, а также новорожденных с заболеваниями кожи. Микроклимат, правильное положение тела ребенка (мы используем, так называемые «гнезда»), защита целостности кожных покровов, оценка уровней света, шума и их ограничение. В мире существует много наработок и исследований на этот счет, и мы стараемся по возможности применять их в практике лечения наших пациентов. Выхаживая недоношенных детей в кувезе, мы придерживаемся принципа: «Я ХОЧУ, ЧТОБЫ БЫЛО ТИХО, ТЕПЛО И ВЛАЖНО!». В общем, каждый ребенок нуждается в индивидуальном подходе и, поэтому медсестра обязана постоянно повышать свою квалификацию, совершенствовать свои умения, всегда следить за новыми технологиями в лечении и уходе.

Мы работаем с детьми только что появившимися на свет. Да, они еще не знают и не понимают слов, но они уже все чувствуют и нуждаются во внимании и участии. Малышам не хватает мамино присутствие, тепла. Мы стараемся подарить как можно больше любви и внимания. Ласковый голос медсестры помогает деткам справиться с болью, а мамам успокоиться и настроиться на благополучный исход. Сопереживание и милосердие облегчают боль и страдания не хуже лекарств.

У нас разрешены ежедневные свидания родителей с их малышами. Во время посещений они разговаривают со своими детьми, держат их за ручку. Но у родителей возникает очень много вопросов к нам — врачам и медицинским сестрам. В наше время, когда интернет доступен всем, папочки и мамочки, просмотрев большой объем разной информации по поводу проблем их ребенка, задают иной раз несуразные вопросы. И здесь, мы должны быть еще и психологами, должны грамотно и доступно объяснить родителям состояние ребеночка, возможные риски и проблемы с его здоровьем.

Мне нравится работать с новой аппаратурой, которую перинатальный центр, по возможности, старается закупать для наших маленьких пациентов. Работа меня захватила. Я чувствую, что оказалась на своем месте, я - счастливый человек. Мне очень повезло с коллективом. С самых первых дней меня приняли за свою, во всем помогали и поддерживали, если что-то не получалось. Я продолжаю учиться. Сейчас мои учителя — мои дорогие коллеги. Я с трепетом и огромной благодарностью принимаю их опыт. Мои коллеги — настоящие профессионалы свое-



го дела, замечательные люди, чуткие, внимательные, добросердечные. Они, так же как и я, нашли свое призвание.

К сожалению, не все гладко у нас в медицине. Из-за нехватки персонала часто бывают переработки. Усталость копится, нервное напряжение растёт, а это впоследствии может привести к потере внимания и ухудшению качества работы. Такого нельзя допускать. Очень

хочется, что в скором будущем все наладится. Хотелось бы больше новых медицинских аппаратов, современных куветов, мониторов для выхаживания деток. Лечение и уход в нашем отделении должны соответствовать международным стандартам и СанПиНам, чтобы мы всегда шли в ногу с медициной всего мира.

Не могу не привести цитату Поля де Крюи, американского микробиолога и писателя: «Медицина — это любовь, иначе она ничего не стоит». Ведь, действительно, любовь движет всем. Без нее трудно жить и трудно работать. Когда работа по душе, тогда человек легко с ней справляется и становится настоящим профессионалом. Если врач, медицинская сестра не будут любить свое дело, то их надолго не хватит, быстро наступит профессиональное, эмоциональное выгорание. Да и вряд ли будет толк от такого работника.

Я считаю, что профессия медсестры очень полезна. Она пригодится в жизни, ведь медсестра всегда знает, как оказать первую помощь. Она должна быть доброй, уметь сопереживать, а эти качества у меня есть, поэтому я могу стать хорошей медсестрой, которую будут ценить и уважать. Я ни разу не пожалела, что выбрала профессию медсестры. Точно знаю, что нахожусь на своем месте и делаю благородное дело.

Хочу закончить свое эссе строками из стихотворения Юрия Костюковича:

«Медсестра - это светлое слово,

О котором легенды живут.

И больные все снова и снова,

Как какого-то чуда нас ждут».

Моя профессия — самая лучшая в мире! Я это теперь точно знаю.

## **МОЯ ПРОФЕССИЯ – МОЯ ГОРДОСТЬ!**

**Гуселёва А.В.**

*БУЗОО «Москаленская центральная районная больница», Омская область*

Что же такое гордость, и можно ли гордиться своей профессией? Википедия говорит, что гордость – это положительно окрашенная эмоция, отражающая положительную самооценку – наличие самоуважения, чувства собственного достоинства, собственной ценности. Мне всегда было интересно: мы выбираем профессию или профессия нас? Кого выбирает медицина? Я точно знаю: в медицину идут самые лучшие! А ведь иначе не может и быть!..

Чувство гордости и удовлетворения от выполненной работы мне знакомо с раннего детства. Мне всегда очень нравились красивые белые халаты и колпачки. Когда я была маленькой, у меня был игрушечный фонендоскоп, шприц и различные мензурки, с помощью которых я лечила всех своих кукол. Эта игрушечная больничка для меня имела огромное значение, я её очень берегла, а всем своим пациентам после пройденного курса лечения с гордостью говорила: «Вы совершенно здоровы! Поздравляю!», ведь они всегда выздоравливали. Когда я училась



в школе, то уже представляла, как с гордостью возьму чемодан с красным крестом, надену куртку с надписью «Скорая помощь» и сяду в машину со словами «У нас вызов, срочно!» И мы помчимся по нужному адресу и обязательно поможем тому, кто нуждается в нашей помощи. Мне казалось, что фельдшер скорой может всё, и такой профессией нельзя не гордиться. Так я представляла себе своё будущее с профессией, в которую буквально с детства влюбилась.

В старших классах, когда пришло время определиться с профессией, я долго думала, что является важным в выборе профессии. И пришла к выводу, что главное, получать удовольствие от любимой работы, гордиться ей. Необходимо было хорошо обдумать свой выбор, взвесить все за и против будущей профессии, ведь эта большая ответственность перед собой и другими людьми в будущем. Так же следует сосредоточиться на актуальности и востребованности выбранной профессии. Выбранная профессия это не только название, это и дело всей жизни. Поэтому к выбору нужно отнестись со всей серьезностью, чтобы в будущем не постигло разочарование. И я решила стать фельдшером! У меня был хороший аттестат и мечта, которую я хотела воплотить в жизнь.

Помню, когда я ещё была студенткой первого курса и видела проезжающую мимо машину скорой помощи, у меня вдруг появлялось такое необычное чувство, как будто я уже являюсь частью этой профессии, я испытывала необычайное чувство гордости за тех, кто сидел в этой машине и верила, что всё будет хорошо, они обязательно помогут. Но для того, чтобы гордиться своей профессией, нужно быть не просто её частью. Нужно быть профессионалом своего дела! С самого начала учебного года я поняла, что это очень непросто, и не все сразу легко давалось. Все свободное время приходилось посвящать книгам и конспектам. Но я считаю, что это того стоит. Ничего нет лучше, когда ты чувствуешь себя уверенно в своих знаниях и действиях.

Профессия фельдшера является очень важной. Степень важности этой профессии говорит о её благородстве, так как это специалист, который первый приходит на помощь вне зависимости от времени суток и погодных условий, к людям, которые в ней нуждаются. Что говорит о важности моей профессии? Люди доверяют нам самое дорогое, что у них есть – это своё здоровье и даже свою жизнь. Чаще всего я первый специалист, который должен принять правильное решение, грамотно оказать помощь, определиться с дальнейшей тактикой. Поднялась температура у ребёнка, кто-то отравился, произошла авария или несчастный случай, первым на помощь всегда придет фельдшер. От правильно поставленного диагноза и от правильной оказанной медицинской помощи зависит жизнь человека. Фельдшер должен не только выполнять правильно и качественно свою работу, но так же проявлять заботу, тепло, сочувствие к пациенту. Иногда именно этого не хватает людям, обратившимся за помощью. Ну как не гордиться тем, что ты – фельдшер?

Важнейшая часть работы – точное и правильное диагностирование, которое является половиной успеха в любом лечении, ну и, конечно, грамотно и квалифицированно оказанная помощь, и своевременная транспортировка при необходимости. И я стремлюсь к достижению наилучших результатов в своей работе, иначе просто не могу.

Фельдшер – это моё призвание и профессия, которой я горжусь! Горжусь, потому что нужна людям! Горжусь, потому что знаю, что могу помочь! Горжусь, потому что верю: у моей профессии есть великое будущее, потому что есть мы, молодые, умные и жаждущие знаний и инноваций специалисты! Мы не ждём перемен свыше и не требуем к себе повышенного внимания, мы готовы брать на себя ответственность, изменяться и совершенствовать свою профессию. Мы готовы на всё, чтобы профессия, которой мы гордимся и которую любим, была самой уважаемой и полезной, чтобы совершенствовались наши навыки и умения, чтобы никто и никогда не говорил о нашей профессии, как о ничего не значащей или не нужной.



Когда я закончила медицинский колледж и устроилась в Москаленскую ЦРБ фельдшером Веселовского ФАПа, очень интересно вспоминать свои ощущения... Идёшь по деревне и слышишь: смотрите, новый медик идёт. Когда люди приходили на ФАП, нужно было к каждому найти подход, познакомиться, помочь. Было немного страшно, но я верила: я смогу, я справлюсь! Почему? Да потому, что я люблю свою работу, мне она очень нравится, я выложилась на все сто, чтобы знать и делать свою работу, и хочу сделать всё, чтобы ни один человек не усомнился в моём профессионализме и компетентности. Ведь это дело моей жизни, профессия, которую люблю и которой безмерно горжусь! И ведь мне никак нельзя уронить профессиональную честь и достоинство!

И вот меня заметили! Мне предложили работать в отделении скорой медицинской помощи фельдшером..., а если честно, я об этом мечтала и очень этого хотела.

Работать сама я, конечно же, стала не сразу. Я работала с наставником, Ириной Валерьевной, которая многому меня научила. Мы вместе ездили на вызовы, я выполняла все процедуры и оказывала помощь под её руководством. Вместе мы изучали стандарты лечения, отработывали навыки. Потому что в будущем мне придется работать самой и принимать решения тоже самой. Случаи бывают разные и всем нуждающимся, независимо от ситуации, фельдшер, то есть я, должна оказать квалифицированную медицинскую помощь. Мечты становятся реальностью, и я не могу себя подвести. Не могу ошибиться, не могу опоздать, не могу не знать... Я – фельдшер, а это ко многому обязывает, фельдшер – это звучит гордо!

Очень важным моментом является обладание крепкой нервной системой, которая позволяет спокойно выполнять свою работу, нормально реагировать на все физиологические процессы, в том числе и наблюдение смерти... Первый самостоятельный рабочий день был для меня очень волнительным. В независимости от знаний, умений и уверенности, волнение иногда берет верх. Придя на работу, не успела принять смену, как сразу поступил вызов. Мужчина пожилого возраста с одышкой. Я быстро взяла сумку и через минуту была уже в машине. По дороге я прокручивала в голове ситуацию, старалась справиться с волнением. Прибыв по адресу, я незамедлительно оказала всю необходимую помощь, и приступ был купирован. Я почувствовала облегчение и радость, что помогла, это были непередаваемые эмоции внутри меня, о которых, конечно же, кроме меня не мог знать никто. А ещё я чувствовала, что испытываю гордость от того, что смогла, сделала всё правильно, помогла, и кому-то стало легче. Возвращаясь с вызова, я чувствовала спокойствие и удовлетворение. И в тот момент понимала, что я ничуть не сомневаюсь в правильности выбора своей профессии. Нам есть, чем гордиться, ведь в наших руках жизнь и здоровье людей.

Хотя работать фельдшером скорой медицинской помощи очень непросто, потому что в районе на скорой помощи ты один. Только ты принимаешь решение. На фельдшера ложится огромная ответственность за жизнь и здоровье людей. Только фельдшер может оказать первую помощь за считанные минуты, вследствие этого человек остается жив. Я еще многому хочу научиться, чтобы было больше уверенности, чтоб пациенты не сторонились и не боялись молодого фельдшера. Бывают случаи, когда приезжаешь на вызов и уже ничем нельзя помочь, а родственники с такой надеждой ждут от тебя результата. И ты понимаешь, что нужно собраться и сказать что-то, они же ждут.... К этому привыкнуть невозможно. К сожалению в нашей профессии это неизбежно. И в такие моменты кто кроме нас будет рядом... и ты может быть не испытываешь гордости, но точно знаешь: ты нужен, очень...

Помню когда я в первый раз в своей жизни села в машину скорой помощи, это было на третьем курсе, на практике, у меня было и волнение и радость, все чувства были такими добрыми, и хорошими. У меня сразу возникло желание поскорее закончить колледж и приступить к



самостоятельной работе. Работать у себя в районе, в котором я родилась, в котором живут мои родители, друзья. Я тогда очень гордилась, что скоро стану фельдшером скорой помощи. Сейчас уже работая по профессии, я так же очень горжусь своей работой, люблю её. На работу всегда прихожу с улыбкой на лице. А когда вижу, что людям становится лучше, мне от этого лучше в двойне. Чтобы помогать людям, нужно быть благородным человеком, отдавать свои силы, эмоции, чувства и ничего не ждать взамен.

Профессия медика в целом очень тяжела. Здесь работают люди мужественные, терпеливые, которые любят людей, уважают. Я считаю, что медицинские работники должны быть лишены таких качеств как равнодушие и злоба, ненависть к людям. В этой профессии нужно проявлять заботу и внимание к людям, уметь сострадать, входить в положение другого человека, быть добрым. Работник, проявляющий милосердие – это символ доброты. Так как если не любить людей, будешь проявлять неуважение, непонимание, брезгливость, а медик никаким образом не должен причинять никакого вреда пациенту. Здоровье человека – это самое главное в жизни. Быть здоровым, значит быть счастливым. И в этом может помочь только медицинский работник, без него невысказана жизнь человека. Медицина не стоит на месте, а идет в ногу со временем. С каждым годом разрабатываются новые технологии по оздоровлению человечества.

В прошлом году бригада скорой помощи была укомплектована вторым фельдшером, тем самым появилось больше возможности по оказанию медицинской помощи, вдвоем работать легче и быстрее, большое значение имеет так же время оказания помощи. Бывает, что вызовы поступают один за другим, и уже работая вдвоем, нам конечно легче.

Существует большое количество профессий, популярных и востребованных. Многие люди других профессий так же в какой-то степени помогают людям, очень близко контактируют с людьми, но нет больше в мире профессии, которая так близка к человеку, как медицинский работник. На мой взгляд, нет более достойной профессии для современного человека, чем быть на страже здоровья человечества. В этой работе привлекателен не только конечный результат – выздоровление пациента и избавление его от страданий. Так же имеет огромное значение общение с разными людьми, анализ их проблем, что позволяет почерпнуть массу не только профессионального, но и личного опыта, умение находить общий язык с представителями разных слоев общества.

Применение своих знаний в практических условиях делают профессию медика наиболее интересной из всех существующих. Работа в области медицины дает возможность постоянного повышения уровня профессиональной квалификации. Различные конференции, семинары позволяют сохранять гибкость ума, применяя новые знания в работе. В медицине все больше и больше новых открытий – то, что раньше казалось нереальным, недостижимым, сегодня занимает свое место в медицине. Работа занимает много времени в моей жизни, дома я тоже нахожу время для чтения литературы или просто повторения.

Так сложилось, что в нашем коллективе большая часть специалистов – молодёжь. Это здорово! Это делает любимую профессию более популярной и показывает пример молодым – надо идти в медицину. Когда я еду на машине скорой помощи по посёлку, нередко встречаю тех, у кого была на вызове, они меня узнают и здороваются, приветливо машут рукой. Испытываю ли я гордость от этого? Скорее всего, да! Если люди тебя помнят, любят и ждут – ты на своём месте, ты нужен, и ты можешь этим гордиться!

Как-то была на вызове и у меня спросили: а не знаете, как там Ольга Николаевна? Я пожала плечами, потому что нечего было сказать, а когда ехала обратно думала... Думала о том, что более десяти лет Ольга Николаевна не работает, а её помнят и о ней интересуются. Простой



фельдшер скорой помощи, всю жизнь свою жизнь посвятивший любимой работе – помогать людям, ни разу не изменил своему выбору, достойно выполнял свой долг.

Я вспомнила о наших коллегах, погибших во время войны в Афганистане, Чечне, во время взрыва на заводе в Омске, в Алеппо, вспомнила о сотнях сестричек, спасших тысячи солдат во времена Великой Отечественной войны и отдавших свою жизнь... А ведь была Гражданская война, Крымская, и имена медицинских сестёр, которыми сегодня мы можем и должны гордиться. Мы должны знать, кому мы обязаны развитием нашей профессии...

Я испытала огромное чувство гордости за свою профессию, за её прошлое и настоящее. Я уверена, что моя профессия – это профессия нужная и полезная во все времена. И ею всегда будут гордиться и те, кто молод, и те, кто отдал любимой профессии всю свою жизнь.

На протяжении всей жизни человека сопровождает медицинский работник: от первого крика в родильном доме до последнего вздоха. Хочется, конечно, чтоб во всем мире люди меньше болели, чтоб не знали невзгод, болей, мук и страданий. К сожалению, никто не может этого предотвратить, и нет лекарства от всех болезней. Но есть мы, медицинские работники, которые всегда будут рядом, помогут в нужный момент и не оставят в беде. Ведь дарить человеку здоровье весьма почетно. Быть фельдшером - значит посвятить всю свою жизнь поиску способа сделать человека более счастливым. Ведь главное в жизни человека – это здоровье. Я уверена в выборе своей профессии, горжусь ею и готова посвятить ей всю свою жизнь!

Вы спросите, что же такое гордость и можно ли гордиться своей профессией? И я отвечу: профессией фельдшера – безусловно! Медицина выбирает лучших и поэтому я здесь. А ведь иначе не может и быть, потому что моя гордость – это моя профессия!

## **ПРОТИВОСТОЯНИЕ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**Даценко С.В.**

*АСУСО ОО «Нежинский геронтологический центр», г. Омск*

Артериальная гипертензия в Российской Федерации, как и во всех странах, является одной из актуальных медико-социальных проблем. Это обусловлено высоким риском осложнений, широкой распространенностью и недостаточным контролем в масштабе популяции, поэтому профилактическое направление является неотъемлемой частью современного реформирования здравоохранения. Первичная профилактика – это одна из важнейших задач государства, направленная на оздоровление всей популяции, повышение заинтересованности всех членов общества в сохранении и укреплении своего здоровья.

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из основных факторов риска ишемической болезни сердца, атеросклероза различной локализации, инсульта. Особую тревогу вызывает ранняя инвалидизация таких больных и снижение продолжительности жизни.

В целом, эти данные свидетельствуют о высокой распространенности артериальной гипертензии среди населения Российской Федерации, плохой осведомленности больных о наличии у них заболевания, недостаточном назначении лекарственной терапии больным АГ и катастрофически низкой её эффективности. Следовательно, проблема профилактики и лечения артериальной гипертензии является важнейшим государственным мероприятием.



Необходимо отметить, что мотивация пациентов с АГ осуществлять контроль своего самочувствия и артериального давления должна основываться на их собственной заинтересованности в сохранении здоровья и знании о заболевании, которым они страдают. Однако без квалифицированной помощи и поддержки медицинского персонала невозможно достичь значимых результатов.

В течение длительного времени вопросами обучения пациентов занимались только врачи, вместе с тем уровень профессиональной компетентности сестринского персонала и его образовательный потенциал позволяют привлечь специалистов сестринского дела к организации и проведению занятий с пациентами.

Когда я пришла работать в АСУСО «Нежинский ГЦ» мне пригодились навыки работы, необходимые медсестре при общении с людьми пожилого и старческого возраста, до этого я работала в кардиологическом отделении. В своей работе я использую вербальные и невербальные методы общения с проживающими: своей позой, выражением лица, жестами. Это помогает получателю социальных услуг больше рассказать о себе и своих проблемах. При работе с получателями социальных услуг я стараюсь не спешить и не начинать разговор «на бегу», предлагаю собеседнику сесть и сама сажусь рядом, чтобы не занимать доминирующей позиции. Прошу рассказать его о себе, с чем связывает свою болезнь артериальной гипертензией. При умелом поведении медицинской сестры беседа помогает получателю социальных услуг ощутить и осознать свои проблемы более четко, выбрать наиболее разумный путь их решения.

Одной из причин недостаточного эффекта проводимой терапии по лечению пациентов с артериальной гипертензией являются отрывочные знания больных о своем заболевании: его причинах, правильном применении и действии средств для лечения, сестринский персонал нашего отделения в доступной форме рассказывает и объясняет проживающему о его заболевании АГ. Медицинская сестра всегда обучит получателя социальных услуг, больного АГ, и не только навыкам самоконтроля за своим состоянием и оказанием себе первой помощи при развитии обострений заболевания.

Получатели социальных услуг постоянно сталкиваются с тем фактом, что это заболевание оказывает влияние на различные стороны их жизни и требует соблюдения определенных правил и ограничений. Самому пациенту сложно разобраться среди обилия всей информации, которая поступает от врача, знакомых с таким же недугом, многочисленных брошюр для широкого круга читателей, с экрана телевизора, и сделать для себя правильный выбор, медицинская сестра поможет ему разобраться с этим.

На приеме у врача больные получают рекомендации по лечению, дозировке и кратности применения препаратов, и в то же время многие другие, не менее важные составляющие терапии. В частности техника измерения артериального давления с помощью тонометра и стетоскопа, подбор индивидуальной диеты, прием медикаментов для лечения других заболеваний остаются за пределами беседы врача и больного, так как ввиду загруженности врачей работой (большое количество пациентов на одного лечащего врача) невозможно охватить все стороны, касающиеся пациента и его заболевания. Но чтобы человек знал, что делать, его нужно обучить.

Поэтому медсестры нашего отделения проводят беседы с проживающими, обучают их техники измерения АД, рассказывают, как нужно питаться, чтобы заболевание не обострялось, оказывают первую помощь при обострении заболевания, целью которых является улучшение результатов лечения и улучшение качества жизни пожилых людей. В ходе проведения занятий по обучению получателей социальных услуг и получении им общих знаний в отношении многих аспектов своей болезни, дают им возможность стать равноправным партнером врача и медицинской сестры в достижении максимальных успехов в проведении терапии.



Основными задачами сестринского персонала являются:

- предоставление проживающим информации о причинах и механизмах развития патологии, клинических проявлениях, принципах диагностики, современных подходах к лечению и профилактике;
- обучение больных навыкам самоконтроля, принципам оказания самопомощи в случае обострения болезни, повышение ответственности получателя социальных услуг за сохранение своего здоровья;
- формирование рационального и активного отношения больного к своему заболеванию, приверженности к лечению и выполнению рекомендаций сестринского персонала.

Благодаря обучению получатель социальных услуг стремится изменить свой образ жизни, правильно оценивать состояние своего здоровья, контролировать свое заболевание.

Основная цель лечения артериальной гипертензии у пожилых людей - не допустить осложнений в виде инсультов, инфарктов, а также улучшить качество жизни получателя социальных услуг, и сестринский персонал нашего отделения всеми силами противостоит их болезням!

Общие выводы:

1. Существует потребность работы с получателями социальных услуг, больных артериальной гипертензией.
2. Работа с получателями социальных услуг особенно эффективна для пациентов с впервые выявленной патологией.
3. Здоровый образ жизни формируется путем повышения общей гигиенической культуры населения, формированию позитивных установок и мотиваций гигиенического поведения и усиления ответственности за состояние собственного здоровья.
4. Медицинские сестры играют значительную роль в гигиеническом обучении и воспитании получателей социальных услуг.

Литература:

1. Алгоритмы ведения пациента с артериальной гипертензией [Текст] : сб. алгоритмов / Общероссийская общественная организация «Содействие профилактике и лечению артериальной гипертензии «Антигипертензивная Лига»». – Издание первое. – С.-Петербург, 2015.
2. Артериальная гипертензия у взрослых [Текст] : (клинические рекомендации). - МЗ РФ: 2016. – 70 с.
3. Обуховец, Т.П. Основы сестринского дела [Текст] / Т.П. Обуховец // Практикум. – Ростов-на-Дону, 2013. - С 238 -241.
4. Толегенов, А. К. Артериальная гипертензия [Текст] / А.К. Толегенов // Вестник КазНМУ. – 2013. - № 1. – С. 161 - 164. – Библиогр.: с. 164.
5. Чазова, И.Е. Диагностика и лечение артериальной гипертензии (Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов) [Текст] / И.Е. Чазова, Л.Г. Ратова, С.А. Бойцов, Д.В. Небиеридзе // Системные гипертензии. – 2010. - № 3. – С. 5 – 26. – Библиогр.: с. 26.



## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ШКОЛЫ ДИАБЕТА

**Детюк Ю.В.**

*БУЗОО «Областная детская клиническая больница», г. Омск*

Сахарный диабет (СД) – заболевание, характеризующееся синдромом хронической гипергликемии, являющейся следствием недостаточной продукции инсулина, что приводит к нарушению всех видов обмена веществ, прежде всего углеводного. С учетом роста заболеваемости сахарным диабетом среди молодого и среднего возраста можно говорить о несомненной актуальности данной проблемы. Так, заболеваемость сахарным диабетом за последние 10 лет выросла в 2 раза и достигла 3,029 млн. человек. Данное заболевание диктует необходимость ведения определенного образа жизни. В настоящее время огромное значение имеет развитие школ сахарного диабета для конкретной группы пациентов. Это позволяет ощутимо повысить эффективность лечения. Целью школы является обучение страдающих сахарным диабетом детей методам самоконтроля. Так же в задачу школы включена адаптация больных к новым условиям жизни и профилактика осложнений заболевания.

В 1998 году на базе кардиоэндокринологического отделения была организована школа здоровья для пациентов с сахарным диабетом. За последние 3 года ее прошли 1404 пациента.

Темы школы диабета для пациентов:

- Что такое диабет?
- Методы самоконтроля.
- Техника постановки инсулина. Хранение инсулина.
- Расчет ХЕ (хлебной единицы питания)
- Осложнения. Помощь.
- Физическая нагрузка при сахарном диабете.
- Проведение итогового занятия.

Сестринская помощь больным включает в себя следующий план работы:

- Медсестра обучает пациентов ведению дневника по самоконтролю состояния, реакций на введение инсулина. Обучает пациента самостоятельно пользоваться глюкометром для определения уровня сахара в крови. Под контролем медсестры пациенты учатся делать себе инъекции инсулина шприц-ручками.

- Медсестра проводит беседу с пациентом о его заболевании, предупреждает о возможных осложнениях. Обеспечивает пациента необходимой научно-популярной литературой. Пациентам с сахарным диабетом рекомендовано посещать занятия в школе здоровья с целью научиться управлять диабетом и самостоятельно справляться с возникающими проблемами.

Если пациент знает свой уровень сахара, содержащийся в крови на данный момент, он может: уточнить, какое количество инсулина нужно ввести в организм на данный момент; узнать, достаточна ли введенная доза инсулина; каким образом можно изменить вводимую дозу инсулина перед физической нагрузкой; каким образом возможно изменить дозу инсулина в случае какой-либо болезни.

- Медсестра разъясняет пациенту признаки гипогликемического состояния и приемы самопомощи (съесть сахар, белый хлеб, конфеты, выпить сладкий чай); эти продукты пациент должен всегда иметь при себе.

- Объясняет пациенту важность соблюдения диеты. Уметь (жизненно необходимо), без ошибок высчитывать ХЕ (т.е. хлебную единицу), так как производить подсчет нужно при каждом приеме пищи. Знающие систему хлебных единиц, могут с легкостью подсчитать количество уг-



леводов, находящихся в еде, которую они намереваются употребить в пищу. Следовательно, на основании полученных цифр возможно более легко и наиболее точно рассчитать, какую дозу инсулина следует ввести. Проводить контроль передач родственников и соблюдения пациентами условий лечебного питания. Должен быть тщательный уход за кожей в целях профилактики кожных заболеваний. Рекомендовать ежедневно принимать душ. Смазывать кожу увлажняющими кремами.

- Медсестра проводит контроль соблюдения лечебно-охранительного режима (устранение раздражающих факторов, тишина).

- Медсестра объясняет самому пациенту и его родственникам, что сахарный диабет является не болезнью, которую можно вылечить, а образом жизни, к которому необходимо привыкнуть. Контроль сахарного диабета позволит больным с СД не отличаться от людей без него. Это является гарантией долгой и полноценной жизни.

Важнейшая задача в лечении пациентов – это не только подготовить к диагностическим процедурам, но и проводить психологическую подготовку пациента и его родителей к дальнейшей жизни, укрепляя в нем решимость бороться за улучшение и поддержание своего здоровья. Чрезвычайно важным является социальный аспект реабилитации. Чтобы подавить склонность пациента к депрессии, самоизоляции, необходим психологический контакт медицинского персонала не только с пациентом, но и с его семьей.

Установлению контакта с ребенком способствует:

- Доброжелательный тон голоса.
- Понятная, доступная для каждого возраста речь.
- Контакт глаз.
- Улыбка.
- Наклон корпуса в сторону ребенка.
- Использование прикосновений.

Когда ребенок оказывается дома один на один со своей болезнью, большинство больных теряется, неадекватно оценивают ситуацию и своими неправильными действиями могут спровоцировать декомпенсацию заболевания. Поэтому знания, полученные из бесед по самоконтролю, закрепляются, проверяются на практике. Медицинской сестрой и врачом-эндокринологом оценивается подготовка больного и его родителей по вопросам сахарного диабета и, при необходимости, проводится дополнительная разъяснительная работа.

Лечение диабета направлено на то, чтобы победить осложнения при их наличии, дать возможность ребенку нормально развиваться, пребывать в детских коллективах и не ощущать себя ущербным рядом со здоровыми детьми. Так же показаны различные профилактические действия, чтобы исключить развитие тяжелых осложнений. Отсутствие своевременного и квалифицированного лечения, а также несоблюдение диеты провоцируют возникновение осложнений: диабетический кетоацидоз и диабетическую кому. Эти осложнения могут спровоцировать летальный исход, если не оказать своевременную помощь ребенку. Родственники и друзья больного должны знать симптомы и быть готовым к критическим ситуациям, а также оказанию необходимой помощи. Проведя анализ деятельности школы диабета для пациентов, можно сделать выводы:

- сократилось число обращений по случаям неотложных состояний,
- улучшилось качество жизни пациентов,
- получены положительные отзывы о практической пользе полученных знаний.

Таким образом, можно заключить, что влияние школы диабета действительно важно, она имеет обучающий характер: постоянно повышает уровень образованности, улучшает каче-



ство жизни и стимулирует пациента к борьбе с недугом. Роль медсестры школы диабета - донести до пациента максимум информации касательно болезни, заставить его поменять отношение к заболеванию и осознать ценность своего здоровья.

Литература:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон Российской Федерации от 30.03.99 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
3. Федеральный закон Российской Федерации от 2.01.00 г. № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов».
4. Астамирова, Х. Настольная книга для диабетика [Текст] / Х. Астамирова, М. Ахманов. – М.: ЭКСМО, 2012. – 416 с.
5. Балаболкин, М. И. Полноценная жизнь при диабете [Текст] / М.И. Балаболкин. – М.: Универсум Пабблишинг, 2013. – 112 с.
6. Николайчук, Л.В. Лечебное питание при сахарном диабете [Текст] / Л.В. Николайчук. - М.: Феникс, 2011. – 283 с.
7. Преображенский, В. Профилактика и лечение сахарного диабета и других заболеваний эндокринной системы [Текст] / В. Преображенский. - Ростов-на-Дону: БАРО-ПРЕСС, 2012. – 64 с.
8. Скрипленок, Т.Н. Библиотека школы сахарного диабета [Текст] / Т.Н. Скрипленок. – Изд. Novo Nordisk, 2009. – 153 с.
9. Корягина, Н.Ю. Организация специализированного сестринского ухода [Текст] / Н.Ю. Корягина, Н.В. Широкова. - М.: ГЭОТАР-Медия, 2012. - 464 с.

## **ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПЕРВОКЛАССНИКОВ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ШКОЛЫ**

**Есина И.Н.**

*БУЗОО «Детская городская поликлиника №1», г. Омск*

В настоящее время проблема школьной адаптации очень актуальна, так как поступление в школу и начальный период обучения вызывают перестройку всего образа жизни и деятельности ребенка. Новый вид деятельности, другой коллектив, иной режим дня, требования неукоснительного соблюдения правил поведения на уроке и перемене, высокая сложность и интенсивность школьной программы могут приводить к нарушениям здоровья дезадаптационного генеза, дезадаптация – это психическое состояние человека (чаще – ребенка, чем взрослого). Наблюдение педиатра, медицинской сестрой и педагога показывают, что среди первоклассников есть дети, которые в силу индивидуальных психофизиологических особенностей трудно адаптируются к новым для них условиям, лишь частично справляются (или не справляются вообще) с режимом работы и учебной программой.

Как правило, ребята стремятся стать школьниками: они идут в школу с большим интересом и готовностью выполнять учебные задания, для них дополнительно перед школой педагогами проводятся курсы, где ребенок начинает познавать азы школы. Но для многих детей, осо-



бенно тех, кто не посещал БДОУ, школьные требования слишком трудны, а распорядок слишком строг. Для детей данной категории период адаптации к школе может быть травмирующим. Долгое время дети не адаптируются в школьной жизни.

На успешную адаптацию младших школьников влияют различные факторы: физическое и психическое здоровье, уровень готовности к школе (интеллект, мотивация учения, желание учиться, умение общаться, адекватно вести себя и реагировать на ситуацию, организовывать поведение и деятельность, развитие школьно-значимых психофизиологических функций, уровень умственной и познавательной активности).

Изучение состояния здоровья школьников – актуальная проблема и одно из приоритетных направлений в области охраны здоровья детей. В последние годы многие исследователи отмечают устойчивые негативные тенденции в динамике параметров здоровья детей, обучающихся в образовательных учреждениях: рост функциональных расстройств и хронической патологии, увеличение общей заболеваемости, в том числе и так называемыми "школьными" болезнями. Доказано, что показатели состояния здоровья детей ухудшаются в процессе обучения в школе – от младших классов к старшим. Можно предположить, что этот процесс начинается уже с первого класса, особенно учитывая тот факт, что многие дети идут в школу с 6-летнего возраста, испытывая трудности в адаптации к новым условиям жизни и воспитания. На примере ученика моей школы, по наставлению родителей мальчика, ему не было 6,5 лет, с диагнозом «сахарный диабет» ребенка взяли в школу. Сейчас ребенок перешел во второй класс, в учебный процесс втянулся, меньше стал уставать, но первый год для него был очень трудный, он старался не показывать, как ему было тяжело вливаться в учебный процесс, но адаптационный период для него проходил тяжело: быстрая утомляемость, неусидчивость, непонимание учебной программы, все это вызывало повышение сахара в крови. И ребенку приходилось делать дополнительную инъекцию, чтобы привести сахар в крови в норму.

В семье должна царствовать такая атмосфера, которая будет способствовать ребёнку максимально комфортно вливаться в школьную жизнь, преуспевая на уровне знаний. Ведь если вовремя не поддержать первоклассника, то негатив первых сложностей в школе может перерасти в стойкую неприязнь к обучению.

Наблюдение за адаптацией проводится в течение всего учебного года. В период адаптации к школе организм ребёнка подвергается стрессу. Медицинская статистика свидетельствует, что среди первоклассников всегда есть дети, которые худеют, едва проучившись I четверть, у части детей замечается низкое артериальное давление, а у части – высокое. Практически все первоклассники в какой-то степени испытывают трудности в период привыкания к школьной действительности. Это проявляется в повышенной утомляемости, плохом аппетите, головных болях. Ребёнок может капризничать, часто плакать. Возможны частые перепады настроения, неверие в свои силы, подавленность. Некоторые дети могут проявлять по отношению к окружающим агрессию, злобу. Пропадает желание ходить в школу, может появиться отрицательное отношение к учёбе. Головные боли, капризы, невротические состояния – не полный перечень проблем физиологического характера, которые могут произойти с вашим ребёнком.

Ребёнок сталкивается с совершенно непривычными для себя условиями. Ему необходимо выполнять множество новых правил, познакомиться с одноклассниками, построить отношения с учителем. На уроках нужно спокойно и внимательно слушать учителя 40–45 минут, а это бывает для первоклассника просто физически тяжело. На переменах также нужно соблюдать дисциплину, нельзя бегать, кричать. А придя из школы, ещё и делать домашние задания. Это требует от малыша ответственности, организованности, самостоятельности, которая под силу не каждому.



Прежде чем упрекнуть ребёнка в том, что он ленится и отлынивает от выполнения учебных обязанностей, вспомните, какие у него проблемы со здоровьем. Ничего сложного – просто будьте внимательны к своему малышу.

Что посоветовать родителям первоклассника с физиологической точки зрения?

1. Формируйте режим дня первоклассника, отличный от режима дня дошкольника, постепенно.
2. Возьмите за правило следить за сменой видов деятельности дома.
3. Не забывайте о регулярных физкультминутках при выполнении домашнего задания.
4. Следите за правильной осанкой ученика.
5. Правильно освещайте место, где ребёнок делает уроки.
6. Следите за правильным питанием первоклассника. По рекомендации врача – давайте витаминные препараты.
7. Активизируйте двигательную активность ребёнка, закаливание.
8. Придерживайтесь правил здорового сна ребёнка – не менее 9,5 часов.
9. Ограничьте просмотр телепередач и игр за компьютером.
10. Воспитывайте у ребёнка волю и самостоятельность.

Адаптация - это перестройка внутреннего динамического стереотипа в зависимости от изменения внешних условий. Адаптация ребёнка к школе - это сложный путь физического и психологического приспособления к незнакомой обстановке, привыкания к школьной жизни, освоения учебной деятельности.

К медицинским критериям адаптации относятся: контроль возникновения пограничных нервно-психических расстройств, контроль динамики массы тела, динамики уровня гемоглобина, учет частоты острой респираторной заболеваемости и обострений хронических заболеваний, контроль динамики остроты зрения, выявление нарушений осанки и артериального давления. Контроль состояния здоровья ребенка в период адаптации осуществляется с первого дня пребывания ребенка в школе, и немаловажную роль играет то, что в школе всегда рядом с детьми находится медицинская сестра, которая после классного руководителя за время своей работы знает характер почти каждого ребенка. Ведь ученик приходит в медицинский кабинет не только когда заболевает или ему надо оказать первую доврачебную помощь, он приходит просто, чтобы ему сказали доброе, ласковое слово, и улыбка на лице ребенка - часть нашей работы, работы медицинской сестры или фельдшера школы.

Контроль адаптации первоклассников осуществляет медицинская сестра под руководством врача, получая от учителей всю необходимую информацию об успеваемости и поведении. Медицинским персоналом на каждого ребенка заводится "Лист наблюдения за адаптацией". Состояние детей в период адаптации фиксируют в листе адаптации. Указывают фамилию, имя, возраст ребенка, класс, дату регистрации, балльную оценку по каждой эмоционально-поведенческой реакции и их сумму. Отдельно вносят средний бал успеваемости чтению, письму, арифметике по четвертям, особенности поведения (непослушание, грубость, отказ от поручения, замкнутость и др.), в течение каждой четверти учитывают динамику состояния здоровья по результатам медицинского наблюдения и анкетирования родителей. При этом знаками "плюс" или "минус" фиксируют следующие показатели: нарушение сна, аппетита, головная боль, боли в сердце, животе, энурез, раздражительность, плаксивость, истощаемость внимания, страхи, навязчивые движения, двигательное расторможенность, вредные привычки, перенесенные ОРВИ, другие заболевания, указывают массу и длину тела.

Медицинская сестра школы в конце каждой четверти анализирует листы адаптации и выделяет детей, имеющих отклонения. При сравнении показателей, наблюдаемых в первом



полугодии, и при профилактическом осмотре в конце учебного года выявлено увеличение в три раза детей со снижением остроты зрения, в два раза детей с изменениями осанки, в два раза увеличилось количество детей с изменениями артериального давления.

Посещение первоклассников плавательного бассейна. Данное мероприятие адекватно отражается на состоянии здоровья детей, как лечебно-профилактическое воздействие на организм ребенка. Это выражается в снижении количественного и качественного уровня заболеваемости по ОРВИ и гриппу, а также в виде укрепления тонуса мышц при заболеваниях опорно-двигательной системы, таких как, нарушение осанки, сколиоз, остеохондроз. У детей повышается работоспособность, внимательность, улучшается восприятие школьной программы.

Таким образом, анализ медицинских адаптационных показателей, наблюдаемых в течение учебного года, проведенный по форме 026/у-2000, и данных, полученных при скрининг-обследовании первоклассников в конце учебного года, доказывает важность и необходимость тщательного контроля со стороны медицинского персонала за течением адаптации детей к обучению в школе, с целью своевременного проведения профилактических и оздоровительных мероприятий.

#### Литература:

1. Агабалиева, З.А. Социально-психологические особенности адаптации детей к обучению в школе [Текст] / З.А Агабалиева, Н.Г. Бондарь // Научный потенциал студенчества в XXI веке. - Том второй. – Ставрополь, 2010. - с.23.
2. Журавлев, Д. Адаптация учащихся на переходных периодах [Текст] / Д. Журавлев // Народное образование. - 2008 – с. 26-28. – Библиогр.: с. 28.
3. Шарапова, О.В. Охрана здоровья школьников в Российской Федерации / О.В. Шарапова // Педиатрия. – Том 85. - № 3. – 2006. - с.4-6.

## **"ОСОБЕННЫЙ" РЕБЕНОК - ПРИНЯТЬ И ПОЛЮБИТЬ**

**Есина И.Н.**

*БУЗОО «Детская городская поликлиника №1», г. Омск*

Как ни странно, но жизнь меняется к лучшему хоть в каких-то аспектах. Это относится и к так называемым «особенным» детям – дауны, аутисты, инвалиды и те, кого врачи диагностировали как умственно отсталых.

Мир особых детей навсегда переплетён с нашим. Даже если ребёнок не разговаривает, не может ходить или проявляет агрессию в силу своих особенностей, ему, как и другим, важно общение, принятие и любовь. Мы можем дать ему это всё, если научимся сами.

Всего несколько десятилетий назад практически 99% таких детей оставляли в роддомах или отдавали в специализированные интернаты, которые были сродни психиатрическим больницам или даже местам лишения свободы. Те же родители, которые решались оставить «особенного» ребенка, сталкивались с невероятными трудностями, ведь даже выйти с ним на улицу было поступком не для слабонервных: тыканье пальцами, шушуканье, насмешки мог выдержать не каждый. Сейчас общество относится к такой ситуации намного спокойнее, что является



показателем преобразования страны и сознания людей. Но для родителей появление «особенного» ребенка все равно становится трагедией. Как его принять, понять и полюбить?

**Возврату не подлежит.** Итак, родился «особенный» ребенок. Он уже есть, и его нельзя вернуть как бракованную стиральную машину или поменять как поломавшийся телевизор. Если рассматривать эту ситуацию, то с одной стороны трудно представить, что можно оставить своего ребенка, возможно, долгожданного, как испорченный товар. И как дальше жить, зная, что где-то он, - очень интимный, личный вопрос, который каждый решает для себя. И если родители не чувствуют себя достаточно сильными, чтобы взять и воспитывать такого ребенка, то заставлять их ни в коем случае нельзя. Хотя сейчас количество семей, которые отказываются от «особенных» детей, все уменьшается, что очень радует.

**Принять, понять, полюбить.** Самое важное, что придется сделать родителям (особенно это касается мамы) – это принять «особенного» ребенка, понять его и полюбить. Причем последнее – самое сложное. В момент появления такого ребенка мама видит то, что нормальная психика отвергает. Ведь мечталось совсем о другом – красивое, пухленькое, розовенькое чудо в кружевных пеленках. А получилось немного не так. Родителям приходится проводить коррекцию психики и души, чтобы они смогли принять такого человечка. Если у них это получится, то дальнейшее общение и жизнь с ребенком не будут такими уж сложными. Такую ситуацию можно рассматривать как работу, которая поначалу кажется неприятной и сложной, а с приобретением нужных навыков превращается в обычное дело – простое и даже интересное.

**Он «особенный».** У родителей таких детей часто возникает вопрос: «Почему у всех дети как дети, а у меня – не такой?!» И главный момент, о котором не нужно забывать: нельзя считать своего ребенка уродливым или больным. Ведь не зря таких детей называют особенными – они просто психологически и физически не похожи на других. Конечно, с ним тяжелее общаться, он требует особого подхода, но разве другие дети не такие? Между прочим, в подростковом возрасте именно обычные дети приносят своим родителям столько хлопот, сколько никогда не принесут десяток «особенных».

**«Нет» социальным стереотипам.** Родителей так же часто отравляют социальные стереотипы, которые определяют красивых, здоровых, полноценных, а не соответствующих определенным критериям относят к уродливым, больным и умственно отсталым. Только в этом вопросе есть несколько «но»:

- все такие нормы сейчас очень размыты, и найти точную грань вряд ли можно;
- кто взял на себя миссию бога, чтобы решать, насколько достоин ваш ребенок быть членом общества?

**«Почему я?».** Довольно часто появление «особенного» ребенка воспринимается родителями как наказание за что-то. Прежде всего, рождение такого чада - это горе, и близкие проходят все стадии горевания, первая из которых – шок: «почему?», «за что?», «зачем?». Такое состояние вполне естественное, и его нужно просто пережить. Как правило, смириться с «особенным» можно в течение нескольких месяцев, но если эта стадия затянулась, то следует обратиться к психологам.

Чем закончится горевание, зависит только от человека, его веры и убеждений. Некоторые приходят к выводу, что «особенный» ребенок послан свыше как испытание, другие – что это опыт, который им необходим или даже подвиг, который нужно совершить. Но главное, что такого ребенка нельзя считать наказанием. Ведь если он будет «божьей карой», то это очень осложнит жизнь всем – и родителям, и ребенку.

"Инвалидность не приговор: это лишь возможность стать сильнее и научиться ценить жизнь".



Сегодня почти в каждой школе проходят «Уроки доброты» для обычных детей по пониманию инвалидности. Дети разного возраста и национальности слушают истории особенных детей и взрослых, проигрывают сами неловкие моменты их сложной жизни, смотрят фильмы о жизни людей с инвалидностью и пытаются понять, что с ними не так, как научиться разговаривать и дружить с особенными детьми. Задача нелегкая. И помогают им в этом учителя, волонтеры, сами дети из «особенных» школ. Гораздо сложнее научить слушать и слышать о таких «проблемных» детях взрослых. Они все знают, умеют, читали. Но порой именно они становятся источником угрозы своим детям в нравственном воспитании, не замечая и отвлекая своего ребенка от удивления, вопросов и диалога. Мы все испытываем разные чувства к разным людям. Мы не обязаны всем нравиться и не обязаны всех любить. Это тоже нужно донести до ребенка. Стыдиться своих чувств человек может, но это его чувства, а сердцу, как говорится, не прикажешь. Люди с ограниченными возможностями тоже разные, у каждого своя история, свои мечты и своя жизненная позиция. Кто-то говорит: «Не надо меня жалеть! Да, у меня нет руки. Но я прекрасно учусь в школе и стану учителем», а сколько у нас спортсменов-инвалидов, которые с детства поставили себе цель добиться успехов: «жить - ради жизни». Хочется поддержать такого ребенка и его родителей в трудный период и пожелать больших успехов на их нелегком пути.



#### Литература:

1. Кафенгауз, Б. Ю. Ребенок с наследственным синдромом :опыт воспитания, или Вера, Надежда, Любовь и Софья [Текст] / Бэла Юрьевна Кафенгауз. — М.: Практическая медицина, 2008. — 208 с.
2. Годинер А. Книги, которые лечат [Текст] / А. Годинер // Нарния. Служение детям. — 2009. - №3 (23).
3. Корчагина Ю. За пределами нормы [Текст] / Ю. Корчагина // Здоровье детей. — 2009. — № 18. — С. 38–42.
4. Мёдова, Н.А. Основные параметры реализации принципа доступности образования для детей с особыми образовательными потребностями в условиях муниципальной образовательной системы [Текст] / Н.А. Мёдова // Вестник Томского государственного педагогического университета. - 2011. - № 13. - с. 102-106.
5. Чирва, Е.И. Организация воспитательной работы с детьми с ограниченными возможностями в общеобразовательной школе: методические рекомендации / Е.И. Чирва, П.Н. Карплюк. - Горно-Алтайск: Изд-во Г-АГУ, 2004. - 76 с.



## ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ В ШКОЛЕ

Есина И.Н.

БУЗОО «Детская городская поликлиника №1», г. Омск

Статистические данные свидетельствуют о том, что около 90% выпускников школы имеют, как минимум, одно заболевание функционального характера, и только 10% детей, окончивших школу — здоровые дети. Вполне естественно, что все родители хотят, чтобы их ребенок попал в число тех счастливиц, которым удалось покинуть стены учебного заведения абсолютно здоровым. Чтобы так и случилось, необходимо с первых же дней обучения побеспокоиться о сохранении здоровья детей в школе и профилактике различных заболеваний. Иначе говоря, родителям необходимо следить за соблюдением режима занятий и отдыха, а также уделять пристальное внимание правильному питанию школьника.

Понятие «школьные заболевания» появилось в конце 19 века, и группы таких заболеваний с тех пор так и не изменились. Они включают в себя такие заболевания, как:

- проблемы нарушения зрения;
- патологии желудочно-кишечного тракта;
- нарушение осанки;
- дефицит и избыток массы тела;
- инфекционные заболевания.

Причиной многих заболеваний специалисты называют чрезмерно большие нагрузки, малую двигательную активность школьников, повышенную зрительную нагрузку, достаточно большое количество стрессовых ситуаций и несоответствие школьной мебели. Сказывается и тот факт, что большинство школьников практически все свое свободное время посвящают не прогулкам на свежем воздухе и подвижным играм, а компьютерам. Как следствие, у детей снижается иммунитет, и увеличивается риск «подхватить» какой-либо вирус или инфекцию.

Сохранить здоровье ребенка в школе можно только в том случае, если строго придерживаться рекомендаций специалистов, которые направлены, прежде всего, на профилактику заболеваний.

В рационе школьника обязательно должны присутствовать достаточное количество белков, жиров, углеводов, минеральных веществ и витаминов. То есть, школьник должен постоянно потреблять такие продукты, как молоко, продукты растительного происхождения и мясные продукты. Поэтому родителям необходимо обеспечить ребенку не только обед и ужин после школы, но и полноценный завтрак перед школой. Кстати, самым лучшим завтраком для школьников признана каша, которая, согласно последним исследованиям, оказывает положительное влияние на успеваемость в школе. Причем, как оказалось, на успеваемость девочек каша оказывает намного большее влияние, чем на умственные способности мальчиков.

Режим занятий и отдыха. По мнению специалистов, время непрерывного занятия школьников не должно превышать одного часа (при этом, если занятие однотипное, то оно должно длиться не более 20 минут). Перерыв между занятиями лучше всего посвятить подвижным играм или прогулкам на свежем воздухе. Для поддержания крепкого иммунитета и полноценного восстановления сил ночной сон школьника должен длиться не менее девяти часов.

Современный процесс обучения неразрывно связан с работой за компьютером. Однако многочасовое «бдение» перед экраном монитора способно нанести значительный урон здоровью школьника: страдает зрение и осанка. Поэтому родители должны строго контролировать время, проведенное школьником за компьютером: без перерыва перед экраном можно нахо-



длиться не более 30-40 минут. При этом расстояние до монитора должно быть не больше 1 метра и не меньше 40 сантиметров. Также необходимо следить, чтобы осветительные приборы (настольная лампа или люстра) не светили в глаза ребенку, а поза сидения не нанесла вред позвоночнику.

В процессе подготовки своего ребенка к школе родители должны обратить пристальное внимание на воспитание основ личной гигиены и правильного питания. Поэтому обязательно приучите ребенка мыть руки после посещения туалета и перед началом приема пищи, а также обеспечьте его влажными антибактериальными салфетками, чтобы он всегда имел возможность протереть руки.

Кружки и секции: правильная организация досуга школьника. Народная мудрость гласит: «Праздность — мать пороков». И в этих простых словах заключен глубокий смысл. Школьники, которые после окончания занятий предоставлены сами себе, нередко становятся неуправляемыми и агрессивными, приобретают вредные привычки и не могут полноценно развиваться. Вредные привычки — это сложившиеся способы саморазрушающего поведения, осуществление которого в определенных ситуациях приобретает характер потребности. Поддерживая желания детей участвовать в активных мероприятиях после школы, родители помогают им вести более активный образ жизни — это не только расширяет их кругозор, но и позволяет вести здоровый образ жизни.

Дети, которые участвуют в спортивных состязаниях, получают неоценимые жизненные навыки, опыт взаимодействия, конкурентоспособности и лидерства. Плавание — одно из самых любимых занятий у детей младшего и среднего школьного возраста. Всего один-два часа занятий в бассейне еженедельно гарантирует вашему ребенку массу положительных эмоций и отличное здоровье. Плавание задействует все основные группы мышц, активно сжигает лишние жиры и калории, успокаивает и снимает нервное напряжение, улучшает работу дыхательной системы. В общем, занятия плаванием — это сплошные преимущества и никаких недостатков.

Сила, дисциплина и выносливость — это тот минимум преимуществ, который получит школьник, посещающий секции боевых искусств. Дзюдо, каратэ и тэквондо — относятся к доступным видам спорта и дадут вам уверенность, что школьник будет не только здоров, но и в случае необходимости сможет себя защитить.

Записав своего ребенка в школу танцев, вы открываете перед ним огромнейшие возможности для самореализации и обеспечиваете ему здоровый образ жизни. Благодаря танцам девочки приобретают уверенность в себе, правильную осанку и грацию движений. А мальчики станут более сильными, ловкими и выносливыми (особенно, если они будут танцевать в парах).

Сохранить здоровье детей школьного возраста — это главная задача педагогов, медработника и родителей. Причиной многих заболеваний специалисты называют чрезмерно большие нагрузки, малую двигательную активность школьников, повышенную зрительную нагрузку. Поэтому очень важно соблюдать режим труда и отдыха ребенка.

В нашей школе для детей созданы максимальные условия для учебы и отдыха. Различные кружки и спортивные секции помогают детям сохранить здоровье, быть сильными, а так же соблюдать режим, который очень важен для детского растущего организма. В стенах школы дети проводят большую половину дня, поэтому им должно быть комфортно и хорошо, тогда здоровье детей будет в порядке. Учителя и медицинский работник делают для этого все возможное.

Здоровье школьников — залог успешного обучения: «У кого есть здоровье, есть и надежда, а у кого есть надежда — есть все» (арабская пословица).



Здоровье человека – проблема достаточно актуальная для всех времен и народов, а в настоящее время она становится первостепенной. Всемирная организация здравоохранения определила здоровье как состояние «полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

Деятельность педагогов и медицинского персонала в направлении укрепления здоровья учащихся следует считать оздоровительно-образовательной работой, которая является комплексом оздоровительных мер гигиенической, лечебно-профилактической, физкультурной, психолого-педагогической, природно-оздоровительной, художественно-эстетической направленности в сочетании с образованием детей по вопросам укрепления и сохранения здоровья. Вопросам, позволяющим понять значимость оздоровительных мероприятий, особенности их использования в личном оздоровлении и формировании осознанного отношения к своему здоровью.

Школа – это не только учреждение, куда на протяжении многих лет ребёнок ходит учиться. Это ещё и особый мир детства, в котором ребёнок проживает значительную часть своей жизни, где он не только учится, но и радуется, принимает различные решения, выражает свои чувства, формирует своё мнение, отношение к кому-либо или чему-либо.

Внедрение в учебный процесс здоровьесберегающих технологий позволяет добиться положительных изменений в состоянии здоровья школьников.

Основной целью нашего учебного заведения, стремящегося работать в русле педагогики здоровья, стало формирование здоровьесберегающего образовательного пространства, отвечающего медицинскому и педагогическому принципу: «Не навреди!»

Как найти наиболее эффективные формы организации школьной жизни, пути и средства внедрения здоровьесберегающих технологий, возможности разгрузки учебного процесса и снятия утомляемости школьников? Как сделать так, чтобы дети спешили в школу, хотели учиться, и при этом им было бы комфортно и интересно?

- Правильно питайся.
- Всегда высыпайся.
- Больше улыбайся.
- Никогда не сдавайся.

Девять десятых нашего счастья зависят от здоровья. Берегите здоровье!

Литература:

1. Янсон, Ю.А. Оздоровительные модели физического воспитания школьников / Ю.А. Янсон // Валеология. – 1997. - № 4. – С. 24 – 27.
2. Смирнов, Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. – М.: АРКТИ, 2005. – 121 с.
3. Голиков, Н. Школа здоровья. – Тюмень: Вектор Бук, 2000. – 260 с.



## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СО СПАСТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ЕГО КОРРЕКЦИЯ

Жадан О.Р.

БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск

**Актуальность.** Спастичность – стойкое повышение мышечного тонуса вследствие поражения головного или спинного мозга. У пациентов, имеющих различную неврологическую патологию, диапазон клинических проявлений спастического синдрома может колебаться в широких пределах: начиная от локальных и довольно болезненных мышечных спазмов и заканчивая генерализованными поражениями, сопровождающимися геми- и парапарезы. Очень часто спастичность ограничивает свободу движений, является причиной трофических нарушений, ухудшает функционирование пациента, эстетический образ и позу паретичной конечности, снижает качество ухода и гигиены, затрудняет проведение лечебных восстановительных мероприятий, ухудшает качество жизни, в тяжелых случаях приводит к инвалидизации человека или протекает с тенденцией к хронизации этих крайне неприятных ощущений. Поэтому одной из форм коррекции и профилактики спастического синдрома, кроме медикаментозной терапии, физиопроцедур, кинезотерапии, лечебного массажа, является гигиеническое обучение пациентов - посещение школ здоровья.

**Материал и методы исследования.** За анализируемый период (2018 год) медицинскими сестрами проведено 48 занятий в школе здоровья №1 «Достижение независимости в повседневной жизни при спинальном двигательном дефиците», школе здоровья №3 «Достижение в повседневной жизни при центральном двигательном дефиците (ЦДД)» по коррекции спастического синдрома, в которую было включено 4 занятия по 30 минут каждое, по следующим темам:

1. Анатомия и физиология нервной системы. Клиническая классификация нарушений мышечного тонуса по шкале Эшворта.
2. Применение лечебной физкультуры и мануально-терапевтических воздействий при спастическом синдроме.
3. Методы борьбы и профилактики со спастическим синдромом.
4. Применение технических средств реабилитации при спастическом синдроме.

В 2018 году в школе здоровья прошли обучение 100 человек (100%). По уровню поражения нервной системы были выделены две группы:

1. Спастический синдром при заболеваниях и травмах спинного мозга - 82 человека (82%).
2. Спастический синдром при органических заболеваниях головного мозга после ОНМК и ЧМТ - 18 человек (18%).

Медицинскими сестрами использовались следующие методы исследования и оценки мышечного тонуса: клинико-неврологический с использованием шкал Эшворта, ВАШ, Ноттингам, гониометрический, метод анкетирования, статистический.

**Обсуждение.** У пациентов со спастическим синдромом при заболеваниях спинного мозга повышение мышечного тонуса до 1 степени отмечалось у 20 человек (24,3%), до 2 степени – 40 (48,6%), 3 степень – 20 (24,3%), 4 степень - 2 (4,8%).

Среди пациентов первой группы умеренный болевой синдром отмечался у 50 человек (60,9%), болевой синдром средней степени выраженности - 25 (30,4%) и выраженный – 7 (8,5%).

Удовлетворены качеством жизни были 20 (24,3%) человек, а остальные были не удовлетворены качеством жизни – 62 (75,6%).



У пациентов со спастическим синдромом при заболеваниях головного мозга повышение мышечного тонуса до 1 степени отмечалось у 6 человек (33,3%), 2 степени – 12 (66,6%), 3 и 4 степень у пациентов не наблюдалась, т.к. они были на ранних этапах реабилитации.

Среди пациентов второй группы умеренный болевой синдром отмечался у 12 человек (66,6%), болевой синдром средней степени выраженности - 4 (22,2%) и выраженный – 2 (11,1%).

Удовлетворены качеством жизни были 4 (22,2%) человек, а остальные были не удовлетворены качеством жизни – 14 (77,7%).

На занятиях в школе здоровья медицинские сестры обучают пациентов приемам расслабления спастических мышц, членов их семей по уходу за такими пациентами и профилактировать осложнения, узнать о некоторых факторах, способных усугубить его состояние, например, несоответствующее положение паретичной конечности, плохо подогнанная обувь, тяжелое одеяло, слишком мягкая постель.

Для более успешного проведения реабилитационных мероприятий важно, чтобы пациент и члены его семьи имели определенный уровень знаний о сути синдрома. На данном этапе лечения большую роль играет гигиеническое воспитание (проведение бесед медицинская сестра-пациент, лекций, демонстрация видеопрезентаций, выпуск санитарных бюллетеней, проведение мастер-классов) и посещение занятий в школе здоровья.

Благодаря проведению школ здоровья среди пациентов с заболеваниями спинного мозга уменьшение мышечного тонуса 1 степени мы добились у 40 пациентов (48,7%), 2 степени – 20 (24,3%), а у остальных пациентов – клинически ничего не изменилось 22 (26,8%).

У пациентов с болевым синдромом улучшение проявилось у 62 (75%) человек, у остальных пациентов болевой синдром остался на прежнем уровне – 20 (24,3%).

Среди пациентов, неудовлетворенных качеством жизни, улучшение появилось у 54 (65,8%) человек, незначительное удовлетворение качеством жизни появилось у 27 (32,9%), и изменений не наблюдалось – 1 (1,2%).

У пациентов с поражением головного мозга уменьшение мышечного тонуса 1 степени мы добились у 12 пациентов (66,6%), 2 степени – 6 (33,3%).

Среди пациентов второй группы болевой синдром уменьшился у 14 человек (75%), болевой синдром остался на прежнем уровне - 4 (22,2%).

Удовлетворены качеством жизни стали 15 (83,3%) человек, а остальные были не удовлетворены качеством жизни – 3 (16,6%).

**Вывод.** Проведенный анализ продемонстрировал, что гигиеническое воспитание пациентов при коррекции спастического синдрома уменьшает мышечный тонус в паретичных конечностях, уменьшает болевой синдром, создает возможность реализации активных движений, что приводит к улучшению прогноза восстановления нарушенных функций, и как следствие, к улучшению качества жизни и к увеличению продолжительности жизни.



## ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА

**Желтова О.М.**

*БУЗОО «Городская больница № 3», г. Омск*

В настоящее время на нашей планете проживает 370 миллионов человек, больных сахарным диабетом. Из них 90% страдают сахарным диабетом 2-го типа. Число людей, страдающих этим заболеванием, постоянно возрастает, по различным статистическим данным, достигает в развитых странах до 5–10% среди взрослого населения.

В современной научной интерпретации сахарный диабет – хроническое заболевание неинфекционного характера, обусловленное дефицитом гормона инсулина, вырабатываемого поджелудочной железой или его низкой биологической активностью. Хроническая гипергликемия при сахарном диабете сопровождается повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных органов, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов. Проблема сахарного диабета из медицинской превратилась в медико-социальную. Неизменную обеспокоенность медицинской общественности вызывает тот факт, что сахарный диабет в настоящее время занимает третье место среди непосредственных причин смерти населения в мире после кардиоваскулярных и онкологических заболеваний, при этом лишь около половины пациентов достигают индивидуальных целевых значений гликированного гемоглобина. К 2040 году прогнозируется рост числа людей больных диабетом до 642 миллиона человек.

Синдром сахарного диабета может сопутствовать некоторым заболеваниям или состояниям, может появляться на фоне приема некоторых лекарств. Но в большинстве случаев сахарный диабет – это самостоятельное заболевание. Точнее, разные заболевания с общим симптомом – гипергликемией. Диабет подразделяют на 2 группы: диабет 1-го типа и диабет 2-го типа заболевания, с одним и тем же конечным результатом – инсулиновой недостаточностью. Сахарный диабет 1-го типа – инсулинозависимый, развивается в основном в детском и подростковом возрасте. В раннем возрасте заболевание протекает тяжелее, составляет примерно 30–50 случаев на 100 000 населения. Симптомы сахарного диабета 1-го типа нарастают намного быстрее: уже в течение 1 года у больного возникают жажда, обильное мочеиспускание, слабость, потеря массы тела. Чаще всего встречается сахарный диабет 2-го типа. Это заболевание передается по наследству и развивается, как правило, у взрослых людей, на фоне избыточной массы тела. Считается, что на каждый выявленный случай сахарного диабета 2-го типа приходится в мире 3–4 случая нераспознанного диабета.

Факторы риска развития сахарного диабета: избыточная масса тела. Если накопление жира происходит выше пояса, то риск заболевания диабетом повышается. Употребление в пищу большого количества жиров и сахара, переизбыток. Такой рацион приводит к перегрузке поджелудочной железы, её истощению и разрушению, что отражается на производстве инсулина. Недостаток в пище витаминов (А,В,Е) и микроэлементов (серы, никеля и др.) и недостаточная физическая нагрузка. Сахарный диабет может развиваться при некоторых заболеваниях поджелудочной железы: амилоидозе, тяжелом панкреатите, опухолях, разрушающих бета-клетки. Такой диабет может протекать подобно 1-му типу, и для лечения так же назначают инсулин. Причины заболевания разные, а итог один – сахар в крови повышен. Важно определить причины, почему это происходит, и назначить правильную терапию. Иногда глюкоза в крови повышается на фоне некоторых лекарств, например глюкокортикоидов. Если эти лекарства жизненно необходимы больному, то прием их продолжается, но одновременно назначается лечение, позволяющее сохранять допустимый уровень сахара в крови. Сахарный диабет при правильном лечении мо-



жет никогда не реализоваться в осложнениях и не причинить никакого вреда. Но для этого диабетом надо научиться управлять. Обязательное условие профилактики и успешного лечения сахарного диабета – **самоконтроль**. Самостоятельно нужно уметь определять: глюкозу в крови (глюкометрия), артериальное давление (тонометрия), ацетон и белок в моче, осуществлять уход за ногами.

Секрет долгой и счастливой жизни с диабетом покоится на следующих принципах: правильном питании, физической активности, регулярном приеме индивидуально подобранных лекарств, воздержание от употребления табака.

В зависимости от типа сахарного диабета рекомендации по питанию различаются. Но есть *общее правило при любом диабете – не голодать!* При сахарном диабете запас глюкозы в печени значительно меньше, чем у здоровых людей; при голодании этот запас быстро расходуется, и развивается *гипогликемия* (резкое снижение глюкозы в крови) – дискомфортное и опасное состояние. При сахарном диабете следует питаться часто (чтобы снизить риск гипогликемий) и понемногу (чтобы избежать резкого повышения глюкозы в крови после еды). При сахарном диабете физическая активность имеет особую ценность: работающие мышцы потребляют много энергии, таким образом, мышечным клеткам постоянно требуется глюкоза, которая является важнейшим источником энергии в организме. Следует избавиться от такой вредной привычки, как курение, ибо оно повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. В современном мире существует множество препаратов, влияющих на уровень сахара в крови. Главным сахароснижающим препаратом является *инсулин (первооткрыватели инсулина - канадские ученые Ф. Бантинг и Ч. Бест, 1921 год)*.

При подборе сахароснижающей терапии для каждого пациента следует учитывать целый ряд важных моментов. Сюда относят тип диабета, возраст и сопутствующие заболевания пациента, оценку функции печени и почек, реакцию на назначенные лекарства и многое другое. Необходимо отметить, что сахарный диабет – это лишь поломка обмена веществ, которую можно «починить», имитируя нормальный обмен веществ и, таким образом, сводя к минимуму риск развития осложнений. Диагноз «сахарный диабет» – не запрет к продолжению рода. Но родителям, планирующим беременность при сахарном диабете, следует учитывать все риски, связанные с этим заболеванием во время беременности и сводить их к минимуму. Современный арсенал лекарственных препаратов для компенсации сахарного диабета богат и разнообразен. В настоящее время болезнь по-прежнему не излечивается полностью, но уже не считается смертельной. Сахарный диабет не относится к числу заболеваний, которые можно радикально излечить. Но, как и многие другие хронические заболевания, его можно компенсировать, продлевая жизнь больного, снижая риск осложнений и инвалидизации. Лекарства от диабета позволяют пациентам жить долгой полноценной жизнью. Однако неправильным является применение при диабете только лекарственных препаратов. Лечение неэффективно, если человек не меняет образ жизни, если не осуществляет самоконтроль, не соблюдает диету и не осуществляет комплекс оздоровительных процедур.

В 1991 году Международная диабетическая федерация и Всемирная организация здравоохранения утвердили Всемирный день борьбы с сахарным диабетом, определив дату 14 ноября. Символом для обозначения данного заболевания стал синий круг. Цель такого мероприятия является повышение осведомленности о диабете, так же акцентирование внимания на образ жизни при сахарном диабете, а главное на том, как можно предотвратить развитие болезни. На базе поликлиник, стационаров и консультативно-диагностических центров имеются школы диабета. Обучение пациентов проводится специально подготовленными медицинскими работниками: эндокринологом (диабетологом), медицинской сестрой. В школу диабета направ-



ляются пациенты, не проходившие обучения (первичный цикл) или уже прошедшие обучение (на повторные циклы) для поддержания уровня знаний и мотивации или при появлении новых терапевтических целей. Для обучения используются специально разрабатываемые структурированные программы, адресованные конкретному контингенту пациентов: сахарного диабета 1-го типа, сахарного диабета 2-го типа, не получающих инсулина, сахарного диабета 2-го типа на инсулинотерапии, детей с сахарным диабетом и их родителей, беременных женщин с сахарным диабетом.

Обучение может проводиться как в индивидуальном порядке, так и в группах. Оптимальное количество пациентов в группе – 5–7. Индивидуальное обучение может проводиться с любым пациентом. Кроме того, оно показано некоторым особым категориям пациентов: с впервые выявленным сахарным диабетом 1-го типа, с выраженными стадиями осложнений сахарного диабета 2-го типа, с тяжелыми сопутствующими заболеваниями или существенными ограничениями в физической и умственной деятельности. Индивидуальное обучение так же может быть целесообразно у детей и беременных женщин с сахарным диабетом. В ряде случаев к процессу обучения желательно привлекать родственников пациентов или их доверенных лиц. Оказание сестринской помощи пациентам сахарным диабетом формируется с применением системного подхода, который включает в себя такие аспекты деятельности сестринского персонала: общий уход, патронаж на дому, обучение пациентов и членов их семей.

Внедрение в профилактику, диагностику и лечение сахарного диабета новых современных технологий способствует снижению распространенности основных осложнений заболевания и ведет, тем самым, к значительному сокращению расходов, направленных на его лечение. Обучение пациентов, больных сахарным диабетом, является интегрирующим компонентом лечебного процесса. Оно должно обеспечивать пациентов знаниями и навыками, способствующими достижению конкретных терапевтических целей.

#### Литература:

1. Алгоритм специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. - 8-й выпуск. – М.: УП ПРИНТ. – 2017. – С. 113.
2. Демичева, О.Ю. Сахарный диабет. - М.: Издательство «Эксмо». - 2016. – 250 с.
3. Каримова, У.В. Факторы риска и профилактика сахарного диабета / У.В. Каримова // Молодой ученый.- 2016. - № 9.- С. 376-377.
4. Майоров, А.Ю. Сахарный диабет 2-го типа в вопросах и ответах / А.Ю. Майоров, Г.Р. Галстян, Е.В. Суркова. - М. - 2018. - 42 с.
5. Павлов, Ю.И. Роль сестринского персонала в организации и оказании помощи больным осложненным сахарным диабетом/ Ю.И. Павлов // Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б.М. Костюченка. - 2016. - Т. 3. - С. 38-41
6. Петунина, Н.А. Надежный выбор в терапии сахарного диабета 2-го типа: фокус на алоглиптин / Н.А. Петунина, А.Л. Терехова // Медицинский совет. - 2018. - № 21. - С. 138-143.



## ПРОТИВОСТОЯНИЕ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

**Зазворко Ж.Н., Циглер Г.Ф.**

*БУЗОО «Наркологический диспансер», г. Омск*

Мировое сообщество столкнулось лицом к лицу с проблемой повышения уровня смертности и развития инвалидности вследствие роста числа больных с хроническими заболеваниями.

Рост уровня заболеваемости имеет много причин, большинство которых лежат за пределами влияния системы здравоохранения. Однако здравоохранение должно начать борьбу с хроническими заболеваниями, и медицинские сестры могут внести огромный вклад не только в их профилактику, но и в предоставление помощи миллионам пациентов, страдающим хроническими заболеваниями. Для обозначения этих заболеваний используется много близких по смыслу терминов, часто взаимозаменяемых: хронические болезни, хронические состояния, длительные состояния, заболевания, связанные с образом жизни, неинфекционные заболевания. ВОЗ описывает хронические заболевания как «длительно протекающие болезни с медленным развитием», хронические состояния – как «проблемы со здоровьем, которые требуют длительного ведения пациентов». Неинфекционные заболевания определяются как болезни, возникающие в результате генетической предрасположенности, образа жизни или воздействия окружающей среды. Термин «хронические состояния» часто используют как всеобъемлющий: неконтагиозные состояния (например, астма, диабет); персистирующие контагиозные состояния (например, ВИЧ/СПИД, туберкулез); длительные психические расстройства, такие как депрессия и шизофрения; состояния, обусловленные серьезными и необратимыми структурными изменениями в тканях; генетически обусловленные нарушения, приводящие к инвалидности.

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. Решение проблемы хронических заболеваний – одна из главных задач развития мирового сообщества в XXI веке. Диабет, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), респираторные заболевания, некоторые формы рака представляют собой первоочередную угрозу здоровью человека и его развитию и являются самыми жестокими убийцами человечества.

Борьба с хроническими болезнями – одна из наиболее сложных проблем, стоящих перед национальными системами здравоохранения. Достижения медицины, которые продлевают людям жизнь, контролируя, хотя и не излечивая полностью их заболевания, привели к увеличению числа лиц, живущих с хроническими болезнями. Специфика организации помощи хроническим больным заключается в необходимости проведения курсов оздоровления, лечения и реабилитации вне обострений заболеваний, что выходит за рамки традиционно сложившегося подхода, ориентированного на преимущественное лечение острых состояний и обострений заболевания призвано обеспечить повышение качества человеческого капитала и снизить постоянно возрастающие экономические потери общества.

Улучшение ведения хронических больных позволяет получить:

- улучшение здоровья больного человека с повышением качества и увеличением количества лет жизни без инвалидности;
- экономию затрат путем снижения обострений и осложнений заболеваний и, как следствие, снижение частоты потерь трудоспособности среди работников с хроническими заболеваниями;



- повышение эффективности труда людей с хроническими заболеваниями.

Сотни миллионов человек страдают от хронических заболеваний, которые могут быть предотвращены путем устранения факторов риска, среди которых первые места занимают курение, нездоровое питание, малоподвижный образ жизни, чрезмерное потребление алкоголя. Причинами заболеваний часто являются глубокие социальные изменения, включая урбанизацию и экономическую глобализацию, социальную политику. Социальная несправедливость, старение населения – тоже значимые причины повышения заболеваемости. Основные поведенческие факторы риска – курение, нездоровое питание, низкая физическая активность, чрезмерное потребление алкоголя. К физиологическим факторам риска относят повышенное кровяное давление, повышенные уровни в крови холестерина, глюкозы, ожирение. Стратегии, направленные на снижение факторов риска, должны быть нацелены на расширение информированности населения и обеспечение возможности вести здоровый образ жизни.

Здоровье населения является самым ценным достижением общества, поэтому сохранение и укрепление его – важная задача, в выполнении которой должны принимать участие все без исключения. Не последняя роль в выполнении этой задачи отведена основному звену здравоохранения – медицинским сестрам. Среди причин, негативно влияющих на уровень здоровья населения, можно отнести следующие: снижение качества жизни значительной части населения, чрезмерные стрессовые нагрузки, вредные привычки и традиции, низкий образовательный уровень и низкая санитарно-гигиеническая культура населения, а также недостаточная санпросвет работа медицинских работников. Медицинская сестра может и должна в рамках своей деятельности развивать положительную мотивацию населения на здоровый образ жизни и прививать навыки сохранения и укрепления здоровья.

В настоящее время работу медицинской сестры можно рассматривать как новый вид профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, целью которого является сохранение, укрепление и восстановление здоровья.

#### Литература:

1. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] - ACTIVE: пакет технической документации по повышению уровня физической активности [ACTIVE: a technical package for increasing physical activity], 2019 г.
2. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] - Основные типы неинфекционных заболеваний, профилактика, 2018 г.

## **ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

**Зайцева Л.В.**

*БУЗОО "Городская больница № 3", г. Омск*

Острые нарушения мозгового кровообращения на сегодняшний день являются важнейшей медико-социальной проблемой во всех экономически развитых странах мира, что обусловлено их высокой долей в структуре заболеваемости и смертности населения. По данным Всемирной федерации неврологических обществ, ежегодно в мире регистрируется около 15 мил-



лионов инсультов. Актуальность изучения данной проблемы обусловлена так же тяжестью заболевания, ведущей в большинстве случаев к утрате трудоспособности и первичной инвалидизации пациентов. В последние годы отмечается рост распространенности сосудистых заболеваний, в т.ч., острых нарушений мозгового кровообращения. Среди всех видов инсультов преобладают ишемические поражения мозга. По данным международных мультицентровых исследований, соотношение ишемического и геморрагического инсультов составляет в среднем 5,0-5,5 : 1, т.е. 80-85% и 15-20% соответственно. Несмотря на то, что решающее значение в снижении смертности и инвалидизации вследствие инсульта принадлежит первичной профилактике, существенный эффект в этом отношении дает оптимизация системы помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК), введение лечебных и диагностических стандартов для этих пациентов, включая реабилитационные мероприятия и профилактику вторичных инсультов.

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) - остро развивающееся нарушение функций нервной системы вследствие поражения мозговых сосудов.

Нарушение кровоснабжения мозга бывает двух типов: острое и хроническое. Острое нарушение мозгового кровообращения развивается в течение нескольких часов или даже минут. К патологиям, характеризующимся острым течением, относятся инсульты и преходящие нарушения мозгового кровообращения. Инсульт подразделяется на геморрагический и ишемический (инфаркт мозга). Инсульты являются следствием кровоизлияния в ткани головного мозга, спровоцированного каким-либо негативным фактором (так называемый геморрагический инсульт).

Преходящие нарушения мозгового кровообращения включают в себя: транзиторные ишемические атаки (протекающие в острой форме нарушения церебральной гемодинамики) и гипертонические церебральные кризы.

Факторы риска развития ОНМК:

- Артериальная гипертензия.
- Заболевания сердца.
- Нарушения липидного обмена.
- Сахарный диабет.
- Злоупотребление алкоголем и курение.
- Избыточное употребление соли.
- Избыточная масса тела.
- Гиподинамия.
- Частые стрессовые воздействия.
- Неблагоприятная наследственность.

Реабилитация после инсульта обязательно должна включать в себя периодические осмотры невролога. Чаще всего для этого (если пациент не может передвигаться самостоятельно) приглашается на дом невролог из поликлиники по месту жительства. Врач будет оценивать состояние пациента, назначать курсы лечения, так же пациенты направляются в центры восстановительного лечения каждые шесть месяцев. В большинстве случаев в реабилитационном периоде выписываются препараты, улучшающие кровоток в головном мозге, ноотропы, препараты, снижающие артериальное давление, при необходимости - лекарственные средства, регулирующие содержание холестерина в крови (статины) и свертываемость крови, а также витамины (в основном группы В, которые наиболее значимы для нервной системы).

У тяжелых пациентов после геморрагического инсульта используются противопролежневые матрасы. В течение 10 - 30 дней после инсульта обычно проходят все острые нарушения.



Спадает отек мозга, начинают восстанавливаться его функции. С этого времени невролог обычно разрешает выполнять такие манипуляции, как:

- лечебная физкультура: физические нагрузки должны быть строго дозированы и подбираться специалистом с учетом состояния пациента;
- массаж: при инсульте отличается от общегигиенического массажа, поэтому должен проводиться массажистом, имеющим опыт работы с такими пациентами; после перенесенного инсульта показаны курсы массажа раз в полгода-год;
- физиопроцедуры, например, электромиостимуляция.

В профилактике инсультов (как впервые возникших, так и повторных) важнейшую роль занимает диспансерное наблюдение пациентов. При первично возникшем ОНМК пациенты приглашаются на приём один раз в три месяца в течение первого года наблюдения. Затем пациентов приглашают один раз в 6 месяцев для осмотра, сдачи анализов, назначения препаратов для профилактики данного заболевания. Ведётся соответствующая документация, журналы диспансерного наблюдения пациентов, диспансерные карты Ф30 согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. №1344н " Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения". На диспансерном приеме медицинская сестра:

- проводит контроль АД, пульса, при необходимости проводит контроль ЭКГ;
- проверяет дневник наблюдения пациента за своим состоянием;
- помогает пациенту разобраться с режимом приема лекарственных препаратов, составляет памятку пациенту, записывает препараты, которые пациент принимает без назначения врача;
- следит за своевременной сдачей анализов, при необходимости выписывает направление на анализы или самостоятельно проводит забор анализов;
- проводит оценку способности к самообслуживанию в динамике, осуществляет планирование сестринских вмешательств в соответствии с выявленными проблемами пациента.

Пациентам, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения, уход близких будет необходим в течение нескольких лет, особенно пациентам, ставшим "узниками" своей квартиры или комнаты. Для таких пациентов и их родственников необходима помощь патронажной сестры. Патронажная медсестра должна четко понимать сама и внушать своему подопечному, что пострадавший от ОНМК может не только развивать свои речевые или двигательные навыки, но и расширять сферу своего самообслуживания, а также выполнять несложную самостоятельную работу. Нужно постоянно подбадривать пациента, расширять его функциональные возможности, вселять в него веру в то, что он сможет хотя бы частично обслуживать себя и не быть в тягость своей семье. Дома пациенту необходимо обеспечить благоприятные условия для жизни. Желательно выделить отдельную светлую комнату, удалить лишнюю мебель, убрать ковры, спрятать провода для предотвращения травм, расставить мебель так, что бы пациент мог самостоятельно перемещаться с кровати на стул, к столу и далее. Подобрать небьющуюся посуду. Посоветовать ходунки. Если пациент не может самостоятельно передвигаться, переворачиваться и сидеть, то нужно обеспечить максимально удобный подход к кровати для ухода за ним. Объяснить родственникам правила ухода, научить пользоваться вспомогательными средствами (судно, валики, поильник). Большая часть инсультов (около 70%) являются впервые возникшими, а, следовательно, первичная профилактика играет решающую роль в снижении заболеваемости, смертности и инвалидизации вследствие развития ОНМК. Стратегическая задача на ближайшие годы - это усиление профилактической работы среди населения области, пропаганда здорового образа жизни. Соответственно, профилактическая работа должна планироваться исходя из непосредственных потребностей конкретных террито-



рий. Выявление и контроль факторов риска развития инсульта - это лучший способ его первичной профилактики.

В современном понимании, профилактика инсульта - это не только пропаганда о здоровом образе жизни, но и технология, которая должна быть максимально приближена к каждому человеку. В этом процессе основное место занимает объективная информация о существовании и развитии патологических процессов, способных привести к инсульту. Знания о заболевании служат основанием для применения самых различных способов лечения - от традиционных методов народной медицины до ультрасовременных лекарственных средств и хирургических вмешательств на сердце и сосудах. Важно, что бы эти методы решали главную задачу - снижение риска сосудистой катастрофы. В настоящее время подход к ведению пациентов с ОНМК, подразумевающий правильную и своевременную диагностику, современные методы лечения, раннюю реабилитацию, диспансерное наблюдение, организацию помощи на дому, позволяет уменьшить число осложнений, понизить степень бытовой зависимости от окружающих, максимально адаптировать пациента к своему состоянию, избежать глубокой инвалидизации и повысить качество жизни.

Литература:

1. Балун, О.В. Роль некоторых социально-бытовых факторов в формировании адаптации у больных, перенесших инсульт / О.В. Балун, Ю.В. Коцюбинская // Неврологический журнал. – 2015. - № 6. - С. 28-31.
2. Белоусов, Ю.Б. Вторичная профилактика инсульта / Ю.Б. Белоусов, И.С. Авелов, К.Г. Гуревич // Журнал неврологии и психиатрии. Приложение "Инсульт". - 2016. – Вып. 10. - С. 10-17.
3. Гусев, Е.И. Ишемия головного мозга / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова. - М.: Медицина, 2015. - 328 с.
4. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / Под редакцией З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 288 с.
5. Клинические рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками / Под ред. Л.В. Стаховской. – М.: МЕДпресс-информ, 2017. – 208 с.

## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ**

**Земледух М.Л., Чаркова О.Г.**

*БУЗОО «Наркологический диспансер», г. Омск*

Алкоголизм - заболевание, обусловленное систематическим употреблением спиртных напитков, проявляется постоянной потребностью в опьянении, расстройством психической деятельности, соматическими и неврологическими нарушениями, падением работоспособности, утратой социальных связей, деградацией личности.

В формировании алкогольной зависимости решающую роль играют следующие факторы:



1) Социальные факторы: культурный и материальный уровень жизни, стрессы, информационные перегрузки.

2) Биологические: наследственная предрасположенность. По данным Альтшуллера, до 30% детей, чьи родители злоупотребляли алкоголем, могут стать потенциальными алкоголиками.

3) Психологические: психоэмоциональные особенности личности, способность к социальной адаптации и противостоянию стрессам.

Роль медицинской сестры в организации лечебного процесса и ухода за такими больными трудно переоценить, так как он включает в себя широкий круг вопросов, без чего невозможно было бы самоосуществление терапевтического подхода к больным и, в конечном счете, регистрирование ремиссионных состояний или выздоровление. Это не механическое осуществление врачебных назначений и рекомендаций, а творческое решение повседневных вопросов, которые включают в себя непосредственное проведение лечебных процессов: раздачу лекарств, парентеральное введение препаратов, осуществление целого ряда процедур, которые следует осуществлять с учетом и знанием возможных побочных проявлений и осложнений.

В конечном счете, это и принятие на себя ответственности за проведение целого ряда мероприятий. Подготовить больного к проведению той или иной процедуры, это требует подчас от медицинской сестры так же много сил, умения, знания психологии больного и характера имеющихся психотических расстройств. Убедить больного в необходимости принять лекарство, пойти на ту или иную процедуру нередко бывает затруднительным из-за его болезни, когда под бредовыми мотивами галлюцинаторных переживаний или эмоциональных расстройств, противится проведению всех лечебных мероприятий. В этом случае знание клиники заболеваний помогает правильно решить терапевтическую проблему, делая возможным положительное решение излечения.

Только медицинская сестра может констатировать появление целого ряда симптоматики в вечернее время, предотвратить реализацию суицидальных попыток, установить суточные колебания настроения у пациентов по косвенным и объективным характеристикам, предугадать их социально опасные побуждения.

Обязанностями медицинской сестры являются краткосрочные и долгосрочные медицинские мероприятия, такие как оказание помощи больному, борьба с проявлениями болезни, действия, направленные на уменьшение её влияния на организм. На этом медработнике лежит обязанность по соблюдению правил гигиены (уборка, регулярное проветривание помещений, поддержание личной чистоты и гигиены больного). В отношении лежачих больных медицинская сестра осуществляет действия, направленные на предупреждение появления пролежней, помогает делать гимнастику или посильные физические упражнения.

Задачи медицинской сестры включают в себя широкий перечень функций, например, проведение профилактических бесед с пациентом и его родственниками о необходимости отказа от алкоголя, нивелирование конфликтных ситуаций, которые могут возникнуть между пациентом и медицинским персоналом, именно так медицинской сестре удастся найти подход к своеобразным наркологическим больным, что делает медицинскую сестру незаменимой в процессе лечения.

После выписки из стационара медицинская сестра продолжает свою работу с пациентом на дому, на нее возлагаются следующие задачи:

- оценка медико-социальных условий проживания пациента;
- выявление факторов риска;
- динамическое наблюдение за состоянием здоровья;



- проведение санитарно-гигиенического просвещения;
- повышение санитарной культуры в семье;
- приглашение на прием к врачу психиатру-наркологу для осмотра, обследования, проведения лечения и профилактических мер медицинского характера.

Посещениями охватываются 100% состоящих на учете. В рамках организации единого подхода к проведению посещения и повышения информативности проводимых посещений разработан лист «Посещение медицинской сестрой на дому», который представляет собой план, согласно которому медицинская сестра строит свою беседу с пациентом для выяснения необходимой информации, а также осмотра, как пациента, так и места проживания. Во время визита происходит знакомство с родственниками пациента, где можно объективно оценить взаимоотношения в семье, социальный статус.

Всю собранную информацию медицинская сестра регистрирует в бланке, который вклеивается в амбулаторную карту в хронологическом порядке. Лист посещения медицинской сестрой на дому включает в себя следующие разделы: фамилия, имя, отчество пациента; дата рождения (полностью); адрес; содержание поручения; осмотр пациента; физическое и психическое состояние пациента; жалобы пациента на момент обследования; режим трезвости; данные обследования; беседа с родственниками; санитарное состояние жилища; социальные условия жизни; рекомендации. Каждый раздел подразумевает под собой определенные вопросы, ответы на которые дают полную информацию по каждому из разделов.

Медицинская сестра, осуществляющая посещение на дому, проводя опрос и осмотр, согласно плану, предложенному разработанным листом, получает полную информацию о пациенте, которая необходима для его динамического наблюдения. Проводит профилактическую работу, направленную на предупреждение рецидивов хронических наркологических заболеваний, а также проводит обучение пациента и его семьи по вопросам поддержания здоровья.

Каждая медицинская сестра, входя в дом пациента, всегда помнит заповедь по отношению к пациенту, сформированную еще во времена Гиппократов, - «не навреди». Медицинская сестра знает, что слово лечит, но и оно, же может ранить, поэтому она четко придерживается и применяет на практике, правила эффективного общения, правила поведения в условиях конфликта, знание которых, помогает установить психологический контакт с пациентом, поддержать атмосферу доверия, дает возможность взаимодействия и сотрудничества в борьбе с недугом, сохраняя доброжелательное, уважительное отношение к пациенту, подбирая правильную тактику в данной ситуации.

Организованная таким образом работа медицинской сестры помогает повысить информативность выполненных посещений, установить доверительный контакт с пациентом, побудить его активно участвовать в процессе лечения, что и является задачей медицинской сестры.

#### Литература:

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных [Электронный ресурс]. - М. – 2001. – 437 с.
2. Вовин Р.Я., Иванов М.Я. Социальная и клиническая психиатрии [Электронный ресурс]. - 1995. – С. 72-78.
3. Сестринский процесс при алкоголизме [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://otherreferats.allbest.ru/medicine/00126968\\_0.html](https://otherreferats.allbest.ru/medicine/00126968_0.html)
4. Сестринский уход больных алкоголизмом [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://uralmodulstroy.ru/lechenie-alkogolizma/sestrinskij-uhod-bolnyh-alkogolizmom>



## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕНТРАЛЬНЫМ ДВИГАТЕЛЬНЫМ ДЕФИЦИТОМ (ИНСУЛЬТ)

**Зубова М.В.**

*БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск*

**Актуальность.** Мышечный тонус обеспечивает подготовку к движениям, сохранность равновесия и позы. Любой двигательный акт осуществляется последовательным сокращением и расслаблением мышц агонистов и антагонистов. Повреждение кортикоспинальных путей и растормаживание сегментарного аппарата спинного мозга усиливают рефлекс растяжения, которые приводят к непроизвольной мышечной активности или нейродвигательным нарушениям.

Проблема мышечной спастичности пациентов с нейродвигательным дефицитом презентабельна, занимает ведущую роль в системе проводимых реабилитационных мероприятий. Мышечные нейродвигательные нарушения ограничивают свободу движений, причина трофических нарушений и тяжелой инвалидизации, дезадаптации в повседневной жизни, ухудшает функционирование пациента, эстетический образ и позу паретичной конечности, снижает качество ухода и гигиены, затрудняет проведение лечебных восстановительных мероприятий. Поэтому ранняя диагностика и своевременная коррекция мышечной спастичности, позволяет достичь максимальных результатов, улучшить краткосрочный и долгосрочный прогноз восстановления. Характерной особенностью мышечных нейродвигательных нарушений является расширение зоны сегментарного ответа за пределами зоны сегментарного раздражения.

Гигиеническое обучение проводится путем интегрального подхода к гигиеническому воспитанию и использования различных методов и средств обучения в соответствии с состоянием здоровья, интересами и уровнем образования пациента. Одной из проводимых форм гигиенического обучения является проведение школы здоровья среди пациентов с нейродвигательными нарушениями. Участниками занятий были медицинские работники, пациенты и их родственники. Занятия проводятся в специально отведенном помещении, оснащенном телевизором, компьютером, папками с материалами занятий, использовали иллюстрированный материал: беседы, наборы для памяток пациентов, буклеты, брошюры, плакаты, видеофильмы, санбюллетень, презентации, мастер-классы.

В школе здоровья №3 «Достижение в повседневной жизни при центральном двигательном дефиците (ЦДД)» занятия проходят в 3 уровня по 30 минут на темы: анатомия и физиология мышц, классификация нарушений измененного мышечного тонуса; коррекция и профилактика повышения мышечного тонуса; использование технических средств реабилитации. Школы здоровья повышают образовательный уровень пациентов, способствуют осознанному участию пациентов в лечебно-профилактическом процессе, улучшают качество их жизни, позволяют проводить профилактику заболеваний.

**Материалы и методы.** За анализированный (2018) год участвовало 425 (100%) пациентов. Повышение мышечного тонуса 386 (90,8%) пациентов. Мужчины составили 301 (70,8%), женщины - 124 (29,2%) в возрасте от 25 до 65 лет. Для диагностики состояния мышечного тонуса у пациентов подразделяют на: 1) клиничко-неврологические методы; 2) определение мышечного тонуса с помощью шкал Эшфорда; 3) статистические методы. Пациенты стационарировались в различные сроки от начала заболевания с органическими заболеваниями головного мозга (последствие ОНМК, ЧМТ), трофические заболевания спинного мозга.



**Обсуждение.** Тяжелые нейродвигательные нарушения требуют комплексной реабилитации и своевременной коррекции на различных этапах восстановления и в резидуальном периоде. Всем пациентам была составлена индивидуальная программа, которая включала использование современных методик борьбы с нейродвигательными нарушениями (медикаментозное лечение, этапную лечебную физкультуру, лечебный массаж, физиотерапевтические процедуры, эрготерапию, специальный уход сестринского персонала. Одним из главных подходов являются уходовые мероприятия (пособие при перемещении в кровати, кормлении, выполнению личной гигиены, одевании). Ранняя активизация пациентов подразумевает расширение двигательного режима - адекватное позиционирование туловища и паретичных конечностей, перевороты в постели, присаживание в кровати с подъемом головного конца, переводы из положения лежа в положение сидя с опорой, затем и без опоры, восстановление функции поддержания равновесия в положении сидя с опорой и без нее. Важным аспектом является обучение навыкам самообслуживания: самостоятельный прием пищи, проведение личной гигиены, самостоятельное одевание, обувание, пользование туалетом и ванной. Постепенно сфера этих действий расширяется, пациенты обучаются убирать кровать, складывать вещи, пользоваться бытовой техникой, надевать верхнюю одежду, выходит гулять. Обязательное проведение психотерапевтических бесед, которые позволяют избежать эмоциональный стресс.

**Вывод.** Своевременное и раннее начало лечения у пациентов с нейродвигательными нарушениями развивает компенсаторные возможности, которые приводят к расширению двигательного режима, восстановлению индивидуально - личностного статуса (приобретение и совершенствование навыков самообслуживания, бытовой деятельности), что способствует достижению более высокого уровня реабилитационного потенциала.

## ПРОФИЛАКТИКА КАК ОДНА ИЗ ГЛАВНЫХ РОЛЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ УЧАСТКОВОЙ

**Исакова Н.В., Агафонова Т.А.**

*БУЗОО «Городская больница № 3», г. Омск*

Профилактическая работа – это система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление прогрессирования, уменьшения неблагоприятных последствий.

БУЗОО «Городская больница № 3» обслуживает население Советского административно-го округа города Омска. В структуре поликлиники два терапевтических отделения, оказывающих помощь населению по участковому принципу.

Профилактические мероприятия в профессиональной деятельности медицинской сестры участковой направлены на формирование у населения медико-социальной активности и мотивации к здоровому образу жизни.

Ежегодно медицинская сестра участковая в соответствии с национальным календарем прививок составляет ежемесячный персонализированный план, подлежащих вакцинопрофилактики пациентов и следит за его выполнением, проводит активную работу по приглашению населения для проведения плановой вакцинации. Помимо прикрепленного населения, меди-



цинская сестра участковая несет ответственность за вакцинацию работников организаций, находящихся на территории участка. В период проведения массовых профилактических прививок по эпидемическим показаниям, входит в состав прививочной бригады.

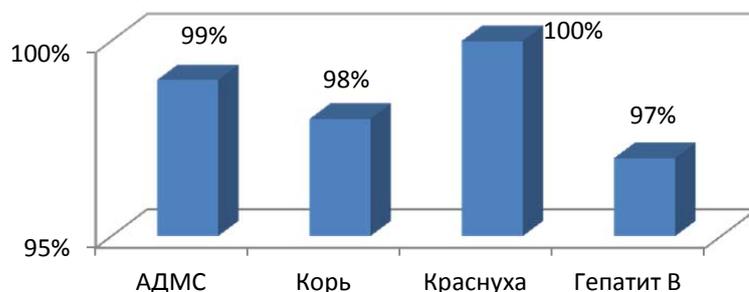


Рис. 1 - Охват населения иммунопрофилактикой

Полнота охвата профилактическими прививками должна составлять не менее 95% населения участка. В БУЗОО «Городская больница № 3» охват вакцинопрофилактикой составляет 97 – 100%, что соответствует целевым показателям.

Особое внимание в работе медицинской сестры участковой уделяется флюорографическому обследованию. Флюорографическое обследование позволяет выявлять туберкулез, профессиональные заболевания легких, неспецифические воспалительные процессы, опухоли легких и средостения, поражения плевры и диафрагмы, сердечно-сосудистые заболевания. Для контроля за прохождением обследования на все население участка заводится флюорокартотека, которая распределяется на группы: работающее население, неорганизованное население, группа риска (проходят обследование 2 раза в год), нетранспортабельные пациенты, работающее население на предприятиях, расположенных на территории участка.

Медицинская сестра участковая ежемесячно осуществляет информирование граждан, находящихся на медицинском обслуживании в медицинской организации, о необходимости прохождения флюорографического обследования, проводит разъяснительную работу. Проводит контроль результатов обследования, при необходимости организывает дообследование.

Для обследования нетранспортабельных пациентов забирается мокрота и моча для бактериологического исследования на туберкулез.

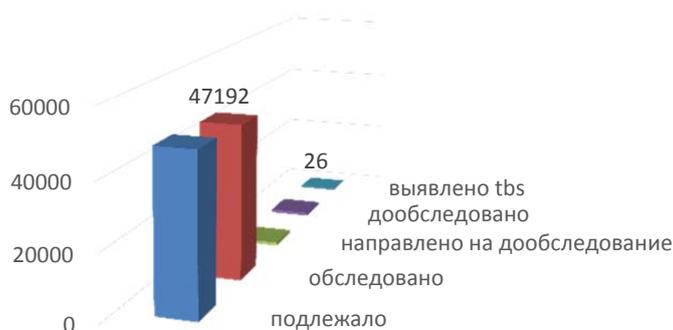


Рис. 2 - Флюорографическое обследование, 2018 год

За 2018 год флюорографическое обследование прошли 98% обслуживаемого населения, выявлено активного туберкулеза 26 случаев, в том числе имели запущенную стадию заболева-



ния 4 человека - это пациенты, отказывающиеся проходить флюорографическое обследование 2 и более лет.

Для раннего выявления и профилактики новообразований медицинскими сестрами участковыми ведется работа по обследованию пациентов с применением скрининговых методов. К ним относятся: маммографическое обследование, осмотр в смотровом кабинете с проведением цитологического исследования мазка у женщин.

В качестве профилактического скринингового обследования маммография рекомендована всем женщинам от 40 лет и старше. Медицинская сестра участковая ежегодно составляет план прохождения маммографического обследования женского населения участка. Следит за его выполнением.

В мероприятиях, направленных на раннюю диагностику ЗНО и снижение показателей запущенности, значительная роль отводится работе смотрового кабинета. Медицинская сестра контролирует прохождение смотрового кабинета, объясняет необходимость обследования, место его размещения и часы работы. Направляет всех впервые обратившихся в течение года в амбулаторно-поликлиническое учреждение в смотровой кабинет.

Для раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения и факторов риска их развития, проводится диспансеризация определенных групп взрослого населения.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Медицинская сестра участковая составляет списки граждан, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году, и план проведения диспансеризации на текущий календарный год с учетом возрастной категории граждан и проводимых обследований. Привлекает прикрепленное население к прохождению диспансеризации, информирует о ее целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении диспансеризации. Выполняет доврачебные медицинские исследования первого этапа диспансеризации: анкетирование, направленное на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, антропометрию, расчет индекса массы тела, измерение артериального давления, а также определение уровня общего холестерина в крови и уровня глюкозы в крови экспресс-методом.

При выявлении факторов риска к хроническим неинфекционным заболеваниям пациент, после осмотра врачом-терапевтом участковым, направляется на второй этап диспансеризации. По результатам дообследования определяется группа здоровья.

За гражданами, отнесенными по результатам диспансеризации к III группе состояния здоровья, а также за гражданами, отнесенными ко II группе состояния здоровья и имеющими высокий или очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск, осуществляется диспансерное наблюдение.

Медицинская сестра участковая ведет учет граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, вносит сведения о диспансерном наблюдении в учетную форму N 030/у-04 «Контрольная карта диспансерного наблюдения», информирует гражданина о порядке, объеме и периодичности диспансерного наблюдения, организует проведение диспансерных приемов, обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Использование современных технологий профилактики, в том числе, по формированию медицинской активности населения – еще одна задача медицинской сестры участковой. Одним



из наиболее перспективных направлений в профилактике и лечении неинфекционных заболеваний является обучение пациентов в форме школ здоровья. Школа здоровья - организационная форма группового консультирования, гигиенического обучения и воспитания, являющаяся комплексной медицинской профилактической услугой.

Медицинская сестра участковая участвует в проведении школ здоровья: «Артериальная гипертония», «Бронхиальная астма», «Сахарный диабет», «Уход за тяжелобольным пациентом», где обучает пациентов профилактике обострений заболевания, ведению здорового образа жизни в болезни.

В заключение можно сказать, что в деятельности медицинской сестры участковой профилактические мероприятия играют одну из главных ролей. Работа на участке направлена на улучшение качества медицинского обслуживания, улучшение профилактической работы, диспансеризацию.

#### Литература:

1. Приказ МЗ РФ от 21.12.2012 года № 1344Н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения».
2. Приказ МЗ РФ от 21 марта 2017 г. № 124н «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза».
3. Приказ МЗ РФ от 26 октября 2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».
4. Дривер, М. Роль медицинской сестры в общении с пациентом / М. Дривер // Вестник ассоциации медицинских сестер России. - 2008. - № 1. - С. 22-23.

## **ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ, ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА**

**Казакова В.А.**

*БУЗОО «Городская больница №3», г. Омск*

Вирусные гепатиты - это группа инфекционных заболеваний печени с различными механизмами передачи, вызываемые мельчайшими внутриклеточными паразитами – вирусами. Гепатиты, как и все вирусные заболевания, - это болезни, присущие людям с иммунодефицитными состояниями. В настоящее время известно 9 вирусов, вызывающих вирусные гепатиты: вирусы А, В, С, Д, Е, F, G, TTV, SEN и другие не установленные.

Из всех достаточно многочисленных форм вирусных гепатитов гепатит А является наиболее распространенным. Вирус гепатита А исключительно устойчив к действию неблагоприятных факторов окружающей среды. Передается вирус гепатита А фекально-оральным путем, поэтому его называют болезнью грязных рук. Источником инфекции становится больной человек на очень ранней стадии гепатита А, когда он еще не чувствует себя больным и не имеет желтухи. Немытыми после туалета руками он может разносить вирус по бытовым предметам и заражать окружающих. Вначале этот антиген назывался австралийским, так как впервые был обнаружен в сыворотке крови австралийских аборигенов. Против гепатита А имеется вакцина.

Вирус гепатита В передается от инфицированного человека к здоровому парентерально, т.е. через кровь. Заражение возможно при попадании инфицированной крови на поврежден-



ную кожу, слизистые покровы, или непосредственно в кровь. Основную группу риска (т.е. круг людей с высокой вероятностью заболевания) составляют люди, использующие внутривенные наркотики, токсикоманы, и лица, ведущие беспорядочную незащищенную сексуальную жизнь.

Гепатит С передается парентерально, во внешней среде нестойк и считается наиболее коварным и опасным среди всех вирусных гепатитов. В большинстве случаев, при заражении гепатитом С наблюдается развитие хронического гепатита С, что приводит к циррозу печени или первичному раку печени. Скрытое течение гепатита С послужило поводом для названия его ласковым убийцей.

Пути передачи и источник инфекции при гепатите D такие же как при гепатите В. Люди, имеющие антитела против гепатита В, никогда не заболеют гепатитом D. Таким образом, вакцинация от гепатита В защищает и от опасного гепатита D.

Вирус гепатита E - представитель нового, еще не установленного семейства вирусов. Гепатиты А и E объединяет фекально-оральный механизм передачи. Гепатиты В, С и D передаются парентерально. Заражение происходит с кровью, ее продуктами, спермой, слюной, вагинальными выделениями, потом и слезами от лиц с выраженными и невыраженными формами острых и хронических гепатитов, циррозов печени, носителей HBsAg. Вирус проникает через поврежденную кожу и слизистые оболочки при внутривенном введении наркотиков, наколках, лечебно-диагностических манипуляциях, при беременности и родах, при половых контактах, при бытовых микротравмах (маникюр, причесывание у парикмахера острыми гребешками, бритье чужим бритвенным прибором и т.п.). Вирус гепатита D, как правило, накладывается на гепатит В, чаще затяжной или хронический. Переболевших пациентов ставят на диспансерный учет.

В восстановительном периоде после гепатита в течение полугода противопоказан тяжелый физический труд и занятия спортом. Категорически противопоказано употребление любых спиртных напитков. Применение лекарственных средств должно быть максимально ограничено. В течение 6 месяцев противопоказаны профилактические прививки, нежелательно проведение операций, кроме срочных.

При хроническом гепатите необходимо диетическое питание 4-5 раз в день. В основном, отварные, паровые или запеченные в духовке блюда. Из рациона исключаются: животные жиры, пряности, мясные, рыбные и грибные супы, яйца, жирные сорта мяса, алкоголь, копчености, любая выпечка, шоколад, какао. Разрешается: сахар, варенье, мед, сладкие соки, морсы, сиропы, арбузы, виноград, постное мясо, нежирная рыба, молочные продукты, лучше кисломолочные, хлеб вчерашний, зелень и овощи в большом количестве, как в отварном и тушеном, так и в сыром виде, жиры молочные и больше растительные, чай или слабый кофе с молоком, соки фруктовые и овощные, отвары шиповника.

Существенную роль играет лабораторная диагностика. Применение таких лабораторных методов как электронная микроскопия (ЭМ), иммунная электронная микроскопия (ИЭМ), реакция иммунофлюоресценции (РИФ), иммуноферментный анализ (ИФА), радиоиммунный анализ (РИА), ПЦР (основана на принципе естественной репликации ДНК), цитологические методы, серологические методики (РСК, РТГА, РПГА, РНГА), биохимические исследования крови, клинические исследования крови и мочи. Анализ крови необходим для выявления вида, фазы и продолжительности нахождения вируса гепатита в организме человека. Чтобы анализ дал максимально точный результат важно проследить за питанием и не кушать до непосредственной сдачи анализа.

Профилактика вирусных гепатитов должна проводиться комплексно, т.е. касаться источников вируса, путей и факторов его передачи и, прежде всего, восприимчивого к инфекции населения, здоровый образ жизни, обеспечение населения качественной питьевой водой и



доброкачественными продуктами питания, чистота и благоустройство населенных пунктов, соблюдение людьми правил личной гигиены, использование высокочувствительных методов индикации маркеров вирусных гепатитов у доноров органов, тканей и биологических жидкостей, соблюдение правил дезинфекции, стерилизации медицинского и лабораторного инструментария и оборудования, использование медицинского и лабораторного инструментария одноразового пользования, повышение санитарной грамотности населения: никогда не использовать инъекционные наркотики, а если нельзя отказаться от них и выйти из зависимости, никогда ни с кем не делить иглы, шприцы, растворы и любые подобные приспособления, и не пользоваться чужими; никогда ни с кем не делиться и не пользоваться чужими бритвенными станками, маникюрными приборами, эпиляторами, зубными щетками, серьгами и любыми предметами, где может оказаться кровь. Татуировки или пирсинг должны производиться только стерильным оборудованием. При татуировке должна использоваться новая игла и отдельная баночка туши. Пирсинг должен проводиться новой иглой. Защищенный секс (использование презервативов) при наличии у одного из партнеров носительства вирусных гепатитов.

Медицинские работники должны соблюдать меры профилактики с использованием соответствующих индивидуальных защитных средств. Любой пациент должен рассматриваться как потенциальный источник парентеральных вирусных гепатитов или других возбудителей, передающихся через кровь. Гепатит А передается преимущественно фекально-оральным путем – через воду, продукты питания, общие предметы пользования. Категорически запрещается использовать в почву некомпостированный навоз и помет. Хорошо мыть фрукты и овощи. В комплекс мер по профилактике гепатита А входит как пассивная (введение иммуноглобулина человеческого нормального), так и активная иммунизация – вакцинация. Наиболее опасными среди всех инфекционных гепатитов являются именно те, которые вызваны типами В, С и D. Они имеют не только сходную клиническую картину и потребность в интенсивном курсе лечения, но и общие пути заражения. Наиболее часто заражение происходит при использовании нестерильных медицинских инструментов, переливании крови, половым путем и от матери к плоду, намного реже гепатиты В, С и D передаются при совместном использовании предметов гигиены – зубных щеток, полотенец, салфеток.

Специфическая профилактика гепатита В проводится с использованием рекомбинантных дрожжевых вакцин, которые, согласно рекомендациям ВОЗ, вводятся лицам с повышенным риском заражения гепатитом В: медицинским работникам, профессионально связанным с кровью, выпускникам медицинских учебных заведений, больным с хроническими заболеваниями печени, некоторым категориям нефрологических, гематологических, кардиохирургических и других больных, близким членам семей больных хроническим гепатитом В, новорожденным от матерей-НВsAg-носителей. Им одновременно с вакциной может вводиться специфический иммуноглобулин в первые часы после рождения. В качестве средств экстренной профилактики для лиц, подвергшихся риску заражения вирусом гепатита В, могут использоваться специфический иммуноглобулин или вакцина, применяемая по ускоренной схеме. Лица подлежащие вакцинации: медицинские работники, непосредственно контактирующие с кровью больных, студентов медицинских институтов и учащихся средних медицинских учебных заведений, семейное окружение больных хроническим гепатитом В и носителей поверхностного антигена вируса гепатита В, наркоманов. Важнейшим компонентом профилактики является проверка используемых для парентерального введения препаратов крови и ее компонентов на содержание НВsAg.

Формирование прививочного календаря. Первоочередной признана вакцинация новорожденных от матерей - носителей вируса гепатита В, которая проводится в первый день жизни. Расширение возможностей в лечении и профилактике вирусных болезней с использованием



противовирусных препаратов, иммуномодуляторов и вакцин с различным механизмом действия нуждается в быстрой и точной лабораторной диагностике. Узкая специфичность некоторых противовирусных препаратов так же требует быстрой и высокоспецифичной диагностики инфицирующего агента. Появилась необходимость в количественных методах определения вирусов для мониторинга противовирусной терапии. Помимо установления этиологии заболевания лабораторная диагностика имеет важное значение в организации противоэпидемических мероприятий.

Литература:

1. Абдурахманов, Д. Т. Хронический гепатит В и D / Д.Т. Абдурахманов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 296 с.
2. Мигунов, А. И. Гепатит. Современный взгляд на лечение и профилактику / А.И. Мигунов. – М.: Изд. «ВЕСЬ» – Добрые вести, 2014. – 128 с.
3. Санитарные правила «Профилактика вирусных гепатитов» СП 3.1.958-00.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ БУЗОО «ОКБ»

**Кондратенко О.В.**

*БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск*

**Актуальность.** В современном мире существует острая необходимость совершенствования профилактической помощи населению. Одной из наиболее перспективных интегрированных технологий профилактической и лечебной помощи является обучение в школах здоровья для пациентов.

Школа здоровья – информационно-мотивационная технология, призванная сформировать заинтересованность пациента в сохранении здоровья и повысить качество жизни людей, столкнувшихся с заболеванием. Приоритетным направлением деятельности в охране здоровья является формирование у людей навыков здорового образа жизни, увеличение уровня санитарно-гигиенической культуры. Этот лечебно-профилактический процесс является полноценной областью здравоохранения. Обучение сориентировано на пациента, создано с целью оказания помощи пациентам и их семьям в понимании своего заболевания (состояния), эффективном лечении, ведении здорового образа жизни, обучении уходу за собой, сотрудничестве с медицинским персоналом, что, в конечном счете, ведет к улучшению качества жизни пациента.

**Цель и задачи исследования.** Цель: помочь пациентам со спинальным, церебральным нейродвигательным дефицитом, с нарушением функции нижних отделов мочевыводящих путей адаптироваться к особому образу жизни; обучить пациентов самообслуживанию, самоконтролю, оказанию самопомощи, проведению профилактических мероприятий; повысить эффективность достижения независимости в повседневной жизни и обеспечить контроль за течением заболевания; повышение качества жизни, посредством обучения пациента, повышение дисциплины и улучшение кооперации «медицинская сестра-пациент».

**Задачи:** обучить пациента, родственников навыкам, алгоритмам самоконтроля, самоухода, сформировать партнёрские отношения между медицинской сестрой и пациентом.



**Принципы организации школ здоровья.** Организационные: издание распоряжения главного врача БУЗОО «ОКБ» № 25Р от 25.07.2013 с утверждением ответственных лиц в отделении за организацию и проведение занятий в школе здоровья – Кушнир О.Б., Дурнопьянова Ю.Е., утверждение плана работы школ здоровья, обучение персонала основам сестринской педагогики и психологии, выделение помещения, оборудования, технических средств, организация и проведение занятия с группой пациентов.

Педагогические: методическое обеспечение обучения для каждого конкретного занятия (план, цели, содержание), наличие методической продукции и демонстрационного материала (тематических проспектов, памяток, видеофильмов, слайдов, популярной литературы), использование интерактивной формы проведения занятия, учет психологических и индивидуальных особенностей пациента (пол, возраст, заболевание, состояние и др.), обучение пациентов совместно с членами их семьи, обратная связь со слушателями через анкетирование, книгу отзывов и предложений.

**Материалы и методы.** В нашем отделении организованы три школы здоровья: школа здоровья №1 «Достижение независимости в повседневной жизни при спинальном двигательном дефиците», школа здоровья №2 «Достижение компенсации функции мочевого пузыря», школа здоровья №3 «Достижение в повседневной жизни при центральном двигательном дефиците (ЦДД)».

За анализируемый период (2018) общее количество выписных пациентов – 560, из них прошли обучение в школах здоровья 286: в школе №1 – 100 пациентов (17,85%), №2 – 100 пациентов (17,85%), №3 – 86 пациентов (15,35%).

Занятия в школах здоровья построены по принципу циклов. Цикл состоит из 4 занятий по каждому направлению, по 1 занятию в неделю, в фиксированные дни, по мере формирования группы, продолжительностью 45-60 минут. Для прохождения обучения создаются группы от 4 до 10 человек. Темы занятий составлены таким образом, чтобы освещаемые на них вопросы были интересны всем слушателям, независимо от формы заболевания. Набор слушателей для обучения в школах здоровья осуществляется врачом на основании намеченной реабилитационной программы, способные воспринимать групповые формы обучения. Координирует работу школ здоровья, развитие образовательной программы заведующий отделением.

Занятия построены по принципу модулей. Каждое занятие состоит из подразделов, которые последовательно освещаются. По ходу изложенного материала даются ответы на возникающие у слушателя вопросы.

Медицинской сестре отводится организационная и практическая часть обучения: приглашает пациентов для занятий; ведёт запись, фиксирует посещаемость занятий; обновляет информацию на стенде, совместно с врачом участвует в разработке и пересмотре памяток и рекомендаций для пациентов с различными формами заболеваемости; проводит анкетирование с пациентами до начала занятий и после; проводит практические занятия, мастер-классы по обучению пациентов.

Медицинская сестра в ходе проведения обучения пользуется: буклетами, брошюрами, плакатами, интерактивными материалами, которые позволяют в доступной форме усваивать материал. Пациентам по окончании обучения выдаются памятки, с дальнейшими рекомендациями.

Критерии эффективности школ здоровья: формирование необходимых навыков у конкретных пациентов для повышения качества жизни в болезни, уменьшение распространенности заболеваний и основных факторов риска, улучшение качества жизни, увеличение средней продолжительности жизни.



На итоговом занятии пациенты проходят анонимное анкетирование. Анализ анкетирования показывает, что 100% опрошенных считают посещение школы здоровья необходимым. Все респонденты, дают отличную оценку организации деятельности школ здоровья в неврологическом реабилитационном отделении.

**Вывод.** Таким образом, активное развитие школ здоровья в отделении формирует у пациентов мотивацию к сохранению здоровья и повышает ответственность за свое здоровье, обеспечивает повышение точности выполнения назначений врача. При достижении этих целей школа обеспечивает высокое качество профилактической помощи, способствует реабилитации пациентов с неврологической патологией.

## МОЯ ПРОФЕССИЯ - МОЯ ГОРДОСТЬ

**Краснопёрова А.О.**

*БУЗОО «Большереченская центральная районная больница», Омская область*

*«Медицина – это так же просто  
и так же сложно, как жизнь» (А.П. Чехов)*

Каждый человек в своей жизни сталкивается с проблемой выбора профессии, кто-то определяется с выбором еще в детстве, кто-то ищет себя в течение всей жизни. Как сказал один психолог, профессия должна быть актом любви и делом всей жизни, и я надеялась, что обязательно найду свою профессию.

В небольшом сибирском селе под прекрасным названием Новоягодное, окончивая школу, я не могла долго определиться, кем же я все-таки хочу быть. Были мысли учить наше подрастающее поколение, создавать новые бренды, охранять человечество от нарушителей.

В детстве я часто лечила своих кукол и кота, кот ходил то измазанный зеленкой, то с пербинтованной лапкой. Мама мне говорила: «Ох, уж этот доктор Айболит», но у меня, мыслей связать свою жизнь с медициной не было. В один из весенних дней, перед последним звонком, моя младшая сестра решила перепрыгнуть через забор и сломала ногу. Кое-как добравшись до дома, мы вызвали фельдшера. Сестра очень сильно кричала и плакала от боли. Наш фельдшер, Владимир Ильич, накладывая шину, делал это с такой заботой, аккуратностью, и я увидела в его действиях, словах сказанных сестренке, огромную любовь к тому, чем он занимается. И этот день я помню отчетливо, я вдруг сказала маме: «Я решила, кем хочу стать!». «Кем же на этот раз?» - спросила мама, совсем не удивившись. «Медицинской сестрой!» - сказала я.

В детстве я очень боялась крови, уколов и врачей, но поверив в то, что я переступлю свои страхи, решила поступать в медицинский колледж.

Учеба пролетела незаметно, было много позитивных моментов, и они останутся в памяти на всю жизнь. Во время учебы многих нюансов будущей работы я, оказывается, не знала и думала, буду ходить каждый день делать одно и то же, ни какой общественной деятельности не будет, ни конкурсов, где можно проявить себя. Задумалась, настоящее это мое призвание или нет? Долго выбирая, где проходить практику, я решила не оставаться на нашей базе, мне хотелось новых знакомств, новых эмоций. Решила с подружкой ехать в другой район, к ней на родину. Я рада, что вытянула этот счастливый билет, попав именно в Большереченскую больницу, в коллектив, который смотрит воодушевленно на молодых специалистов, надеясь, что мы, вче-



рашние студенты, непременно станем прекрасными специалистами своего дела. Практика проходила на ура, я не понимала, как получалось у старших медицинских сестер нас так заинтересовать, что мы приходили и в нерабочее время, чтоб помочь, быть ближе к пациентам, приобрести какой-то опыт. Во время учебы у нас не было особого контакта с пациентами, боялись, наверное, что мы скажем что-то не то или сделаем, а здесь на нас смотрели, уже как на специалистов и пытались нам показать все, что необходимо знать и должна уметь медицинская сестра.

К каждому из нас в этой медицинской организации постарались найти подход и раскрыли все наши таланты. Приближался Международный день медицинской сестры, и от нас, будущих молодых специалистов, нужно было приготовить небольшое выступление, и в этот момент мои глаза загорелись, думаю, удивим мы вас напоследок. У нас все очень здорово получилось, мы поняли это по реакции зрителей. Моя практика подошла к концу, и я поняла, что кроме медицины мне ничего не нужно, я готова посвятить профессии медицинской сестры свою жизнь. Прошли государственные экзамены, аккредитация, я решила, приеду к маме, соберу сумку и быстрее устраиваться в уже любимую мной больницу, ведь свободных мест в таком коллективе очень мало.

Свершилось, меня приняли, я, медицинская сестра процедурного кабинета хирургического отделения, испытываю огромную гордость и ответственность. Оказалось, всё не так просто, как на практике, мне не оставляют только тех пациентов у которых хорошие вены. Теперь мне приходится все делать самой, однако, я знала, что в любой сложной ситуации мне обязательно помогут: мой наставник, да и вообще любой, к кому обращаюсь за помощью. Уже почти прошел год моей работы, за это время были хорошие и трудные моменты. В начале работы заходишь в палату, пациент недоверчиво смотрит на тебя, опять студенты мучить пришли, вроде бы ты видишь у него хорошие вены, уже и опыт небольшой имеется, а я не смогла... Пациент недоволен, и внутри меня небольшая обида, почему же все не может получаться сразу? Немного поработав, я поняла: как мы относимся к работе, так она у нас и будет получаться. И теперь со мной всегда уверенность, улыбка, если это уместно, и тогда пациент с легкостью соглашается на все процедуры. Прошло полгода, случайным образом попадает тот же человек, я его запомнила, не знаю почему, наверное, потому что это была моя первая неудача. С уверенностью подхожу, делаю своё дело, все получилось, пациент улыбнулся. Не описать то счастье, когда ты поднялся на ступеньку выше, и не то чтобы у тебя получается все идеально, но теперь у меня с пациентами складываются доверительные отношения, нарабатывается опыт общения, я приобретаю все большую уверенность.

На всю жизнь в моей памяти сохранятся приятные воспоминания о посвящении в профессию специалистов, ведь оно прошло в теплой, и в то же самое время торжественной обстановке. Сколько напутственных слов в наш адрес мы услышали от наших наставников. Я еще раз убедилась, что попала в очень хороший, слаженный коллектив единомышленников, который любит свою работу. Я очень рада, что работаю именно в этой больнице, ведь, по большому счету, именно здесь моя профессия открылась для меня во всех ее нюансах. В этом коллективе я поняла, моя профессия – мое призвание, я люблю ее всем сердцем и не вижу своего будущего без нее.

В своей работе я стараюсь постоянно совершенствоваться, расти как профессионально, так и личностно. Любая оплошность в моей работе может послужить развитию грозных осложнений, моего опыта еще недостаточно и нужно все перепроверять, я понимаю, что от моих действий зависит человеческая жизнь, поэтому стараюсь ответственно подходить к своей работе. Хорошая память помогает мне запомнить огромное количество терминов, названий лекарственных средств, важно, чтобы я знала, что же я ввожу, и чем это может помочь пациенту, да



еще и объяснить, что это нужно, на понятном ему языке. Быстрота реакции, присущая мне, помогает в критический момент сразу принять правильное решение в рамках своей компетенции.

Сейчас к любой профессии предъявляются высокие требования, а в медицине особенно нельзя быть равнодушным человеком. Ведь медсестра должна быть с огромной душой, медсестра без души - это все равно что скальпель – просто режет направо и налево. Я - коммуникабельный, мобильный человек, приветствующий все новое. Все эти качества мне очень помогли пройти адаптацию в коллективе.

Кажется, совсем недавно я закончила колледж, но все же есть пробелы в знаниях, ведь мне пришлось окунуться полностью в лечебный процесс в хирургии, и теперь я твердо уверена, что учиться необходимо постоянно. Здорово, что сейчас у меня есть такая возможность повышать свою квалификацию, благодаря непрерывному образованию. Мы, молодые специалисты, можем получать знания каждый год, и я уже начала это обучение на вебинарах. «Медицинское дело – это именно та область, у которой нет конца, и где можно каждый день чему-то новому научиться» - слова, сказанные Ф. Найтингел, я впервые увидела на стене в учебно-методическом кабинете нашей больницы, прошло много лет, но они как никогда становятся актуальными в современном здравоохранении. Поэтому я регулярно посещаю все мероприятия по повышению квалификации, отрабатываю практические навыки на манекенах в учебно-методическом кабинете.

У каждого есть человек, на которого мы смотрим и стараемся ему подражать. Мне повезло, что в начале своей работы я встретила сильного, авторитетного наставника, который заметил во мне неуёмную энергию. Главная медицинская сестра нашей больницы Зоя Петровна помогла мне влиться в работу и ничего не бояться, вселила в меня уверенность, что в моих руках моё будущее. В отделении мой непосредственный наставник Лариса Алексеевна создала такую атмосферу для меня, что я без особых трудностей как-то легко влилась в коллектив. Для молодого специалиста важна поддержка опытного наставника, порой даже в мелочах теряешься, я могу с любым вопросом подойти к ней, и она мне поможет. Благодаря моим наставникам у меня не возникло желание уйти из профессии, как у многих моих однокурсников. Получить профессию это одно, а остаться в ней - это совершенно другое. В наш 21 век большинство думает о том, как жить дальше, как зарабатывать больше, а наша профессия не обещает миллионов, здесь остаются те люди, которые готовы отдавать себя и не ждать чего-то взамен. Да соглашусь, деньги - это немаловажно, но ведь прекрасно, когда человек занимается своим любимым делом и понимает, что все в этом мире не зря. Очень рада, что могу заниматься тем, что доставляет мне удовлетворение. Я иду на работу такой же счастливой, какой идет девушка на свое первое свидание, эти эмоции просто не передать и я очень рада, что это не проходит, я прихожу на работу с огромным ощущением счастья.

В нашей больнице большое внимание уделяется профориентационной работе, подбор кадров начинают со школьной скамьи. Ощущением того, что я волею судьбы оказалась на своём месте я с огромной радостью поделилась с выпускниками школ на Дне открытых дверей. С огромной гордостью я рассказывала о своей профессии, коллективе и нашей больнице на заседании комиссии для привлечения молодых специалистов на День выпускника в медицинском колледже. Мне было приятно, что общение с молодыми специалистами проходило, как говорится, на одной волне, и они с интересом воспринимали мою информацию.

Когда я училась в медицинском колледже, меня заинтересовала такая сфера деятельности как волонтерство. Помогая, предупреждая общество, ты как бы делаешь галочку себе, что живешь не зря. В очередной раз, съездив на конкурс «Волонтер года», я задумалась, а почему бы в нашей больнице не распространить это движение. Поговорив с главной медсестрой, мы



решили создать план и предложить его для утверждения главному врачу. У нас все получилось, главный врач поддержал нашу идею, и теперь в Большереченской больнице функционирует волонтерский отряд «Открытые сердца», и я являюсь его организатором. Мы пропагандируем здоровый образ жизни среди населения, участвуем в патриотических и благотворительных акциях. Я - медицинский работник и, как человек данной профессии, пример для окружающих. Пропагандируя здоровый образ жизни, я должна соответствовать, тому, о чем говорю, поэтому придерживаюсь здорового образа жизни и занимаюсь спортом. Ведь активный человек – счастливый человек. Моя жизнь интересна, динамична, все, как я когда-то мечтала.

Чего же я хочу в дальнейшем? Вопрос застал меня врасплох, я не строю грандиозных планов на всю свою жизнь, ведь она так непредсказуема. В нашей профессии я столкнулась с тем, что в один момент в жизни человека все может измениться, поэтому стоит жить здесь и сейчас. Попав в водоворот повседневной работы, я ощутила, что, несмотря на негатив, иногда исходящий от пациентов, я по-прежнему испытываю доброту и искренность к людям, ведь метод бумеранга никто не отменял: как ты относишься к людям в разных сферах жизни, так и в дальнейшем будут относиться к тебе. Немаловажная часть нашей профессии - это общение с пациентами, во время своей работы нужно правильно и квалифицированно поддержать человека, столкнувшегося один на один со своей болезнью. Пока моего личного опыта не хватает, думаю, профессия психолога мне не помешает, и я решила в этом году поступить на психолога.

Моя профессия учит меня ценить труд, как свой, так и окружающих, преодолевать жизненные и бытовые трудности. Коллектив стал для меня второй семьей и помогает мне расти профессионально. Я буду работать, постараюсь достичь вершин профессионального роста в своей профессии и верю в то, что у меня получится, ведь у меня такая поддержка.

Конечно, я проработала еще немного, но уверена, что профессии нужней и важней нет на земле. Быть нужной людям - не это ли настоящее счастье. Я горжусь своей профессией, и, наверное, неспроста моя младшая сестренка берет с меня пример и собирается поступать в медицинский колледж.

Я очень хочу, чтоб в далеком будущем в медицинских рядах были люди, которые всей душой любят медицину, обладают достаточными знаниями и отдают себя без остатка своей профессии. Примером такого служения людям я считаю Владимира Ильича, фельдшера в моём далеком селе, но я уверена, что такие примеры еще не раз встретятся на моем пути.

Пока моя энергия бьёт ключом, мне хочется объять необъятное. Нет ничего невозможного в нашей бурлящей жизни, я решила, стану доброй и заботливой медицинской сестрой, о которой будут говорить, что еще рождаются люди с огромным сердцем.

Я стремлюсь стать лучшей!

## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРОФИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ (ПРОЛЕЖНИ)**

**Крылова Е.И.**

*БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск*

**Актуальность.** Гигиеническое обучение — обязательный раздел деятельности каждого лечебно-профилактического учреждения, профессиональная обязанность каждого медицинско-



го работника, направленная на повышение эффективности лечебных и профилактических мероприятий путем улучшения уровня санитарной культуры пациента и привития ему необходимых навыков, мотивации.

Работа проводится путем интегрального подхода к гигиеническому воспитанию и использованию различных методов и средств обучения в соответствии с состоянием здоровья, интересами и уровнем образования пациента.

Одной из проводимых форм работы по гигиеническому обучению является проведение школы здоровья среди пациентов. Трофические нарушения в виде пролежней являются актуальной проблемой при реабилитации пациентов с нейродвигательными расстройствами, приводящие к увеличению периода восстановления, снижению качества и продолжительности жизни.

**Материалы и методы.** За анализируемый период (2018 год) приняли участие пациенты с трофическими нарушениями 252 (100%) пациента: 20 пациентов (8%) с риском развития пролежней (без нарушения целостности кожных покровов); 34 пациента (13%) с 1 стадией образования пролежней – эритема кожи, не исчезающая в течение 30 минут после перемены положения тела, эпидермис не нарушен; 21 пациент (8%) со 2 стадией образования пролежней – поверхностный дефект кожи (поражение эпидермиса, иногда с захватом дермы) может появляться в виде пузыря на фоне эритемы; 176 пациентов (70%) с 3 стадией образования пролежней – поражение (некроз) кожи на всю ее толщину. 1 пациент (1%) с 4 стадией образования пролежней – деструкция кожи и глубжележащих расположенных тканей до фасции, мышцы, кости или сустава.

Занятия школы здоровья проводились с учетом степени, уровня поражения нервной системы (головной мозг, спинной мозг), степени мобильности пациента (парезы, параличи), особенностей его ортопедических возможностей, типа кожи (ксероз-сухость), антропометрических особенностей (дефицит массы тела, избыточная масса тела), сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, заболевания периферических сосудов, анемия), поведенческих особенностей (питание, вредные привычки).

Участниками занятий были медицинские сестры, пациенты и их родственники. Занятия проводились в течение 30 минут в специально отведенном помещении, оснащенном телевизором, компьютером, папками с материалами занятий, используется иллюстрированный материал: наборы для памяток пациентов, буклеты, брошюры, плакаты, видеофильмы. По ходу изложения материала были даны ответы на возникающие у слушателей вопросы.

В ходе обучения были предложены следующие мероприятия по профилактике трофических нарушений и их осложнений: уход и гигиена, воздушные ванны, прием проветривания кожи, улучшение микровибрационного фона, приемы ослабления давления на кожу; осмотр (самоосмотр), использование ручных зеркал удлиненной ручкой при наличии кистевого захвата или настольных устойчивых зеркал; поддержание оптимальных параметров окружающей среды (проветривание, увлажнение воздуха, защита от солнечных лучей); лечебные консервативные мероприятия. Был собран анамнез предыдущей терапии, аллергологический. Все консервативные лечебные мероприятия направлены на достижение следующих ключевых моментов: улучшение трофики (кровоснабжения) тканей; очищение поверхности пролежней от некротических масс; заживление поверхности пролежней; лечебные хирургические мероприятия (некрэктомия, пересадка); физиотерапия (УЗ обработка раны, биоптрон, УВЧ, фонофорез, гальванические ток, дарсонваль, лазер, аппараты домашней аптечки с вибрационными насадками для улучшения микроциркуляции вокруг зоны интереса), локальный массаж.

Документирование является важной частью в проведении гигиенического обучения. С первого дня обследования пациентов на каждого пациента заводился и велся ежедневно «Протокол ведения больных. Пролежни». На первом и последнем занятии проводилось анкетирова-



ние, с его помощью оценивалось, насколько эффективно проводились занятия, получил ли пациент ту информацию, которую ожидал, каких результатов достигли при обучении, а также требуется ли коррекция обучающих моментов. Проведение устного тестирования показало, что уровень знаний и навыков повысился на 40%.

**Вывод.** По результатам исследования выявлено:

- У первой группы пациентов (с риском образования пролежней) пролежни не появились.
- У второй группы пациентов (с 1 стадией образования пролежней) пролежни перешли во вторую стадию только у 2 (0,7%) пациентов из 34.
- У третьей группы пациентов (со 2 стадией образования пролежней) у 16 (6%) пациентов наступило заживление, у 5 (2%) пациентов осталось в неизменном состоянии.
- У четвертой группы пациентов (с 3 стадией образования пролежней) края пролежня уменьшились в диаметре, уменьшилась глубина пролежня, нет образования пролежней в потенциальных местах образования пролежней 176 пациентов (70%).
- У пятой группы пациентов (с 4 стадией образования пролежней) 1 (1%) пациент, изменений не наблюдается из-за необходимости хирургического вмешательства.

Таким образом, школы здоровья повышают образовательный уровень пациентов, способствуют осознанному участию пациентов в лечебно-профилактическом процессе, улучшают качество их жизни, позволяют проводить профилактику заболеваний, уменьшают пребывание пациентов в стационаре, оплату больничных листов и снижают выполнение сложных и дорогостоящих исследований и операций.

## СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВИЛ ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ КАК ВАЖНЫЙ ЭТАП ДОСТИЖЕНИЯ ДОСТОВЕРНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ

**Кузюкова О.И., Киселева Г.А.**

*БУЗОО «Городская клиническая больница №1 им. Кабанова А.Н.», г. Омск*

За последние два десятилетия лабораторные исследования практически полностью перешли на использование автоматизированных систем, где используются вакуумные пробирки системы «вакутейнер», позволяющие получать качественные результаты анализов. Поскольку взятие крови с помощью вакутейнеров входит в обязанности сестринского персонала, возрастает роль медицинских сестер в процессе подготовки пациентов к лабораторным исследованиям и при выполнении манипуляций, обеспечивающих взятие и доставку биологического материала в лабораторию.

Кроме этого, повсеместная централизация лабораторных исследований часто способствует увеличению времени от назначения анализа до получения результата лечащим врачом. Потому необходимо уделять большое внимание соблюдению правил преаналитической подготовки для осуществления качественного лабораторного исследования биологических проб.

Проблема осложняется тем, что за организацию процесса исследования отвечает лаборатория, а выполняется большая часть преаналитического этапа вне лаборатории и включает в себя:

1. Заполнение бланка - заявки и маркировку пробирок на лабораторные исследования.
2. Подготовку пациента и медицинской сестры к сдаче анализов или сбору материала.



3. Взятие проб биоматериала.
4. Доставку проб биоматериала.

На каждом из этих этапов могут произойти ошибки, приводящие к искажению данных, получаемых на аналитической стадии. В результате пациенту может быть поставлен неправильный диагноз или назначено неверное лечение. Для того чтобы этого не произошло медицинская сестра должна четко и точно следовать назначениям врача-клинициста и отметить в заявке все назначенные лабораторные тесты. Этикетки, пробирки и сопровождающие их документы должны быть идентифицированы. Одна из наиболее частых ошибок преаналитического этапа - несоответствие фамилии на пробирке и бланке направления. Очень часто идентификация пациента затруднена, например, если он находится в бессознательном состоянии. Поэтому идентификацию пациента нужно проводить по имеющимся у него документам (паспорту, амбулаторной карте, истории болезни). На пробирке так же указывается отделение и порядковый номер.

Медицинская сестра должна информировать пациента о том, какие ему назначены лабораторные тесты и с какой целью. Объяснить пациенту, как ему нужно подготовиться к лабораторным исследованиям. Рассказать, что кровь сдается в утренние часы натощак (или в дневные и вечерние часы, спустя 4-5 часа после последнего приема пищи). За 1-2 дня до исследования необходимо исключить из рациона продукты с высоким содержанием жиров. Так же объяснить, что показатели крови могут существенно меняться в течение дня, поэтому рекомендуется все анализы сдавать в утренние часы. Накануне исследования (в течение 24 часов) исключить алкоголь, интенсивные физические нагрузки, прием лекарственных препаратов (по согласованию с врачом). За 1-2 часа до сдачи крови воздержаться от курения, не употреблять сок, чай, кофе, можно пить негазированную воду. Исключить физическое напряжение (бег, быстрый подъем по лестнице), эмоциональное возбуждение. За 15 минут до сдачи крови рекомендуется отдохнуть, успокоиться. Не следует сдавать кровь для лабораторного исследования сразу после физиотерапевтических процедур, инструментального обследования, рентгенологического и ультразвукового исследований, массажа и других медицинских процедур.

Существуют факторы, которые влияют на качество образцов крови: выбор места венепункции, обработка места венепункции, время наложения жгута, способ взятия крови из вены, порядок наполнения пробирок, соблюдение правил перемешивания проб, соблюдение условий хранения и транспортировки проб.

Оптимальное место для венепункции – срединная локтевая вена или срединная вена предплечья. Запрещается проведение венепункции в области с ожогами кожи, гематомой, и в месте проведения внутривенной инфузии.

Обрабатывать место венепункции необходимо 70% этиловым спиртом. После обработки кожи необходимо дождаться полного высыхания антисептика. Нельзя вытирать и обдуть место прокола, а также пальпировать вену после обработки кожи.

Жгут накладывается выше на 7-10 см от места венепункции, продолжительность наложения не должна быть более 1 минуты. Ослабить жгут необходимо сразу же после начала поступления крови в пробирку вакутейнера. Нельзя просить пациента поработать рукой, что считается грубой ошибкой, приводящей к значительному искажению биохимических показателей. Необходимо при заборе крови уделить внимание положению тела пациента, так как многие показатели крови существенно изменяются в зависимости от положения тела пациента – это может быть либо лежа, либо сидя.

При заборе пробы у пациента огромное значение имеет порядок смены пробирок. Если он будет нарушен, то может произойти контаминация крови реагентом из предыдущей пробирки.



ки. Последовательность взятия крови в различные вакуумные пробирки связана с исключительной чувствительностью коагулологических тестов. Потому существует определенная последовательность наполнения пробирок кровью:

1. Пробирки для коагулологического исследования (с голубой крышкой).
2. Пробирки для биохимических исследований (с красной крышкой).
3. Пробирки для гематологических исследований (с фиолетовой крышкой).
4. Пробирка для исследования на глюкозу (с серой крышкой).

Преаналитическая ошибка на этапе взятия крови из вены может возникнуть из-за несоблюдения правил перемешивания биологического образца с реагентом. При недостаточном перемешивании пробы это приведет к искажению результатов исследований, образованию сгустков, снижению количества тромбоцитов, эритроцитов, гемоглобина, гематокрита (что очень критично при гематологических исследованиях). Микросгустки очень сложно увидеть невооружённым взглядом, но они могут засорить гематологические анализаторы, произойдет сбой в работе. При слишком тщательном, резком перемешивании пробы может возникнуть гемолиз. Если исследовать гемолизованную пробу результаты будут неправильными, особенно биохимические и ИФА-исследования, так как эти виды исследований основаны чаще всего на измерении оптической плотности аналита.

На всех пробирках есть метка, до которой необходимо набирать кровь. Вакуум в пробирке позволяет набрать именно нужное количество крови. Количество реагента-наполнителя четко рассчитано на определенное количество крови и, если нарушить это соотношение, то возникнет искажение результатов лабораторных исследований. Нельзя использовать при взятии крови обычный шприц, а затем прокалывать пробку и переливать кровь в пробирку. При этом происходит разрушение клеточных элементов, наступает гемолиз, а также медицинские сестры подвергают себя опасности заражения инфекциями.

До момента использования пробирки для взятия крови должны храниться и транспортироваться при комнатной температуре. Оптимальная температура хранения +4...+25°C. Необходимо избегать воздействия прямого солнечного света, особенно при высоких температурах (выше +25 °C), избегать складирования возле отопительных приборов. При транспортировке избегать температуры ниже -15 °C и выше +40 °C. Если пробирки хранились ниже 0 °C, то перед использованием их необходимо выдержать при комнатной температуре в течение как минимум 48 часов.

Транспортировать пробирки с анализами крови в лабораторию следует в специальных контейнерах с крышками, подвергающихся дезинфекции. Пробирки при доставке должны располагаться вертикально, вверх крышками, что способствует сохранности проб и ускорению образования сгустка при получении сыворотки, уменьшает встряхивание при транспортировке и опасность возникновения гемолиза. При транспортировке проб в лабораторию нужно учитывать не только временной фактор, но и стабильность отдельных аналитов. Нельзя, чтобы на пробирки с кровью попадал прямой солнечный свет, это приведет к разрушению билирубина, снижению концентрации рибофлавина, ретинола, токоферола и некоторых других витаминов. Полученная биологическая жидкость должна быть доставлена в лабораторию как можно быстрее. При необходимости определения глюкозы и показателей кислотно-основного состояния кровь должна быть доставлена в лабораторию немедленно. Оптимальное время исследования крови – от 1 до 4 часов после взятия. Нежелательно исследовать кровь позднее 8 часов после взятия: снижается объём лейкоцитов, повышается объём эритроцитов. При необходимости проведения отсроченного анализа, пробы венозной крови хранят в холодильнике при температуре от 4 °C до 8 °C и исследуют в течение 24 часов.



При приеме пробирок в лабораторию существуют определённые критерии оценки качества взятых проб крови:

- отсутствие маркировки на пробирках, перепутывание направлений на анализы;
- несоответствие биоматериала указанному в направлении;
- несоответствие объема собранной крови количеству добавленного антикоагулянта;
- неправильное хранение биоматериала;
- неправильная и несвоевременная транспортировка биоматериала.

Сестринскому персоналу необходимо помнить, что качество биологического материала, доставленного на лабораторные исследования, напрямую связано с достоверностью результатов анализов и, следовательно, с безопасностью пациентов!

Литература:

1. Кишкун, А.А. Современные технологии повышения качества клинической лабораторной диагностики - М.: РАМЛД, 2005. - С. 134-155.
2. Справочник заведующего КДЛ: информ.-аналит. журнал/учредитель ООО КФЦ «Акцион». - М.: ООО ПО «Периодика». - 2018, № 5. - 7500 экз. - С. 12-15.

## **ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КАК МЕТОД РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Лаптева О.Н., Минасян Ш.С.**

*БУЗОО «Городская больница № 3», г. Омск*

Профилактика хронических неинфекционных заболеваний — это система работы медицинской организации, заключающаяся в активном наблюдении за здоровьем населения. В современной медицине основой профилактики хронических заболеваний является диспансеризация, которая проводится с 2013 года.

Начиная с 2018 года, диспансеризация определенных групп взрослого населения проводится на основании Приказа МЗ РФ от 26.10.2017 года № 869н.

Диспансеризация проводится в целях:

- раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ, и факторов риска их развития.
- определения групп здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития, а также для здоровых граждан.
- проведения профилактического консультирования.
- определения группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными неинфекционными заболеваниями.

Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года, представляет собой комплекс мероприятий, проводимых в 2 этапа. Первый этап диспансеризации направлен на выявление факторов риска возникновения хронических неинфекционных заболеваний и включает в себя:



- опрос (анкетирование) с указанием личного анамнеза, курения, потребления алкоголя, наркотических средств, психотропных веществ, характере питания, физической активности;
- антропометрию (измерение роста, массы тела, окружности талии, расчет ИМТ);
- измерение артериального давления;
- измерение внутриглазного давления (для граждан старше 60 лет);
- определение холестерина и глюкозы в крови;
- ЭКГ;
- осмотр акушерки для женщин с забором материала на цитологическое исследование;
- флюорографическое обследование;
- маммография (женщинам 40 лет и старше);
- исследование кала на скрытую кровь (для лиц старше 51 года);
- ПСА для мужчин;
- осмотр врача-терапевта с определением факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний по шкале SCORE.

Если по результатам 1 этапа выявляются факторы риска возникновения хронического неинфекционного заболевания, то пациент направляется на 2 этап диспансеризации. 2 этап диспансеризации проводится с целью дообследования и уточнения диагноза. Включает в себя: дополнительные методы исследования, осмотр узких специалистов, индивидуальное углубленное профилактическое консультирование, определение группы здоровья и диспансерного наблюдения.

В процессе проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения за 2018 год в БУЗОО "Городская больница № 3" выявлены следующие факторы риска:

- повышенное артериальное давление - 4146 случаев;
- повышенный уровень холестерина крови - 3287 случаев;
- патология молочной железы, обнаруженных при маммографическом обследовании - 58 случаев;
- повышенный уровень ПСА - 36 случаев;
- повышенный уровень глюкозы крови - 170 случаев;
- курение табака - 1236 случая;
- нерациональное питание - 5369 случаев;
- низкая физическая активность - 7284 случая;
- избыточная масса тела - 3245 случаев.

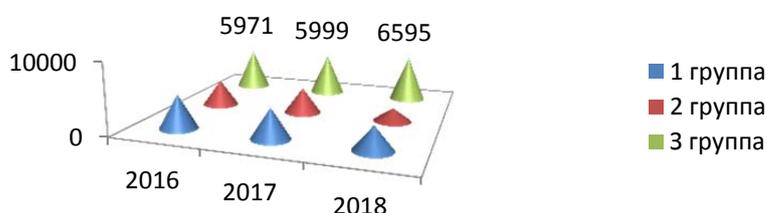


Рис. 1 - Распределение на группы состояния здоровья

Согласно результатам диспансеризации определенных групп взрослого населения, по итогам 2018 года у 56% определена 3 группа здоровья, пациенты взяты на диспансерный учет.



Рис. 2 - Структура выявленных заболеваний по итогам диспансеризации

Сердечно-сосудистые заболевания занимают лидирующее место среди выявленных при проведении диспансеризации. Из них большинство составляют граждане, имеющие артериальную гипертонию.

Причинами возникновения хронических заболеваний чаще всего является неправильный образ жизни: курение, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела, прием алкоголя.

Самым актуальным методом профилактики факторов риска является пропаганда здорового образа жизни. Для повышения уровня знаний и информированности населения постоянно проводятся акции, приуроченные к Всемирным дням здоровья. Разрабатываются памятки, буклеты, листовки для распространения среди граждан.

Диспансеризация населения - один из методов профилактики заболеваний, направленный на сохранение здоровья населения, своевременное предупреждение развития заболеваний, повышение качества жизни населения.

**Кто может пройти ежегодную диспансеризацию?** Диспансеризацию, проводимую ежегодно, вне зависимости от возраста, могут пройти инвалиды Великой Отечественной войны и инвалиды боевых действий, участники Великой Отечественной войны, ставшие инвалидами по общему заболеванию, лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда», бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания.

**Можно ли отказаться от диспансеризации?** Необходимым предварительным условием проведения диспансеризации является дача информированного добровольного согласия гражданина (его законного представителя) на медицинское вмешательство. Гражданин вправе отказаться от проведения диспансеризации в целом, либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации.

Диспансеризация ориентирована на ведение здорового образа жизни, формирование рационального отношения пациента к своему здоровью и снижение неблагоприятного влияния факторов риска.

Регулярное прохождение диспансеризации необходимо вне зависимости от самочувствия, даже если человек считает себя здоровым. Диспансеризация позволит сохранить здоровье, а при необходимости, своевременно провести дополнительное обследование и лечение.

Литература:

1. Закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».



2. Приказ МЗ РФ от 21.12.2012 года № 1344Н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения».
3. Приказ МЗ РФ от 26 октября 2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 21 июня 2006 г. N 490 «Об организации деятельности медицинской сестры участковой»
5. Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник для вузов. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.
6. Досицкий, И. Диспансеризация – общее дело врачей и медсестер / И. Досицкий // Медицинский вестник. - 2009. - 12 марта. - С.15.

## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМ, ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Ларионова Н.П.

БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск

**Актуальность.** Хронический невропатический болевой синдром часто встречается при заболеваниях нервной системы (миелопатии, радикулопатии), нарушает качество жизни, вызывает депрессии, снижает качество реабилитационных мероприятий и затягивает сроки лечения. В нашем отделении проводится три школы здоровья в виде бесед с пациентами, просмотра видео презентаций, посещения обучающих мастер-классов, тренировок ауторелаксации по профилактике хронического невропатического болевого синдрома, просмотр брошюр.

**Материалы и методы.** В 2018 году в неврологическом реабилитационном отделении в школе здоровья проводилось 3 занятия по 30 минут: «Применение лечебной физкультуры для укрепления мышечного корсета», «Соблюдение ортопедического режима и правильное применение ортопедических средств», «Обучение своевременному и правильному купированию боли, приемам ауторелаксации, разгрузки и самомассажу». Общее количество пациентов, принявших участие, составило 124. Среди них 81 (65%) мужчин, 43 (35%) женщин.

Пациенты были поделены на 3 группы:

- 1 группа - с хроническим невропатическим болевым синдромом, которые были подвергнуты оперативному лечению, состояла из 51 (41%) пациента
- 2 группа - с хроническим невропатическим болевым синдромом, которым проводилось только консервативное лечение, состояла из 42 (34%) пациентов.
- 3 группа – пациенты без оперативного вмешательства, с хроническим стойким болевым синдромом с медикаментозным злоупотреблением анальгетиками, 31 (25%) пациент.

Всем пациентам была составлена индивидуальная реабилитационная программа, включая: медикаментозное лечение, в том числе адъювантную терапию болевого синдрома, лечебную физкультуру, массаж, физиолечение, локальную медикаментозную терапию стероидными гормонами, психотерапию, гигиеническое обучение.

В конце курса лечения проводились методы оценки эффективности с помощью оценки психоневрологического статуса, анкетирования пациентов при помощи госпитальной шкалы «Тревоги и Депрессии», ВАШ, статистических данных.



**Вывод.** Благодаря проведенным профилактическим занятиям и методам лечения, направленным на коррекцию болевого поведения при хроническом, невропатическом болевом синдроме, выявлены следующие изменения:

- в 1 группе из 51 пациента: у 27 (53%) уменьшился болевой синдром, стабилизировалось эмоциональное состояние, у 16 (31%) наблюдалось незначительное уменьшение болевого синдрома, у 8 (16%) болевой синдром сохранялся;
- во 2 группе из 42 пациентов: у 29 (69%) наблюдалось значительное уменьшение болевого синдрома, стабилизация эмоционального состояния; у 11 (26%) наблюдались уменьшение болевого синдрома, но не была достигнута стабилизация эмоционального состояния, у 2 (5%) без видимого эффекта;
- в 3 группе из 31 пациента: 23 (75%) отказались от приёма анальгетиков, научились купировать боль с помощью приёмов ауторелаксации, разгрузки и соблюдением ортопедического режима, так же достигли эмоциональной стабильности; 6 (19%) отказались от приёма анальгетиков, научились купировать боль с помощью приёмов ауторелаксации, разгрузки и соблюдением ортопедического режима, полноценной эмоциональной стабильности достичь не удалось; у 2 (6%) пациентов уменьшился болевой синдром, но эпизодический приём анальгетиков сохранялся.

Из вышесказанного, мы видим, что школа здоровья имеет большое значение в профилактике болевого синдрома при неврологических заболеваниях.

## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ КАРДИОЛОГИИ СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА БУЗОО «ОКБ»**

**Линдт С.С.**

*БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск*

«Все выше и выше ...» - кажется, гипертония сделала своим девизом слова этой песни, но любой из нас в силах защититься от повышенного давления, хорошо представляя себе его разрушительное действие на жизненно важные органы, «органы мишени» - головной мозг, сердце, почки, периферические сосуды, сосуды головного мозга.

Отделение кардиологии в течение 7 лет работает как отделение регионального сосудистого центра. В отделение поступают пациенты не только в плановом порядке, но и по неотложной помощи. Пациентам проводят различные обследования, такие как коронарография, ЭхоКГ, КТ, ЭКГ и т.д. За год поступает с артериальной гипертензией, примерно, 60-70 пациентов в возрасте от 30 до 70 лет, которые обучаются в школе артериальной гипертензии.

Занятия проводятся в специально оборудованном кабинете, оснащённом телевизором, видеомagneтофоном, компьютером, методическими материалами, набором памяток и буклетов, брошюр, плакатов, видеофильмов. Занятия проводят врачи и медицинские сестры, которые прошли специальную подготовку в учебно-методическом центре больницы, прослушали цикл лекций в Центре повышения квалификации работников здравоохранения.

Обучение пациентов – долгосрочная программа, благодаря которой изменяется образ жизни, поэтому необходимо, чтобы пациент был союзником в лечении гипертонии.



В ходе практических занятий медицинская сестра объясняет важность точного измерения артериального давления, демонстрирует технику правильного его измерения, просит пациентов проделать ту же процедуру, контролируя их действия. Обучает вести дневники, в которых пациенты фиксируют результаты измерения АД, пульса, показатели жизненно важных органов и систем, результаты анализов, прием медикаментов, свои жалобы и наблюдения.

Целями школы АГ является:

- повышение информированности пациентов с АГ о заболевании и факторах риска (ФР) его развития, обострений и осложнений;
- повышение ответственности пациента за сохранение своего здоровья;
- информирование пациента об особенностях питания при АГ;
- формирование у пациентов умений и навыков самоконтроля, измерению артериального давления, самопомощи при неотложных состояниях, умение коррекции основных поведенческих факторов риска;
- формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих ФР (рациональное питание, двигательная активность, управление стрессом, отказ от вредных привычек).

Важная роль в проведении занятий принадлежит медицинским сестрам, которые не только обучают пациентов и формируют у них мотивацию, пробуждают осознанный интерес к управлению своим заболеванием, но и планируют, и создают соответствующие обучающие ситуации, в которых пациент получает доступ к информации, возможность обсудить и поделиться знаниями, проверить свои навыки. Медицинская сестра, участвующая в работе школ здоровья, должна иметь более углубленную подготовку, сочетающую знания клинических особенностей, психического состояния пациентов, вопросов адаптации пациентов с АГ и профилактические мероприятия, должна быть психологом и обладать педагогическими навыками, уметь найти индивидуальный подход к пациенту, обеспечить высокую степень вовлечения их в учебный процесс.

Медицинская сестра во время пребывания пациента в стационаре должна правильно построить отношения с каждым пациентом, учитывая его личные качества и состояние здоровья, правильно и своевременно оценивать изменение состояния и обеспечить адекватное лечение, и профилактику осложнений, дать рекомендации пациентам и их родственникам о целесообразности четкого выполнения назначений врача и профилактических мероприятий.

По окончании занятий школы пациент получает знания о симптомах проявления обострений заболевания; факторах, определяющих индивидуальный риск развития осложнений; средствах доврачебной помощи. Будет уметь самостоятельно контролировать необходимые измерения жизненно важных функций (АД, пульс, сахар крови и др.); вести дневник контроля; оказывать первую помощь при неотложных ситуациях; проводить самооценку индивидуальных факторов, влияющих на течение заболевания, и выделять приоритеты по их устранению; выбирать наиболее рациональный путь и строить индивидуальный план оздоровления - соблюдать принципы рационального питания; избавиться от вредных привычек; повышать физическую активность; избавиться от избыточного веса; противостоять стрессовым ситуациям; строго следовать всем советам врача.

Работа школы АГ - необходимое и важное условие для повышения лечебно-диагностического процесса в отделении кардиологии. Важным направлением школы для пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы является борьба с факторами риска развития и прогрессирования заболеваний, а также формирование здорового образа жизни. Все это способствует адаптации пациента к новой жизненной ситуации



## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В АСТМА-ШКОЛЕ

**Локтионова Т.А.**

*БУЗОО «Областная детская клиническая больница» г.Омск*

Бронхиальная астма – это хроническое неинфекционное заболевание дыхательных путей воспалительного характера.

За последние два десятилетия заболеваемость бронхиальной астмой (БА) выросла, и на сегодняшний день в мире около 300 миллионов астматиков. Это одно из самых распространенных хронических заболеваний, которому подвержены все люди, вне зависимости от пола и возраста. Постоянный контроль своего состояния позволяет пациентам полностью предотвратить наступление приступов удушья, снизить или исключить прием препаратов для купирования приступов, а также вести активный образ жизни.

Для успешного лечения бронхиальной астмы необходимо сочетание двух основных факторов: правильно и своевременно назначенного лечения и осознанного, активного отношения пациента к своей болезни. Грамотные и своевременные рекомендации по лечению не изменят течения заболевания, если пациент играет пассивную роль. Астма-школа научит медицински грамотно и активно участвовать в собственном лечении. Цель обучения - обеспечение больного астмой необходимой информацией, отработка навыков самоконтроля и способности регулировать свое лечение в соответствии с планом, разработанным врачом.

Сестринский персонал играет одну из важнейших ролей в организации работы школы бронхиальной астмы. Старшая сестра пульмонологического отделения берёт на себя все общие организационные вопросы в работе школы, а специально обученная медсестра проводит занятия и заполняет всю предусмотренную документацию.

Деятельность медицинской сестры школы заключается в следующем:

- пропаганда здорового образа жизни среди населения;
- оказание пациентам моральной поддержки в процессе обучения;
- контроль посещаемости занятий и убеждение пациента в пользе этого;
- организация лекций, подготовка наглядного материала в пределах своей компетенции;
- подготовка документации (годовой отчетности о работе школы, количестве проведенных занятий и обученных пациентов и прочем; журналов посещаемости и т. д.);
- анкетирование пациентов в начале обучения и по окончании цикла занятия;
- проведение анализа качества жизни пациентов на основании полученных данных.

На занятиях проводятся презентации с использованием плакатов, муляжей и пр. Для закрепления знаний демонстрируются обучающие мультимедиа материалы.

В начале и по окончании цикла занятий медсестра проводит анкетирование пациентов с целью выяснения их информированности о своем заболевании и определения степени усвоения материала соответственно.

Цели медицинской сестры в астма-школе:

1. Научить слушателей пользоваться пикфлоуметром, дозированным ингалятором и спейсером.
2. Научить осуществлять полноценный контроль бронхиальной астмы, используя график пикфлоуметрии.
3. Научить разграничивать зоны контроля.

Общепринятым считается разграничение на 3 зоны, в соответствии с цветами светофора: зеленая, желтая и красная зона.



Зеленая зона: показатели ПСВ более 80% от лучших значений. При этом самочувствие хорошее. Рекомендация: использовать свое обычное лечение.

Желтая зона: усиление одышки, появление ночных приступов удушья, увеличение потребности в использовании бронхорасширяющих средств, усиление одышки при небольших физических нагрузках. ПСВ - 60-80% от лучшего значения. Рекомендация: удвоить дозу базисного препарата. Необходимо проконсультироваться с врачом.

Красная зона: выраженная одышка, в том числе при обычной физической нагрузке. Каждую ночь приступы удушья. Резко возрастает кратность применения бронхорасширяющих средств. ПСВ - 40-60%, чаще ниже 50% от лучших значений. Рекомендация: нужна срочная консультация врача, вызвать скорую помощь. Следовать этой схеме рекомендуется после согласования с пульмонологом.

На занятиях подчеркивается, что основным принципом поведения больного при обострении бронхиальной астмы является усиление базисного лечения и обязательное внимательное наблюдение за своим состоянием для того, чтобы вовремя распознать угрожающую жизни ситуацию:

1. Научить правильно пользоваться дозированным ингалятором.
2. Обучить правильной технике дыхания.
3. Дать рекомендации касательно диетического питания. Медсестра должна побеседовать с пациентом на тему питания при бронхиальной астме, рассказать ему, какую роль в ухудшении его состояния может сыграть употребление продуктов, являющихся аллергенами.
4. Научить купировать приступы удушья.

Роль медицинской сестры – объяснить больному, что именно от его поведения во многом зависит то, как быстро и успешно его состояние стабилизируется. Она должна объяснить ему необходимость взять себя в руки, научить, каким образом он может помочь себе сам (расстегнуть воротник, обеспечить себе доступ свежего воздуха, расслабиться, принять правильную позу):

1. Научить, как вести себя после приступа.
2. Постоянно подчеркивать необходимость выполнения врачебных рекомендаций.
3. Рассказать о причинах обострения астмы:
  - Контакт с аллергеном вызывает приступ астмы (контакт с кошкой в гостях, приезд в сельский дом и т.д.).
  - Инфекция вирусная или бактериальная.
  - Снижение дозы гормональных ингаляционных препаратов или их самовольная отмена при хорошем самочувствии.
  - Неадекватно подобранная терапия.
  - Физическая нагрузка.
  - Смена климата.
  - Прием лекарственных средств (НПВС, антибиотики).
  - Нервный стресс.

Таблица 1. Количественные показатели работы астма-школы

Год	Количество поведенных астма-школ	Количество человек, прошедших обучение
2017 год	316	211
2018 год	202	136



Вывод: из данной таблицы следует, что обучение пациентов с бронхиальной астмой является важным направлением в лечении этой патологии, приводит к повышению уровня знаний пациентов о своем заболевании, снижению числа госпитализаций.

Таким образом, можно с уверенностью заявить, что сестринский персонал играет одну из важнейших ролей в организации работы школы бронхиальной астмы, обеспечивает высокую эффективность обучения больных.

Роль медицинской сестры в астма-школе - постоянно повышать уровень образованности пациентов, что в свою очередь улучшает качество жизни пациентов с бронхиальной астмой. Обучающие программы имеют высокую значимость в улучшении субъективного восприятия больными состояния своего здоровья.

Литература:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон Российской Федерации от 30.03.99 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
3. Федеральный закон Российской Федерации от 2.01.00 г. № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов».
4. Федеральный закон Российской Федерации от 10.07.01 № 87-ФЗ «Об ограничении курения табака».
5. Федеральный закон Российской Федерации от 10.01.02 № 7-ФЗ « Об охране окружающей среды».
6. Доклад Министерства здравоохранения Омской области «О состоянии здоровья населения и организации здравоохранения Омской области по итогам деятельности за 2014 год». Режим доступа к докладу. URL: <http://mzdr.omskportal.ru/> (дата обращения: 01.01.2016)
7. Агаджанян, Н.А. Основы физиологии человека. Учебник. – М.: Медицина, 2015.
8. Воробьева, Н.С. Справочник врача общей практики. В 2-х томах. / Под ред. Воробьева Н.С. – М.: Эксмо, 2015.
9. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура: Учебное пособие. / А.В. Епифанова. – М.: ГЭОТАР МЕД, 2013.
10. Клячкин, Л.М. Кинезотерапия в пульмонологии // Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Учебное пособие. – М., 2015.
11. Обструкция дыхательных путей 2018 [Интернет-ресурс]. – Режим доступа: <http://yadishu.com>.
12. Опасный синдром: обструкция и ее клинические проявления 2016 [Интернет-ресурс]. – Режим доступа: <http://prolegkie.ru>.



## ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ «БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА». ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ НЕБУЛАЙЗЕРА

Луценко М.Н.

БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск

Бронхиальная астма — это болезнь, которая длится не один год. На протяжении всей жизни пациенты чаще или реже, но регулярно сталкиваются с периодами ремиссий и обострений. Общая задача школы здоровья — обучить группу пациентов контролировать свое самочувствие и научить их не допускать частых рецидивов. Одной из самых прогрессивных форм учебы являются групповые занятия. Все уроки в школах проводят пульмонологи, аллергологи, а также квалифицированные и опытные медицинские сестры. Школа бронхиальной астмы удобна тем, что она организована на базе больницы, где пациенты находятся на стационарном лечении. Врачи выбирают группу пациентов, которые, по их мнению, наиболее нуждаются в прохождении обучающего курса. Важная и главная цель обучения — чтобы группа пациентов узнала о болезни как можно больше, научилась с ней полноценно жить и справляться с приступами без помощи медицинских работников.

Самые важнейшие задачи школы:

- профилактика и предупреждение прогрессирования бронхиальной астмы и приступов болезни;
- умение пациентов определять степень тяжести своего заболевания;
- получение информации о первых симптомах астматического удушья;
- научить пациентов всем доступным способам быстрого купирования приступа;
- информирование пациентов о новых методах лечения бронхиальных проблем и новых эффективных медикаментах. Обсуждение с пациентами эффективной медикаментозной и немедикаментозной терапии и возможных побочных эффектах лечения;
- информирование о факторах риска осложнений, прежде всего отказа от пагубных привычек, таких как курение и злоупотребление алкоголем.

Кроме того, одна из важнейших задач занятий — это формирование стойких доверительных и ответственных отношений между пациентом и медицинской сестрой. Следует понимать, что они оба несут одинаковую ответственность за решение проблем, возникающих во время болезни. Ведь часто ситуация складывается таким образом, что пациент и его близкие в минуты обострения болезни сами должны действовать своевременно и грамотно. Очень важно научить пациента правильно и регулярно пользоваться небулайзером. Медицинской сестрой в школе бронхиальной астмы проводятся мастер-классы для пациентов по правильному применению ингаляционной терапии при помощи небулайзера. Основные виды небулайзеров - это компрессорные и ультразвуковые и мембранные.

Наиболее используемый - **компрессорный ингалятор**. Его преимущества: использование любых лекарственных препаратов, большой выбор моделей. Недостатки: повышенный уровень шума, громоздкость.

В комплект входит компрессор, небулайзерная камера: ингаляционный насадки: загубник, маска для взрослых, маска для детей, насадка для носа; заглушка; крышка небулайзерной камеры; отбойник (распылитель); резервуар для лекарственных средств.

Использование небулайзера проходит в два этапа: подготовка к работе прибора и проведение процедуры. При ингаляции необходимо применять только те лекарственные средства, что назначены врачом, запрещено курить на протяжении 3-х часов до и после ингаляции.



1. Перед началом работы компрессора убедиться, что выключатель питания выключен.
2. Извлечь загубник и заглушку из комплекта небулайзера.
3. Снять крышку небулайзерной камеры с резервуара для лекарственных средств, повернув ее против часовой стрелки.
4. Снять отбойник (распылитель) с резервуара.
5. Залить необходимое количество прописанного врачом лекарственного средства (максимальное количество 7 мл).
6. Вставить отбойник (распылитель) в резервуар.
7. Надеть крышку.
8. Присоединить нужную ингаляционную насадку.
9. Закрепить заглушку.
10. Присоединить воздушную трубку (небулайзер держать вертикально, чтобы не пролить лекарственное средство).
11. Включить компрессор.
12. Убедиться, что образуется аэрозоль.
13. Выключить компрессор.
14. Взять загубник в рот. Включить компрессор.
15. Во время ингаляции пациент сидит прямо, расслабившись.
16. Провести ингаляцию ровно дыша через рот. Можно выдыхать спокойно через загубник.
17. При ингаляции небулайзер держать вертикально.
18. При работе компрессора не перекрывать вентиляционные отверстия, и не оставлять компрессор включенным долгое время, это может привести к его перегреву.
19. После завершения сеанса выключить питание. Убедиться, что в воздушной трубке нет конденсата (если есть влага, присоединить воздушную трубку к переходнику компрессора, отсоединить от небулайзера, включить компрессор, просушить воздушную трубку до удаления жидкости).
20. Очистка: разобрать небулайзерную камеру, удалить все остатки лекарственного средства из резервуара, промыть все составные части небулайзерной камеры в теплой воде с использованием мягкого моющего средства, после чего промыть под струей горячей воды, составные части небулайзера оставить до полного высыхания на чистой тканевой салфетке.

Дезинфекция проводится ежедневно после последнего сеанса лечения. Можно использовать дезинфицирующее средство, полностью погружая составные части небулайзера, согласно инструкции, после тщательно промыть и просушить. Так же допускается кипячение деталей в течение 15-20 минут (кроме лицевых масок).

Хранить небулайзер в собранном виде в закрытом шкафу, обернув тканевой салфеткой.

**Ультразвуковой ингалятор:** преимущества: компактность, бесшумность, большой объем камеры. Недостатки: большой остаточный объем, разрушение некоторых препаратов (суспензий) под действием ультразвуковой волны).

Порядок работы.

1. Налить в камеру ингалятора прокипяченную воду до верхней риски на камере.
2. Погрузить в чашу для лекарственного вещества.
3. Налить в чашу лекарственное вещество объемом от 2 до 4 мл.
4. Установить крышку на камеру, вставить в нее соединитель.
5. Выбрать насадку.
6. Включить ингалятор. Рекомендуемый режим работы не более 20 мин.



Важно помнить: не включать ингалятор без налитой в камеру воды, для лекарственного вещества использовать только чашу, заливка непосредственно в камеру ингалятора приведет к поломке.

Очистка: все съемные элементы промыть горячей водой. Внутренняя поверхность камеры и чаши обработать спиртовым раствором с помощью марлевого тампона.

**Мембранные небулайзеры:** преимущества: портативность, бесшумность, проведение ингаляций лежа. Недостатки: высокая цена, возможность засорения.

Порядок работы:

1. Открыть крышку ингалятора.
2. Снять резервуар.
3. Открыть крышку резервуара.
4. Налить лекарственное вещество (2-7 мл).
5. Закрыть крышку резервуара.
6. Присоединить резервуар к ингалятору.
7. Установить соединитель.
8. Выбрать ингаляционную насадку.
9. Включить ингалятор.
10. Убедиться, что образуется аэрозоль.
11. Взять загубник в рот.
12. Провести ингаляцию в течение 10-15 мин. (пока выделяется аэрозоль). Некоторые модели отключаются сами, при окончании лекарственного вещества.

Очистка аппарата: открыть заднюю крышку резервуара, слить остатки лекарственного вещества, все съемные детали промыть под горячей водой, просушить.

Школа здоровья для пациентов с бронхиальной астмой дает полезные знания и обучает навыкам профилактики приступов, дает надежду, что человек никогда не останется один на один со своими проблемами. Рядом с ним находятся медицинские сестры, которые объединили свои силы с одной целью — избавить их от тяжелой симптоматики болезни и улучшить качество их жизни.

## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ МИОПИИ

**Лысик С.В., Иванова О.И.**

*БУЗОО "Городская больница № 3", г. Омск*

Миопия (близорукость) - это дефект зрения, при котором человек вблизи видит хорошо, а вдали плохо. Для решения этой проблемы можно пользоваться очками или контактными линзами с отрицательными значениями оптической силы.

По данным ВОЗ, на данный момент около 1 миллиарда людей в мире носят очки или контактные линзы. Причины этого - в особенностях образа жизни современного человека, в не всегда правильном отношении к здоровью собственных глаз.

Роль медицинской сестры в профилактике миопии заключается в профилактических беседах, разъяснении населению о мерах профилактики по снижению зрительных нагрузок во



время работы, что способствует замедлению прогрессирования миопии. Беседы о важности правильного питания и образа жизни.

Профилактикой миопии являются несложные правила - следить за общим состоянием организма, чаще бывать на свежем воздухе, высыпаться и конечно заботиться непосредственно о зрении. Наиболее часто с проблемами, возникающими ввиду несоблюдения режима зрительной работы - усталостью глаз, головными болями, выраженным дискомфортом в глазах сталкиваются люди, подолгу работающие за компьютером или со смартфоном. Подобные состояния объединяются под общим названием "компьютерный синдром".

Одно из необходимых условий для нормальной зрительной работы - это хорошее и, главное, правильно подобранное освещение. Очень важно помнить, что свет на рабочем столе, должен быть установлен таким образом, чтобы это было комфортно для ваших глаз. Он должен быть не слишком ярким, не ослеплял вас, но и не слишком темным, чтобы в процессе работы глаза не испытывали чрезмерного перенапряжения. Желательно равномерное освещение, исключая дискомфорт при переводе взгляда от более яркого предмета к более темному. Наиболее целесообразно совмещение местного и общего света, т.к. при использовании только локального освещения оно не может дать необходимую равномерность. Если вы работаете в офисе, то следует использовать смешанное освещение - дневное и искусственное. Кроме того, постарайтесь исключить из поля зрения во время работы различные бликующие или отражающие поверхности.

Во время езды в транспорте из-за неровностей дороги, а также при чтении лежа под влиянием дыхания, сердцебиения, дрожания рук книга, журнал и глаза читающего находятся в постоянном движении друг относительно друга. В результате глазу приходится постоянно подстраиваться, чтобы объект наблюдения все время находился в фокусе максимального различения, что приводит к быстрому переутомлению зрительной системы, а при длительности - спазму аккомодации. Расстояние до книги, журнала, газеты должно быть не менее 30-40 см. С учетом образа жизни современного человека, все вышесказанное в равной степени относится к соблюдению правильного режима чтения с экранов различных мобильных устройств - смартфонов, планшетов и т.д.

В развитии миопии играют роль многие факторы риска. На некоторые из них можно повлиять, на другие нельзя. Те, на которые можно повлиять, называются устранимыми, на которые не получается, неустранимыми. К неустранимым факторам риска относится наследственность. К устранимым факторам риска относятся:

1. Ослабление организма в результате неправильного питания, переутомления, ряда заболеваний, таких, как:

- нарушение опорно-двигательной системы (плоскостопие, сколиоз и т.д.);
- аллергические и инфекционные заболевания: корь, скарлатина, дифтерия;
- туберкулез, инфекционный гепатит и прочие;
- родовые травмы;
- травмы головного мозга;
- заболевания носоглотки и полости рта (тонзиллит, гайморит, аденоиды );
- рахит;
- общее снижение иммунитета.

2. Неблагоприятные условия зрительной работы:

- чрезмерная нагрузка на глаза, перенапряжения глаз;
- чтение в движущемся транспорте, темноте, в лежачем положении, многочасовое сидение за компьютером, телевизором;



- недостаточное освещение;
- неправильная посадка во время чтения, письма.

Исходя из вышеуказанного, комплексная профилактика миопии включает:

1. Умеренные зрительные нагрузки, ЛФК.
2. Зарядка для глаз.
3. Правильное распределение рабочего времени.
4. Сбалансированное питание.
5. Профилактические осмотры офтальмолога.

Немаловажную роль в течении болезни играет гимнастика для глаз при миопии. Регулярные упражнения для восстановления зрения способны улучшить прогрессивность любого глазного заболевания. Упражнения выполняют следующие функции:

1. Улучшение самочувствия.
2. Снятие усталости глаз.
4. Профилактика многих болезней глаз.
5. Замедляют старение организма.
6. Улучшение зрения.

Какие упражнения можно делать при миопии:

- Медленно рисуем взглядом восьмерки, стараясь делать максимальную амплитуду. Сделать 6 повторов.
- Глядя вперед, выставить прямую руку с поднятым пальцем напротив глаз. Двигая конечность вправо, туда же перемещать взгляд, не поворачивая головы. Потом повторить другой рукой. Голова зафиксирована, двигаются только глаза. Сделать 6 повторов.
- Поставить палец в 30 см от лица, выбрать точку вдаль на том же уровне. Смотрите на палец. Затем начинайте переводить взгляд на удаленную точку и назад 12-15 раз, фиксируя взгляд на 5 секунд на обоих предметах. Голова остается неподвижной.
- Стоя и глядя вперед, медленно вертеть головой, переводя взгляд по мере поворота головы. Прodelать по 10-15 поворотов.
- Сильно зажмуриться на 3 секунды, затем распахнуть глаза на 5 секунд. Сделать 15-18 повторов. Такое упражнение полностью задействует мышцы.

Тренировка мускулатуры зрительного аппарата – одно из главных направлений тренировок глаз при близорукости. Этот комплекс можно включить в утреннюю гимнастику или выполнять в любое удобное время. При выполнении такой зарядки важно соблюдать общие правила:

1. Переутомление опасно.
2. Следить за гигиеной зрения (выполнять рекомендованные упражнения).
3. Соблюдать диету и вести здоровый образ жизни.
4. Регулярно посещать офтальмолога.

Полезные продукты при миопии. При близорукости рацион питания должен быть разнообразным, питательным, богатым минералами, витаминами (особенно группы А, D), микроэлементами (такими как: магний, цинк, медь, хром). Необходимо постоянно повышать иммунитет, так как его состояние отвечает за развитие близорукости. Если организм ослабленный — прогрессирует. И так, для лечения миопии нужно есть: серый, черный хлеб, хлеб с отрубями; рыбные, молочные, вегетарианские супы или сваренные на бульоне из нежирных сортов мяса; рыба, мясо (птица, говядина, кролик, морские продукты, баранина); овощи: свежая и квашеная капуста, капуста морская и цветная, брокколи, сладкий перец (особенно желтый и красный), тыква, свекла, горошек (молодой зеленый); зелень: петрушка, укроп, шпинат, листья салата; крупы:



темные макароны, овсянка, гречка; яйца; кисломолочные продукты (творог, сыр, сливки, сметана, йогурт без добавок, кефир); сухофрукты (курага, инжир, изюм, чернослив); свежие фрукты и ягоды (дыня, абрикос, персики, облепиха, черника, рябина черноплодная, смородина черная, красные парички, апельсины, мандарины, грейпфруты); напитки: кисели, компоты, зеленый чай, фреш, настои шиповника, боярышника, морковный сок, черничный морс); растительные жиры (масло горчичное, оливковое и льняное). Питаться нужно дробными частями (до 6 раз в день, но не меньше 4).

Таким образом, в профилактике развития миопии играют роль многие факторы, такие как сбалансированное питание, укрепление иммунитета, умеренная зрительная нагрузка, ведение активного образа жизни (лечебная физкультура, прогулки на свежем воздухе), гимнастика для глаз.

Литература:

1. Левашов, О.В. Зрение, мозг, движение [Текст] / О.В. Левашов. – М.: Союзкнига, 2018. - 128 с.
2. Гейден, К. Рецепты для улучшения зрения [Текст] / К. Гейден. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. - 126 с.
3. Храмова, Е. Тренинги и игры для глаз [Текст] / Е. Храмова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. - 127 с.
4. Копылева, О.С. Советы и рекомендации ведущих врачей [Текст] / О.С. Копылева. - М.: ЭКСМО, 2015. - 192 с.

## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ

**Мешкова Е.В.**

*БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск*

**Актуальность.** Одним из тяжелых неврологических последствий органических заболеваний головного мозга (инсульт, ЧМТ и опухоли головного мозга) являются когнитивные нарушения, которые могут приводить к стойкой инвалидизации, влиять на качество и продолжительность жизни. Одна из продуктивных форм санитарно-просветительной работы является школа здоровья. Основной задачей школы является профилактика когнитивных нарушений, чтобы замедлить и приостановить дальнейшее течение процесса.

**Материалы и методы исследования.** Чтобы предупредить прогрессирование когнитивных нарушений, медицинские сестры использовали комплексный подход: медикаментозное лечение, физиотерапия, точечный массаж, нейропсихологические и логопедические занятия, музыкотерапию, гигиеническое обучение.

В школе здоровья № 3 «Достижение в повседневной жизни при центральном двигательном дефиците (ЦДД)» за анализируемый период (2018 год) медицинскими сестрами проведено 36 занятий, по три пятнадцатиминутных занятия по профилактике когнитивных нарушений в два подхода по следующим направлениям: «Укрепление памяти и внимания»; «Коррекция «неглет» синдрома»; «Коррекция афатических нарушений».



Из 100 пациентов было 43 (43%) мужчин, 57 (57%) женщин в возрасте 60 - 75 лет. 65 (65%) пациентов имели инсульт, 23 (23%) - ЧМТ, 12 (12%) - после полиативного удаления образований. Среди 65 пациентов с инсультом 43 (66%) с цереброваскулярными заболеваниями острой формы, у 22 (33%) хроническая форма. Нарушение памяти и внимания отмечались у 73 пациентов (73%), «неглет» синдром у 12 пациентов (12%) и 63 (63%) пациентов с афатическими нарушениями.

Для оценки когнитивных способностей использовали методики: опросник MMSE, тест МОСА, тест рисования часов (Мини-Ког), тесты на лобную дисфункцию, методика «Счет по Крепелину», таблицы Шульте, нейропсихологический альбом (ред.Хомской, Лурии).

После прохождения курса восстановительного лечения и психокоррекционных мероприятий в неврологическом реабилитационном отделении проводилось повторное исследование.

**Обсуждение.** При этом положительную динамику отражают количественные показатели. После проведенных занятий улучшилась память и внимание у 65 (71,8%) пациентов. У 8 пациентов с «неглет» синдромом наблюдалась положительная динамика, у 4 - регрессия. Афатические нарушения выявлены у 58 (9%) пациентов, у всех исследуемых улучшилась разговорная речь, лучше стали понимать обращенную речь.

**Вывод.** Благодаря школе здоровья проведенный анализ продемонстрировал, что использование эффективной комбинации различных методик по коррекции когнитивных нарушений и комплексной терапии пациентов с когнитивными нарушениями приводит к улучшению прогноза восстановления нарушенных функций, качества и продолжительности жизни.

## ПРОФЕССИЯ «МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА» – СМЫСЛ МОЕЙ ЖИЗНИ

**Мусабекова Д.Б.**

*БУЗОО «Клинический кожно-венерологический диспансер», г. Омск*

Многие люди с детства примеряют на себя различные профессии, такие как врач, швея, повар, продавец, учитель, медицинская сестра. Так сложилось и со мной.

С самого раннего детства я мечтала стать медицинским работником. Каждый раз, собираясь с друзьями, мы играли в больницу, представляя себя врачами и медицинскими сестрами. В этих моментах мы оказывали друг другу помощь, ставили уколы, делали перевязки и массаж. Со стороны это выглядело забавно и интересно, а ведь именно тогда в нас закладывалась уже будущая профессия.

Выбор профессии - сложный и ответственный шаг в жизни каждого из нас. От нашего выбора зависит наша судьба. Каждый человек должен определить для себя в жизни, чем он хочет заниматься, при этом объективно оценивая свои возможности и желания. После окончания школы я твердо была уверена в выборе своей профессии. Я точно знала, что свяжу ее с медицинской.

Основной причиной моего выбора является желание помогать людям. Я считала, что медицинская сестра – это очень благородная и интересная профессия. Уже название этой профессии говорит о том, какие основные черты характера должны быть присущи этому медицинскому работнику. Сестра - значит родной, близкий человек, который всегда готов прийти на помощь. Милосердие и сочувствие – одни из самых главных качеств медицинской сестры. К этому



обязательно прилагается: ответственность, грамотность, внимательность, аккуратность, трудолюбие, стремление к профессиональному росту.

На мой взгляд, профессия медицинской сестры очень важна. Её значимость и польза заключается в помощи не только чужим людям, но и близким, своей семье.

Медицинская сестра работает в тандеме с врачом, без ее заботы и качественного ухода за пациентом не будет достигнут положительный результат лечения. Человеку, имеющему заболевание, часто не хватает заботы, поддержки и внимания, а медицинская сестра способна понять, позаботиться, утешить, оказать помощь. Это все она может осуществить, обладая профессиональными навыками и знаниями, которые ей могли бы помочь в различных ситуациях.

Я была уверена, что выбранная мною профессия будет полезна и пригодна в жизни. Обладая человеческими качествами: умением быть доброй, отзывчивой, заботливой, милосердной и сопереживать другим, я решила поступать в колледж Омского государственного медицинского университета. И вот, в сентябре 2014 года я была зачислена на специальность «Сестринское дело». Студенческая жизнь была очень интересной: множество различных предметов, на которых изучалось здоровье и заболевания людей, анатомия человека, управленческие предметы. Было немалое количество практических занятий по выполнению манипуляций, практик в больницах с различными профилями. Все дисциплины были для меня интересны и важны. В свою очередь, меня заинтересовал такой предмет как дерматовенерология. Мне было очень интересно изучать свойства кожи человека, различные заболевания и методы их лечения, ведь на сегодняшний день многие люди страдают кожными заболеваниями. Самыми распространенными из них являются: атопический дерматит, псориаз, экземы различного генеза, угревая болезнь.

Среди моих знакомых есть люди, которые имеют такие заболевания, и мне всегда хотелось оказать им какую-либо помощь. Я все больше задумывалась о том, что хочу работать в медицинской организации, где лечат эти кожные заболевания. Во время учебы я всегда стремилась применить свои теоретические знания и умения, поэтому с нетерпением ждала прохождения производственной практики в больнице, а особенно когда знала, что она будет проходить в кожно-венерологическом диспансере. Непосредственное общение с людьми, которые посвятили себя этой профессии и работают в ней не первый год, явилось хорошим примером для моей дальнейшей работы.

Успешно окончив колледж, я активно занялась поисками работы. За несколько месяцев было пройдено много медицинских организаций различного профиля, но мысль о помощи людям с кожными заболеваниями меня не покидала. Я решила остановить поиск работы на клиническом кожно-венерологическом диспансере. С первого дня о диспансере, где вскоре началась моя профессиональная трудовая деятельность, к которой я стремилась, у меня сложились приятные впечатления. Когда я в первый день вышла на работу, меня ждал замечательный дружный коллектив, который общался со мной на равных, несмотря на то, что я молодой специалист. Моя наставница, медицинская сестра Венера Манзуровна Коновалова, сразу ввела меня в курс дела, рассказала, что к чему и каков порядок. Я научилась работать с документацией, изучила тонкости общения с людьми и освоила такие манипуляции, как удаление контагиозных моллюсков, взятие анализа на грибковую инфекцию, удаление бородавок жидким азотом, криомассаж, взятие анализа на бактериальный посев на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, проба Бальцера, заполнение направлений на различные виды исследования.

Венера Манзуровна видела мои переживания и желание всему научиться, поддерживала меня, тактично и спокойно отвечала на мои вопросы, если что-то мне было непонятно. За это я ей очень благодарна.



В диспансере я познакомилась с методами лечения кожных заболеваний. Мое внимание привлекла процедура по борьбе с псориазом - ПУВА терапия. Она представляет собой кабину с лампами, где осуществляется физиотерапевтический способ лечения, сочетающий в себе облучение пораженных участков кожи длинноволновым ультрафиолетовым излучением и приемом внутрь фотоактивного препарата. Эта процедура считается наиболее эффективной, она улучшает состояние пациентов. Хотелось бы, чтобы там, где оказывается помощь пациентам с дерматологическими заболеваниями (частные клиники), использовалась данная терапия и была более доступной для пациентов. Такие ультрафиолетовые кабины есть только в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области "Клинический кожно-венерологический диспансер".

С каждым днем, проведенным на работе, я вновь и вновь убеждаюсь, что не зря выбрала эту профессию. Я не могу даже представить, как бы сложилась моя жизнь без медицины. В своей профессии я хочу достичь высокого уровня мастерства, уметь действовать четко, молниеносно и обдуманно. Сейчас, проработав полгода в диспансере, я с уверенностью могу сказать, что не ошиблась в выборе места работы и своей профессии.

Мне крайне приятно осознавать, что в последнее время в нашей стране профессии медицинской сестры стали уделять больше внимания. Медицинские сестры участвуют в профессиональных конкурсах регионального и всероссийского уровней, конкурсах проводимых Омской профессиональной сестринской ассоциацией, членом которой я являюсь. Издается литература, которая дает много полезного и интересного, и где опытные коллеги делятся своими знаниями, например, журнал «Вестник Ассоциации медицинских сестёр России». Я только недавно начала свой профессиональный путь, и буду делать все для того, чтобы в будущем меня обязательно отметили как профессионала. На мой взгляд, это важно для карьерного роста, так как каждому необходимо двигаться вперед, повышать профессиональный уровень.

Сейчас знания меняются и приумножаются, совершенствуется работа, и это идет медицинским сестрам на пользу в их деятельности. Несмотря на трудности в совершенствовании, у медицинских работников остается любовь к людям, стремление быть готовым всегда прийти на помощь. Мне кажется, что случайных людей в медицине нет.

Будущее своей профессии я вижу в запрограммированной больнице, где в приемных отделениях будут использоваться технологии с обработкой изображений пациентов, которые будут определять частоту сердечных сокращений, температуру тела, частоту дыхания, применять в работе устройства измерения артериального давления и снятия электрокардиографии за 15 секунд, приборы для чтения результатов исследования на биомикрочипах (ДНК чипов). Благодаря этому можно будет экономить время в очередности оказания медицинской помощи пациентам. Хотелось бы, чтобы в дальнейшем осуществился переход от бумажных карт к цифровым, которые бы позволили автоматически обновлять информацию о состояниях пациентов и о планах их лечения. Я считаю, что с помощью данного перехода медицинский персонал сможет оперативно получать наиболее полные данные в реальном времени для принятия оптимальных решений. Главный вопрос в улучшении медицинских учреждений, оказании помощи пациентам заключается в финансировании. Пусть каждая больница будет обеспечена новейшим оборудованием, самыми качественными и эффективными препаратами, высококвалифицированными специалистами, а кабинеты приема и другие помещения медицинских организаций будут выглядеть так, словно ты пришел в очень дорогую частную клинику. Работа будет отражать четкие и профессиональные направленные действия на выздоровление, улучшение состояния, облегчение боли, рассеивание мрачных мыслей.

Все близкие люди одобряют мой выбор профессии. Они знают, что то, чем я занимаюсь – это, главным образом, отражение всех моих детских мечтаний, стремлений и фантазий. Самая



важная вещь в жизни человека – здоровье, а роль медицинской сестры заключается в его укреплении и сохранении. Недаром древнегреческий философ Сократ говорил, что «первая ступенька к счастью – это здоровье».

## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ И РАБОТЕ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Обиденко Е.В.**

*БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск*

Ежедневно в России от сердечно-сосудистых заболеваний умирает более 1 млн. 200 тыс. человек, из них около 100 тыс. трудоспособного возраста. Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной инвалидизации трудоспособного населения в России. Основной и самой эффективной программой, направленной на снижение заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, является профилактическая работа с населением. Эффективность профилактических программ зависит от многих факторов, но в первую очередь от медицинского работника, а также от активного участия в них пациентов и родственников. Пациент является основным звеном в работе школы, именно от его умения воспринимать информацию и выполнять рекомендации медицинского работника зависит успех лечения и реабилитации.

В 2009 году в отделении сосудистой хирургии создана и активно работает школа здоровья для пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы. С целью правильной организации ведения занятий школы на базе бюджетного образовательного учреждения Омской области «Центр повышения квалификации работников здравоохранения» на цикле «Профилактическая работа с населением» была проучена медицинская сестра перевязочной Гофман А.В.

При организации школы, в первую очередь, были разработаны профилактические программы для категории пациентов с сердечно-сосудистой патологией. В процессе работы школы была сформирована информационная база (видеоматериалы, аудиоматериалы, презентации, печатный материал: буклеты, памятки, лекции).

В отделении проводятся групповые занятия. Группы формируются по психологическому настрою пациента, тяжести заболевания, осведомленности пациента о своем заболевании. Медицинская сестра постоянно в течение всего рабочего дня находится рядом с пациентом, она знает его потенциальные проблемы, пути их решения, а пациент в свою очередь доверяет ей свое здоровье. Наши пациенты - это особый контингент пациентов, как правило, с нарушением памяти, требующих к себе особого внимания. При заболевании органов кровообращения пациенты предъявляют жалобы, они хотят знать причины заболевания, свое состояние, а также задаются вопросом профилактики и дальнейшей жизни и реабилитации после оперативных вмешательств на сосудах.

Основными задачами школы здоровья являются: профилактика заболеваний, изучение и проведение анализа теоретических знаний, полученных пациентами во время занятий; разработка и внедрение рекомендации по профилактике осложнений для различных групп пациентов на занятиях, адаптация пациентов после реконструктивных вмешательств.

Опыт обучения пациентов позволил определить эффективность профилактического консультирования. Школа здоровья помогает выделить индивидуальные проблемы, являясь, по



сути, технологией группового профилактического консультирования. Успеху работы способствует доверительная атмосфера, взаимопонимание, а также эффективная обратная связь (умение слушать, сопереживать, обсуждать, четко разъяснять цель обучения в небольших группах). Врач и медсестра при работе с пациентом являются основным источником информации. Поэтому медицинская сестра должна быть не только хорошо информирована в вопросах заболевания и профилактики, но и владеть формой передачи информации, четко знать цель, которую она совместно с пациентом должна достичь в процессе обучения. На этом этапе необходимо сформировать у пациента чувство ответственности за свое здоровье. Медицинской сестре отводится основная роль.

В отделении находятся на лечении пациенты с ампутацией конечности, которые требуют особого внимания со стороны медицинских работников. Такие пациенты нуждаются в психологической помощи, ранней реабилитации, направленной на улучшения качества их жизни. С этой целью в отделении сосудистой хирургии разработаны рекомендации для пациентов для обучения правилам самоухода и гигиены, дыхательным упражнениям, элементам лечебной гимнастики. Пациенты, принявшие участие в работе школы, значительно раньше своих оппонентов стали проявлять физическую активность, заживление послеоперационной раны протекало без особенностей. Пациенты были мотивированы на выполнение физических упражнений, преодоление психологических препятствий, более адаптированы к новой жизненной ситуации, удовлетворены качеством проведения занятий.

Изменение привычек, которые были у пациента на протяжении жизни, практически всегда воспринимаются отрицательно. Пациент не может понять, почему именно ему нужно изменить привычки. В этом и состоит основная суть профилактического консультирования. Пациент должен осознать потребность в профилактической работе.

После групповых занятий медицинская сестра проводит мониторинг, оценивая результаты своей работы во время общения в процессе занятий. В ходе оценки можно судить об успехе профилактической работы, проверяя реакцию пациента и сравнивая ее с ожидаемой оценкой. До начала работы в школе и после обучения проводится анкетирование. Проведя анализ работы школы за текущий год, хочется отметить следующее: возраст пациентов принявших участие в обучении - 47-65 лет, в основном, лица мужского пола (69%). Анкета включала в себя два блока: первый блок был направлен на знание пациентом особенностей течения и профилактики своего заболевания. Второй блок - на оценку знаний, полученных в процессе обучения. При проведении анализа анкет первого блока были выявлены следующие проблемы: пациенты не ориентируются в причинах развития заболевания, профилактике. Задачи, которые были поставлены перед медицинской сестрой в ходе проведения занятий в школе: повысить уровень знаний пациентов о своем заболевании, вести здоровый образ жизни, отказаться от вредных привычек. Второй блок анкет был проанализирован после проведения курса занятий.

Анализ анкет второго блока показал, что 100% респондентов отмечают повышение знаний о заболевании, 20% респондентов отказались от вредных привычек. Большая часть респондентов (49%) задумалась о необходимости соблюдения здорового образа жизни.

Работа школы - необходимое и важное условие для повышения лечебно-диагностического процесса в отделении сосудистой хирургии. Занятия, проводимые в школе, позволяют пациентам сохранять здоровье, уменьшить риск развития осложнений, связанных с основным заболеванием. Важным направлением школы для пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы является борьба с факторами риска развития и прогрессирования заболеваний, а также формирование здорового образа жизни. Всё это способствует адаптации пациента к новой жизненной ситуации.



## **ИЗ ЗАПИСОК МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ. О ПРОТИВОСТОЯНИИ ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ. ХОБЛ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.**

**Осипова А.А.**

*АСУСО ОО «Нежинский геронтологический центр», г. Омск*

Проблема заболеваний дыхательной системы у лиц пожилого и старческого возраста является актуальной, т.к. имеются особенности в клиническом течении, трудности в лечении, осложнения, часто ведущие к летальному исходу. Особенности стареющего организма способствуют более легкому развитию лекарственной интоксикации, особенно при приеме сердечных гликозидов, мочегонных, седативных, нейролептических и гормональных препаратов. Чтобы избежать назначения большого числа препаратов при множественной патологии у больных пожилого возраста, необходимо продумать лекарственную терапию основного заболевания.

Процесс старения неразрывно связан с социально-психологической адаптацией и дезадаптацией человека после выхода на пенсию, потери ближайших родственников, изменения социального статуса, поэтому вопросы психического старения приобретают в гериатрии особое значение.

Каждый медицинский работник должен осознавать, что пожилой или старый человек - это член общества, заслуживающий уважения и внимания. Для того, чтобы правильно организовать его лечение, необходимо знать анамнез пациента, причем не только его медицинские, но и социально-психологические аспекты. Чувство уважения, восхищения историей жизни гериатрического больного обычно повышает его доверие к медицинскому персоналу.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к наиболее распространенным заболеваниям человека, что обусловлено загрязнением окружающей среды, табакокурением и повторяющимися респираторными инфекциями.

Первым признаком ХОБЛ, с которым пациенты обращаются к врачу, является кашель с выделением слизистой мокроты в небольшом количестве, которая становится гнойной при присоединении бактериальной флоры. Затем присоединяется экспираторная одышка, вначале при физической нагрузке, по мере прогрессирования заболевания, в покое. Одышка возникает, в среднем, на 10 лет позже появления кашля.

Кашель сухой или продуктивный в течение дня, реже ночью, экспираторная одышка, недомогание, быстрая утомляемость, потливость, повышение температуры, утренняя головная боль и сонливость днем, бессонница ночью (следствие гипоксии и гиперкапнии), снижение массы тела.

При уходе за больными пожилого и старческого возраста особое значение имеет соблюдение норм медицинской этики и деонтологии. Нередко медсестра становится для пациента, особенно одинокого, единственно близким человеком. К каждому больному необходим индивидуальный подход с учётом личностных особенностей пациента и его отношения к болезни. Для установления контакта медсестра должна разговаривать спокойным приветливым голосом, обязательно здороваться с больными. Если пациент слепой, следует ежедневно, входя утром в палату, представляться. К больным нужно обращаться с уважением, по имени и отчеству. Недопустимо называть пациента фамильярно «бабушка», «дедушка» и пр.

Гериатрические больные нередко уходят в себя, прислушиваются к своему состоянию, у них появляются раздражительность, плаксивость.



Подготовка пациента к различным медицинским манипуляциям, умение слушать, сопереживать и давать советы являются важными факторами в успешном лечении. Однако медсестра самостоятельно, помимо врача, не должна давать больному или его родственникам информацию о характере и возможном исходе его заболевания, обсуждать результаты исследования и методы лечения.

Пожилые пациенты часто жалуются на бессонницу, у них меняется режим сна - нередко они спят больше днём, а ночью ведут более активный образ жизни (едят, ходят по палате, читают). При необходимости снотворные средства назначает врач. Часто больному пожилого и старческого возраста трудно себя обслуживать. Следует оказывать ему помощь при смене постельного и нательного белья, при необходимости - осуществлять уход за волосами, ногтями и др. Необходимо следить за состоянием полости рта пациента. Медсестра должна после каждого приёма пищи больным давать ему кипячёную воду, чтобы он мог тщательно прополоскать рот. Тяжелобольному медсестра обязана протирать рот тампоном, смоченным 1% раствором водорода перекиси. При уходе за пациентом, длительно находящимся на постельном режиме, необходимо осуществлять тщательный уход за кожей и проводить профилактику пролежней. Медсестра должна помогать больному изменять положение в постели, периодически, если позволяет его состояние, усаживать на кровати, для устойчивости подперев со всех сторон подушками, слегка массировать спину, ступни ног и кисти рук.

Следует контролировать физиологические отправления больных и при необходимости регулировать функцию кишечника диетой (включением в пищевой рацион сухофруктов, молочнокислых продуктов и др.), применением по назначению врача слабительных препаратов или постановкой клизм.

О любом ухудшении самочувствия больного, появлении новых симптомов медсестра должна немедленно информировать врача. До его прихода нужно уложить пациента или помочь принять ему соответствующее положение (например, при удушье больному следует принять положение, сидя или полусидя), обеспечить покой, при необходимости - оказать первую помощь.

С особым вниманием следует относиться к профилактике возникновения возможных травм. Ушибы и переломы (особенно шейки бедренной кости) обездвиживают больных, сопровождаются развитием таких осложнений, как пневмония, тромбоэмболия лёгочной артерии, которые могут приводить к летальному исходу. При мытье больного в ванне нужно поддерживать его, помогать заходить и выходить из ванны, на полу должен быть постелен резиновый коврик, чтобы пациент не поскользнулся. Медсестра обязана следить за состоянием больничных помещений, их достаточной освещённостью. На полу не должны находиться посторонние предметы, недопустимо наличие разлитой жидкости, так как больной может их не заметить и упасть.

Медсестра должна контролировать приём больными назначенных лекарственных препаратов. При снижении памяти и развитии деменции пациенты могут забыть принять лекарство или, наоборот, принять его повторно. Поэтому больные пожилого и старческого возраста должны быть обеспечены чёткими инструкциями, данными врачом не только в устной форме, но и письменно. Необходимо следить за водным балансом, так как недостаточное потребление жидкости может способствовать повышению концентрации в организме назначенных препаратов, появлению побочных эффектов и развитию лекарственной интоксикации.

Повышенная заболеваемость гериатрических больных ХОБЛ обуславливает частое применение антибактериальных средств. При этом необходимо помнить, что у пожилых больных значительно чаще развиваются возможные побочные действия антибактериальных препаратов,



например снижение слуха (стрептомицин, гентамицин и др.), токсичное влияние на почки (канамицин), кандидоз, дисбактериоз и атрофический глоссит (тетрациклин, комбинированные антибиотики) и др. Поэтому медицинская сестра должна обучить пациентов определённым принципам приёма лекарств, которые позволяют в некоторой степени снизить токсичность медикаментозных средств. Больной должен принимать назначенный препарат в установленное время суток, соблюдать рекомендуемый режим поведения и условия приёма (например, при приёме котримоксазола необходимо обильное щелочное питьё - «Боржоми» или 7 г натрия гидрокарбоната на стакан воды), диетические правила (например, при лечении тетрациклином необходимо исключить из пищевого рациона пациента колбасу, копчёности и овощи, выращенные с использованием нитроудобрений).

Лишь при таком подходе, несмотря на всю серьёзность данного заболевания, можно избежать каких-либо серьёзных последствий, а также сохранить своё здоровье, и главное, свою жизнь.

#### Литература:

1. Воробьева, Т. Е. Гериатрия. Краткое учебное пособие [Текст] / Т.Е. Воробьева, А.Я. Куницына, Т.Ю. Малеева. - М.: Феникс, 2010. - 157 с.
2. Ярыгина, В. Н. Руководство по геронтологии и гериатрии [Текст]. В 4 т. Том 1. Основы геронтологии. Общая гериатрия / В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева.- М.: Медиа. - 2010. - 720 с.

## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕЛЬЮ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА

Посива Л.В.

*БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск*

**Актуальность.** Инсульты приводят к смертности и стойкой инвалидизации, нарушению жизнедеятельности и самообслуживания, нарушают качество жизни и влияют на её продолжительность. Одной из форм профилактических направлений являются школы здоровья. В нашем отделении «Неврологическое реабилитационное отделение» БУЗОО «ОКБ» одной из таких школ является профилактика цереброваскулярных заболеваний. Школа здоровья уделяет большое внимание как первичной профилактике, включающей в себя выявление групп риска заболевания и проведение превентивного лечения, так и вторичной профилактике этих заболеваний, в которую входит определение и устранение первичной причины ОНМК, воздействие на изученные факторы риска.

**Материалы и методы.** За 2018 год было проведено 48 занятий в школе здоровья №3 «Достижение в повседневной жизни при центральном двигательном дефиците (ЦДД)» по теме «Первичная и вторичная профилактика инсульта», в каждой 4 заседания по 30 минут по следующим направлениям: факторы рисков инсульта (модифицированные и немодифицированные); факторы противопоказаний инсульта (ОРВИ, операции, стрессы, травмы); клиническая классификация инсультов; клинические проявления; диагностика; первичная и вторичная профилактика.



В школе здоровья приняли участие 147 пациентов. 94 пациента (64%) при этом уже имели инсульт, 24 (16%) – без инсульта и 29 (19%) – со вторичным инсультом. Среди факторов риска можно выделить факторы, которые изменить невозможно, к ним мы можем отнести предрасполагающие факторы: возраст человека, его гены, гендер, и, т.к. многие люди являются метеозависимыми, время года. Так же к рискам относятся метаболические изменения в организме, такие как: заболевания сердца, сахарный диабет, артериальная гипертензия, дислипидемия, атеросклероз, заболевания крови. Очень сильное влияние оказывают поведенческие факторы человека, которые могут повлечь за собой инсульт - это табакокурение, избыточная масса тела, связанная с неправильной диетой, наркотическая зависимость и психические проблемы в жизни человека.

**Обсуждение.** Во время занятий нами были предоставлены различные наглядные материалы, которые помогали пациентам лучше понять тему школы здоровья и как себя вести, чтобы предотвратить повторный инсульт или впервые его возникновение. К методам исследования относятся: клиничко-неврологический, беседы различного характера о профилактике инсульта, мастер-классы (нами производились измерения АД пациентов, вес, Ps), так же мы раздавали буклеты с краткой информацией, как избежать это заболевание, показывали видео содержательного характера, как может изменить ход заболевания выполнения простых правил первичной и вторичной профилактики, проводили анкетирование. Мы призывали пациентов к модификации своего образа жизни и постарались сделать так, чтобы они пересмотрели свои взгляды на жизнь. В ходе проведения школ здоровья была прочитана лекция о вреде курения с наглядными пособиями, в результате этого из 83 курящих пациентов 56 (67%) отказались от вредной привычки, 17 (20%) человек сократили количество выкуренных сигарет в день, но 10 (12%) пациентов продолжили курить.

Таким образом, благодаря школе здоровья появилась мотивация к выполнению лечебных манипуляций, направленных на снижение риска заболевания. Выработался стойкий комплаенс между медицинским работником и пациентом. Многими были достигнуты целевые значения углеводных и жировых обменов, таким образом, у 105 (82%) человек из 128 стабилизировалось артериальное давление, у 57 человек (75%) из 76 нормализовался углеводный обмен. У 91 пациента (76%) из 120 появилась мотивация к снижению веса (от 2-х до 4-х кг), у 37 (67%) из 55 улучшилась походка, у 70 (58%) из 120 улучшилось самообслуживание.

Из приведенной выше статистики мы можем сказать, что школы здоровья по профилактике острой и хронической формы цереброваскулярных заболеваний могут гарантировать продолжительность жизни пациентов, уже перенесших инсульт и у людей, которые имели факторы риска данного заболевания. Многие будут продолжать пользоваться советами и правилами после выписки из нашего отделения.

**Вывод.** Таким образом, наши школы здоровья оказались полезными и эффективными для наших пациентов, что и было нашей целью: укрепление здоровья пациентов и профилактики возникновения первичных и вторичных инсультов.



## ОСТЕОПОРОЗ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

**Рыбина С.А., Какуля Р.А**

*БУЗОО "Городская больница № 3", г. Омск*

Остеопороз — заболевание скелета, причиной которого является снижение прочности и нарушение строения костей. Кости становятся тонкими и хрупкими, что приводит к переломам. Термин «остеопороз» буквально означает «пористость костей» или «дырчатая кость». Заболевание развивается постепенно, прогрессирует, грозит частыми переломами конечностей и позвоночника.

Остеопороз разделяют на первичный и вторичный. Первичный остеопороз обусловлен менопаузой и старением, вторичный - множеством заболеваний (например, анорексия, целиакия, алкоголизм, опухоли) или лекарствами. Остеопороз обычно не вызывает болезненных ощущений, это скрытая болезнь, часто обнаруживаемая при переломах костей, но может и выражаться в болях в спине и ее деформации.

Распространено мнение, что остеопороз - болезнь пожилых людей. Однако она поражает и молодежь. Это серьезная угроза для здоровья. По данным Международной ассоциации остеопороза, в Европейском Союзе остеопороз каждые 30 секунд ведет к инвалидности и даже смерти: почти 25% лиц, которым за 50, потерпев перелом бедра, не прожили и года из-за возникновения различных осложнений.

Прогрессирующий остеопороз в настоящее время нельзя вылечить никакими медикаментами, однако Всемирная организация здравоохранения призывает медиков всех стран мира заниматься профилактикой этого заболевания. Именно профилактика способна замедлить процессы ослабления костных тканей организма человека. Одной из первых мер профилактики является оценка риска развития болезни. Чтобы ее составить, необходимо учитывать ряд факторов: конституцию, наследственность, общее состояние здоровья, образ жизни, характер питания и уровень важнейших гормонов в организме (эстрогена, кальцитонина – гормона щитовидной железы, и паратиреоидного гормона – гормона паращитовидной железы).

В целях профилактики заболевания проводятся школы здоровья для пациентов с остеопорозом, которые проводит врач при активном участии медицинской сестры. В процессе обучения пациентам рассказывается о самом заболевании, методах лечения остеопороза, возможных осложнениях и их профилактики. Разрабатываются индивидуальные программы по занятию лечебной физкультурой, подбирается диета, богатая продуктами, содержащими кальций. В процессе обучения даются ответы на вопросы, касающиеся образа жизни, режимов труда и отдыха, питания и медикаментозного лечения пациентов. Численность пациентов в группе - не более 8-10 человек. Продолжительность занятия - 60 минут.

Школа по остеопорозу проводится с целью:

- информировать участников о наиболее важных аспектах их заболевания;
- улучшить знания пациентов о профилактике остеопороза и переломов и о методах лечения;
- убедить пациентов больше внимания уделять своему здоровью и побудить их изменить свой образ жизни создать позитивный настрой и мотивацию на улучшение состояния здоровья.

Очень важно рассказать пациенту о его заболевании, о методах лечения, питании занятиях физкультурой при остеопорозе.

Профилактика остеопороза не требует особых финансовых затрат и доступна каждому. Только нужно иметь в виду, что меры профилактики должны выполняться комплексно, и только тогда можно добиться хорошего результата. Обратим внимание на то, что профилактика долж-



на проводиться не только в случаях, когда есть остеопения или же костная система еще в хорошем состоянии. Если остеопороз уже есть, все рекомендации по профилактике так же должны выполняться. Лечение остеопороза заключается в профилактике + медикаментозном лечении.

Доказано, что ежедневные физические упражнения и потребление кальция и витамина Д замедляют, а избыточная увлеченность алкоголем, курение и низкая масса тела ускоряют процессы разрушения костей.

Итак, для профилактики остеопороза необходимо:

- Увеличить потребление продуктов, богатых кальцием (при необходимости, кальциевых таблеток).
- Потребление витамина Д (пребывание на солнце, продукты, богатые витамином Д, витамин Д в растворе).
- Адекватная физическая активность (ходьба, «скандинавская» ходьба», гимнастика).
- Отказ от курения, умеренное потребление алкоголя.
- Ограничение кофе (до 2 чашек в день).
- Поддерживать нормальную массу тела.
- Употреблять в пищу больше овощей и фруктов (более 500 г в день).
- Избегать падений.
- Носить удобную обувь.
- Ортопедическая коррекция (ношение ортопедических стелек, корсетов, ортезов).

Профилактику этого заболевания следует начинать еще в детстве и в отрочестве, когда формируется 90% общей костной массы. Именно в костях накапливается кальций – минерал, который является основой крепкого скелета. Поэтому следует вводить в рацион продукты, содержащие кальций: молоко и молочные продукты (йогурт и творог), консервы из сардины или лосося (есть с костями), миндаль, овсянку, семена сезама, тофу (соевый сыр) и зеленые листовые овощи. К продуктам, богатым витамином D, принадлежат яичный желток, морская рыба и печень.

Важную роль играет полнота витаминно-минерального снабжения организма: и для того, чтобы обеспечивать его веществами, необходимыми для здоровья костей, и для профилактики опасных в плане развития остеопороза заболеваний, и для здоровья в целом. В этом смысле наряду с разнообразным питанием незаменимы биологически-активные препараты: ведь никто не может гарантировать наличие в рационе всех необходимых веществ и в нужных количествах! При этом лучше всего потреблять натуральные витаминно-минеральные комплексы.

В профилактике остеопороза необходимы физические упражнения. Занятия физкультурой помогают в детском и подростковом возрасте увеличивать костную массу, а в пожилом – предотвращать ее потерю. Наиболее эффективными являются упражнения с нагрузкой и упражнения на сопротивление, при которых не перегружаются суставы и кости, а мышцы сопротивляются силе притяжения или иным силам. Простыми, но эффективными упражнениями с нагрузкой являются ходьба, особенно по лестнице, танцы.

Для тех, кто решил начать профилактику остеопороза, приводим такие упражнения:

1. Сидя в удобной позе, руки сгибаем в локтях и медленно отводим плечи назад, хорошо приближая лопатки. Считаем до 5 и расслабляемся. Повторяем 9 раз.
2. Сидя, руки опускаем вниз. Делаем 20-25 круговых движений плечами вместе и столько же каждым плечом отдельно.
3. Сидя, ладони кладем на затылочную область, делая вдох, отводим локти назад и считаем до 5. На выдохе руки расслабляем. Повторяем 9 раз.



4. Сидя, кладем кисти рук на колени. Стараемся напрячь все мышцы, считаем до 5 и расслабляемся. Повторяем 9 раз.

5. Лежа на спине, делаем 6 на обычное потягивание.

6. Лежа на спине, подтягиваем оба колена к животу, надежно обхватываем руками, считаем до 5 и отпускаем. Достаточно 7 повторений.

7. Лежа на спине, в течение 2 минут имитируем ногами активную езду на велосипеде.

8. Лежа на боку, опираемся свободной рукой. Поднимаем прямую ногу, удерживаем ее на весу, считая до 5, и медленно опускаем. Повторяем поочередно 9 раз.

9. Стоя на четвереньках, делаем медленные выгибания/прогибания спины. Повторяем 7 раз.

В заключение можно сказать, что школа здоровья для пациентов, страдающих остеопорозом, необходима. Здесь пациент сможет узнать интересующую его информацию о заболевании; о причинах и факторах, влияющих на его развитие, а также об осложнениях. У пациента будет формироваться активное рациональное и ответственное отношение к собственному здоровью и установка на оздоровление; повышение веры в лечение. В школе помогут сформировать навыки самоконтроля, умение корректировать основные поведенческие факторы риска.

Позаботьтесь о себе. Никогда не поздно задуматься о состоянии костей. Остеопороз может привести к тяжелым последствиям, которые будет сложно изменить. Может поменяться ваша социальная роль, сильно пострадать самочувствие и жизненный настрой. Если вы вовремя начнете профилактику и лечение остеопороза, приостановится дальнейшее разрушение костей, они восстановятся, при этом риск переломов снизится более, чем на 50%!

И не забывайте, успех лечения остеопороза — в регулярности и длительности лечения и профилактики. Соблюдая меры профилактики и строго выполняя рекомендации врача по лечению, вы восстановите кости, предупредите возможные переломы, уменьшится хроническая боль в спине. Физические упражнения укрепят кости, суставы, мышцы, сердечно-сосудистую систему, и вы станете более активными.

Будьте здоровы!

Литература:

1. Беневоленская, Л. И. Общие принципы профилактики и лечения остеопороза [Текст] / Л.И. Беневоленская // Консилиум. - 2000. - № 2. - С. 240-244.

2. Руденко, Э. В. Остеопороз: диагностика, лечение и профилактика [Текст] / Э.В. Руденко. - Минск: Бел. наука, 2001. – 153 с.

3. Школа здоровья для пациентов с остеопорозом [Интернет-ресурс]. – Режим доступа: [https://otherreferats.allbest.ru/medicine/00773644\\_0.html](https://otherreferats.allbest.ru/medicine/00773644_0.html).

4. Статистика по заболеванию остеопорозом [Интернет-ресурс]. – Режим доступа: [денситометрия.pf/statistika-po-osteoporozu](https://statistika-po-osteoporozu.pf/).

5. Остеопороз: симптомы, лечение, профилактика [Интернет-ресурс]. – Режим доступа: <https://azbyka.ru/zdorovie/osteoporoz-simptomy-lechenie-profilaktika>.



## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОГЕННЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЁМ

Севастьянова Т.П.

БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск

**Актуальность.** Нейрогенные нарушения мочевых путей как раздел нейрореабилитации занимает одно из ведущих и актуальных медико-социальных проблем. Нижние дисфункции нисходящих мочевых путей (НДНМП) являются наименее изученными, весьма распространенными, утяжеляют течение основного заболевания, значительно вариабельны и проявляются полиморфизмом, клинические проявления, которые нередко противоречат и не укладываются в известную патогенетическую классификацию.

Тазовые дисфункции могут приводить к необратимым осложнениям: нарушение пассажа мочи, пузырно-мочеточниковые и пузырно-лоханочные рефлюксы, инфекция мочевыводящих путей, мочекаменная болезнь могут стать причиной летальных исходов, влияют на качество жизни, вызывают эстетико-психологический дискомфорт. Поэтому коррекция нейрогенного мочевого пузыря является весьма презентабельной.

Гигиеническое воспитание имеет огромное значения при профилактике осложнений со стороны нижних мочевых путей. Одной из проводимых форм является проведение школы здоровья среди пациентов с нейрогенными нарушениями тазовых путей.

Согласно распоряжению №25Р от 25 июля 2013 года «Об организации и совершенствования работы Школы здоровья в отделениях БУЗОО «ОКБ»», в нашем отделении для пациентов с НДНМП организована школа здоровья «Достижение компенсации функции мочевого пузыря».

Цель организации – оптимизация, совершенствование и повышение охвата, доступности и качества медицинской профилактической помощи населению, в частности, пациентам с дисфункцией мочевого пузыря.

**Задачи:** повышение информированности пациентов и ответственности за сохранение своего здоровья; обучение пациента самообслуживанию, самоконтролю, оказание самопомощи, повышение эффективности достижения независимости в повседневной жизни; обучение пациента и его родственников навыкам и алгоритму ухода, самоконтроля.

**Материалы и методы исследования.** В неврологическом реабилитационном отделении БУЗОО «ОКБ» за период 2017 - 2018 гг. пролечено 135 (100%) пациентов с НДНМП. Среди них мужчин 94 (73%), женщин 40 (27%) в возрасте 18 - 63 лет (средний возраст 48,5 лет). У 85 (67%) пациентов отмечена задержка мочи, недержание мочи - у 50 (32%) пациентов с вертебральной травмой, дискуляторной миелопатией и вертеброгенно-дискогенной миелопатией.

Для диагностики НДНМП в нашем отделении используются следующие методы исследования: клиничко-неврологический; клиничко-урологический – термометрия, макроскопическая оценка мочи (цвет, запах, примеси), ведение дневника мочеиспускания (число мочеиспусканий в сутки, объем однократной порции, объем остаточной мочи, эпизоды недержания мочи, эпизоды неудержимых позывов, количество прокладок, памперсов, соотношение суточного количества мочи и водной нагрузки, ночной диурез, применение мануального пособия); лабораторные анализы (общий анализ мочи, бактериологический анализ, биохимический анализ); инструментальный – УЗИ, нейроурологическое обследование, внутривенная урография по показаниям и нейровизуализация брюшной полости и мочевых путей (МРТ, рентгенография).



**Обсуждение.** За 2017 – 2018 гг. все пациенты с НДНМП прошли обучение в школе здоровья, прослушали 3 лекции по 30 минут по следующим темам: «Анатомия и физиология нижних мочевых путей»; «Профилактика обострение уроинфекции и осложнение нижних мочевых путей»; «Использование методов и способов реабилитации для пациентов осложнениями нижних мочевых путей». Кроме бесед, пациентам были предложены брошюры, видеопрезентация, мастер-класс. Благодаря проведению школы здоровья, удалось профилактировать обострения у 17 (12%) пациентов; научить методам реабилитации 130 (96%) человек; обучить ручному пособию выведения мочи 67 (50%) пациентов; обучить пользованию гигиеническими средствами ухода 50 (37%) человек.

**Вывод.** По результатам исследования выявлено: школа здоровья повышает образовательный уровень пациента; способствует осознанному участию пациента в лечебно-профилактическом процессе; улучшает качество их жизни; помогает пациентам правильно выбрать и научиться методам реабилитации; научиться профилактировать обострение уроинфекции. Затраты на организацию школы здоровья гораздо меньше, чем на долгосрочное лечение.

## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ СПИНАЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Семашко Е.Ю.

*БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск*

**Актуальность.** Интерес к проблеме восстановления утраченных функций, социально-бытовой и социально-трудовой реабилитации пациентов с повреждением позвоночника и спинного мозга не снижается на протяжении уже многих десятилетий. Вместе с тем, до настоящего времени идет интенсивный поиск обоснованных методов терапии этой тяжелой категории пациентов. Мероприятия по восстановлению нарушенных функций должны проводиться сразу после поступления пациента в стационар, так как только в этом случае есть возможность предотвратить развитие угрожающих жизни осложнений. Поэтому физическая реабилитация больных при травме позвоночника и спинного мозга является современной и актуальной задачей гигиенического воспитания.

Одной из проводимых форм гигиенического воспитания и наиболее популярной является проведение школы здоровья среди пациентов: повышается осведомленность пациентов, улучшается качество и продолжительность жизни, возможность активизировать реабилитационные мероприятия.

**Материалы и методы исследования.** В школе здоровья №1 «Достижение независимости в повседневной жизни при спинальном двигательном дефиците» за анализируемый период (2018 год) медицинскими сестрами проведено 36 занятий, по 3 занятия в месяц: «Профилактика и коррекция спастического синдрома и контрактур»; «Самостоятельная ЛФК для укрепления мышц корсета»; «Использование технических средств реабилитации при спинальном двигательном дефекте». Обучение прошли 356 пациентов с нейродвигательными нарушениями: среди них мужчин 196 (55%) и женщин 160 (45%), с вертебро-спинальной травмой – 160 пациентов (45%), миелопатией 178 (49%), острым нарушением спинального кровообращения 4 (1%).



У пациентов отмечались нейродвигательные нарушения: параплегии, нижний парепарез до плевгии: 213 пациентов (60%) - спастический синдром; 89 (25%) пациентов – контрактуры; 149 (42%) пациентов передвигались с помощью велокресла; 110 (31%) пациентов передвигались с помощью низких ходунков; 85 (24%) пациентов пользовались тростью; 124 (35%) пациента передвигались без средств передвижений; удовлетворены качеством жизни 174 пациентов (49%), не удовлетворены 181 (51%).

В школе здоровья принимали участие медицинские работники, пациенты и их родственники. Занятия проводились в течение 30 минут в специально отведенном помещении, оснащенном телевизором, компьютером, папками с материалом занятий, использовался иллюстрированный материал: наборы для памяток пациентов, буклеты, брошюры, плакаты, видеопрезентации, наглядные тренажеры и технические средства реабилитации.

Для диагностики медицинские сестры использовали клинично-неврологический метод, анкетирование, шкалу спастичности Эшворта, качества жизни, статистический метод. На первом и последнем занятии проводилось анкетирование, с его помощью оценивалось, насколько эффективно проводились занятия, получил ли пациент ту информацию, которую ожидал, каких результатов достигли при обучении, а также требовались коррекция обучающих моментов.

**Результаты обсуждения.** Благодаря логически построенному плану обучения в школе, мы достигли следующих результатов: из 214 (60%) пациентов со спастическим синдромом у 125 (35%) уменьшился мышечный тонус, у 71 (20%) незначительно уменьшился мышечный тонус, у 18 (5%) не уменьшился. Из 89 (25%) пациентов с контрактурами у 61 (17%) значительно уменьшились контрактуры, у 11 (3%) незначительно уменьшились, у 18 (5%) контрактуры не изменились.

Улучшилось качество жизни из 51% (181): 72 пациента удовлетворены качеством жизни, 96 пациентов незначительно улучшилось качество жизни, 13 пациентов эффекта не отметили.

**Вывод.** Комплекс гигиенического воспитания помогает быстрее восстановить утраченные в результате болезни или травмы умения и навыки, научить пациентов жить в новых условиях, максимально приспособить его к самостоятельной жизни, свести к минимуму зависимость от родственников и социальных служб, а также повысить качество жизни пациента.

## ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПОЛИКЛИНИКИ

**Семякина В.А.**

*БУЗОО «Городская больница №3», г. Омск*

В рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни осуществляются врачами-специалистами по профилю оказываемой медицинской помощи и направлению медицинских работников или при самостоятельном обращении гражданина, а также в процессе диспансерного наблюдения за больными неинфекционными заболеваниями.

Медицинская помощь по профилактике неинфекционных заболеваний оказывается в следующих условиях:

- 1) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского



наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

2) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

3) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Дневной стационар – это новая форма работы поликлиники на догоспитальном этапе. Это своеобразный промежуточный вариант между амбулаторным режимом и стационарным лечением. Дневной стационар организуется для осуществления лечебных и диагностических мероприятий при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

В БУЗОО «ГБ №3» дневной стационар был основан в 1979 г. и был развёрнут на 19 коек. Сейчас мощность стационара рассчитана на 42 койки терапевтического, хирургического и гастроэнтерологического профиля. На лечение в дневной стационар поликлиники могут направляться следующие пациенты:

- с острыми заболеваниями и обострениями хронических заболеваний, не требующих круглосуточного наблюдения;
- пациенты, состоящие на диспансерном учете по поводу хронических заболеваний для проведения курса профилактического или реабилитационного лечения;
- граждане, не требующие по состоянию своего здоровья круглосуточного наблюдения, но требующие оказания медицинских услуг в госпитальных условиях, например, при использовании лечебных средств, после применения которых должно осуществляться врачебное наблюдение на протяжении определенного времени в связи с возможными неблагоприятными реакциями;
- нуждающиеся во внутривенном капельном введении лекарственных средств;
- нуждающиеся в комплексном лечении с использованием физиотерапии, массажа, лечебной физкультуры, после которых необходим отдых, а также при введении медикаментов различными способами через определенные промежутки времени.

Направление в стационар дневного пребывания выдают врачи первичного звена. Госпитализация производится в плановом порядке. Пациент должен являться в дневной стационар к определенному часу. Врач дневного стационара, знакомясь с пациентом при поступлении, определяет перечень диагностических процедур и лечебных мероприятий, которые будут ему проводиться, составляет алгоритм прохождения этих процедур и мероприятий. Указанный алгоритм должен учитывать совместимость лекарственных препаратов или последовательность процедур без ущерба для здоровья пациента с максимально возможным эффектом. Медицинские сестры дневного стационара следят за соблюдением вышеназванного алгоритма, направляют пациента, а при необходимости сопровождают пациента в нужный кабинет.

Основным направлением работы отделения является проведение профилактических курсов лечения группе пациентов, страдающих хроническими заболеваниями и имеющих тенденцию к сезонным обострениям (остеохондроз, сахарный диабет, заболевания бронхолегочной системы и т. д.), а также восстановительное комплексное лечение после перенесенных острых церебральных и сердечно-сосудистых нарушений.



Таблица № 1. Динамика профилактики основных заболеваний за 3 года

№ п/п	Нозологические формы	Количество пролеченных пациентов					
		2016г		2017г		2018г	
1	Болезни эндокринной системы	118		122		123	
		первич	повт	первич	повт	первич	повт
		68	50	55	67	45	78
2	Болезни органов кровообращения	605		615		673	
		первич	повт	первич	повт	первич	повт
		307	298	290	325	315	358
3	Болезни опорно-двигательного аппарата	190		192		224	
		первич	повт	первич	повт	первич	повт
		92	98	85	107	89	135

Из таблицы видно, что в 2018 г., как и в предыдущие годы, преобладающей остается сердечно-сосудистая патология (673 случая). Остается большим количество пациентов с эндокринной патологией, преимущественно, за счет больных сахарным диабетом (123 случая) и количество пациентов с болезнями опорно-двигательного аппарата (224 случая). Но, несмотря на рост заболеваемости, увеличивается количество пациентов, которые следуют врачебным рекомендациям и проходят профилактический курс лечения два раза в год.

Заболевания опорно-двигательного аппарата стоят на втором месте по заболеваемости, и количество пациентов с каждым годом растет. Одной из важных проблем является реабилитация и профилактика рецидивов у этих пациентов. Дневной стационар тесно сотрудничает с отделением ФТО, осуществляя комплексный подход в лечении пациентов.

Физиотерапевтическое отделение БУЗОО «Городская больница № 3» располагает разнообразными аппаратами для проведения физиотерапевтических процедур, являющихся одной из составных этапов лечения. В зависимости от заболевания опорно-двигательного аппарата, пациентам назначаются: электрофорез, амплипульс, местная дарсанвализация, УВЧ и магнитотерапия, УЗ, фонофорез, ингаляции, теплолечение (парафин, озокерит).

Большое значение в реабилитации пациентов и в профилактике заболевания имеют занятия лечебной физкультурой. Кабинет лечебной физкультуры (ЛФК) является структурным подразделением поликлиники и предназначен для восстановления здоровья и трудоспособности пациентов методами физической культуры. Кабинет осуществляет следующие формы ЛФК: гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика, дозированная ходьба. Занятия проводятся инструктором ЛФК, который контролирует состояние пациентов на всех этапах занятий.

Массаж является так же неотъемлемой частью лечения наших пациентов с заболеванием опорно-двигательной системы. Массаж помогает не только в период обострения, но и в качестве профилактики.

Помимо постановки всех видов инъекций и капельниц в дневном стационаре осуществляют: внутрисуставные введения противовоспалительных препаратов и препаратов, укрепляющих хрящ сустава, паравертебральные блокады, введение лекарственных препаратов в периартикулярные мягкие ткани.

Выписка пациента из дневного стационара проводится по окончании обследования или лечения. Врач дневного стационара при выписке обязательно проводит беседу с пациентом, обсудив вместе с ними достигнутый результат лечения и наметив дальнейшую тактику (режим,



питание, лечение) в домашних условиях, назначает дату последующего наблюдения по катмнезу.

Работа медицинской сестры в отделении не ограничивается процедурами, манипуляциями и заполнением документации. Одна из важнейших обязанностей медицинской сестры — ведение санитарно-просветительской и разъяснительной работы среди пациентов, находящихся на лечении в дневном стационаре. Важно, чтобы пациент, имеющий хроническое заболевание, знал, как себя вести при возникших симптомах, имел определенные навыки (например, измерить артериальное давление, глюкозу крови, правильно использовать ортопедический корсет), а при необходимости вовремя обратился за врачебной помощью.

Медицинская сестра должна терпеливо разъяснять пациенту, насколько важно соблюдать здоровый образ жизни, если назначено врачом — принимать определенные препараты. При этом подчеркивать, что только так можно избежать обострения заболевания или каких-либо осложнений, повышая качество жизни пациента.

#### Литература.

1. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 № 323. «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»
2. Приказ МЗ и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н « Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», приложение N 9

## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАБОТЕ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ БУЗОО «ОКБ»**

**Трейзе Н.Н., Каримова Э.Г.**

*БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск*

За последние десятилетия технический прогресс добился высочайших успехов. Однако в погоне за техническим прогрессом перестали обращать внимание на профилактику заболеваний, и вопросы активного участия людей в заботе о своем здоровье. Столкнувшись с урологической патологией, пациент теряется, ему непросто разобраться со сложной медицинской терминологией, пациент утрачивает способность к самоконтролю своего состояния. Поэтому создаются школы здоровья, где пациентов учат не волноваться перед возникшими трудностями, дают необходимые рекомендации, рассказывают о том, как действует урологическая служба, и главное, вселяют надежду на выздоровление. В отделении урологии с 2013 года создана и активно работает школа здоровья для пациентов с заболеваниями мочекаменной болезнью и доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Школа организована для повышения уровня знаний пациентов в вопросах анатомии, физиологии и патологии мочевыделительной системы, приобретения навыков ведения здорового образа жизни, правильного питания, а также самоконтроля патологического процесса, позволяющего повысить уровень мотивации пациентов к выздоровлению.

Работа ведется в соответствии с планом, положением об организации школы здоровья, разработанными программами. Медицинская сестра отделения прошла подготовку в учебно-



методическом центре БУЗОО «ОКБ». Доказано, что медицинская сестра гораздо легче налаживает контакт с пациентом, что сказывается на их успешном восприятии информации. Поэтому основная роль в проведении занятий с пациентами отводится медицинской сестре.

На первом занятии проводится анкетирование, при котором выявляются следующие проблемы: пациенты не достаточно знают о своем заболевании, профилактике, правилах сбора мочи на анализ и уходе за дренажами. Поэтому главной задачей медицинской сестры является повышение знаний пациентов о заболевании и профилактике, а также особенностях ухода. Важным в обучении является простота изложения и доступность информационных материалов, а также отработка практических навыков с пациентом. Обучающие занятия по уходу за уретральным катетером, цистостомой, нефростомой проводятся индивидуально и в группах из 4-6 пациентов. Группы формируются по типу заболевания, тяжести и возраста пациентов. Учитывая, что большинство пациентов пожилого возраста, занятия проводятся по индивидуальной программе, не только с пациентами, а также с их родственниками. Разработанная в школе памятка по уходу за урологическими дренажами в домашних условиях позволяет пациентам и их родственникам грамотно проводить лечебные мероприятия. Кроме этого на занятиях используются иллюстрированные материалы: наборы памяток, буклеты, брошюры, слайды, плакаты, видеофильмы, в которых отражены и представлены в доступной, форме основные положения занятий. После обучения в школе здоровья, при повторном анкетировании, пациенты улучшают знания о заболевании, профилактике и уходе за дренажами в домашних условиях. Школа здоровья помогает усвоить все рекомендации и назначения врача, способствует ведению правильного образа жизни.

Школа здоровья для пациентов с урологической патологией – это многогранный процесс, требующий профессионального опыта медицинской сестры в формировании у пациентов мотивации к сохранению здоровья, повышению ответственности за здоровье самого пациента, позволяет ускорить их реабилитацию.

## **БЫТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ - МОЕ ПРИЗВАНИЕ**

**Филиппова А.С.**

*БУЗОО «Городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н.», г. Омск*

*«Быть счастливым счастьем других -  
вот настоящее счастье и земной идеал жизни всякого,  
кто посвящает себя медицинской науке» (Н.И. Пирогов)*

Перед каждым человеком в жизни стоит выбор будущей профессии. Сделать это очень непросто. Хочется закончить учебное заведение, посвятить себя любимому делу и получать удовольствие от выполненной работы.

В моей семье уже есть медицинский работник - моя старшая сестра. Она очень гордится своей работой. Меня восхищали ее рассказы, и с раннего детства я мечтала стать доктором. У меня была игрушечная аптечка, шприцы, фонендоскоп. Я лечила кукол от всех болезней, а книга про доктора Айболита была моей любимой. В семь лет я заболела. Сестра ставила мне уколы, давала лекарства, теплое питье, садилась рядом с моей кроватью и что-нибудь рассказывала.



От ее мягкого голоса, прикосновения ласковых рук, я засыпала. Выздоровление шло быстро. Этот случай запомнился мне на всю жизнь.

Благодаря старшей сестре, я получила первоначальные медицинские навыки. Однажды на улице я увидела котенка с пораненной лапкой. Мне стало его жалко. Я принесла его домой, обработала ему лапку и зафиксировала бинтом. В семье все были удивлены моим поступком.

Когда я подросла, медицина стала привлекать меня еще больше. В школе я интересовалась химией, биологией, строением тела человека и работой нашего организма, психологией, читала разные медицинские справочники и энциклопедии.

Когда встал вопрос о выборе профессии, я точно знала, что мне хочется приносить пользу в этом мире и делать людей здоровыми и счастливыми. По окончании девятого класса я убедилась, что хочу связать свою жизнь с медициной и поступила в БПОУ «Омский областной медицинский колледж» на специальность «Сестринское дело». В колледже я поняла, что не ошиблась с выбором. Ежедневно открывала для себя новые знания по анатомии человека, психологии человеческих отношений, сестринскому уходу при различных заболеваниях. Я считаю, что теоретические знания нельзя недооценивать. Они очень важны, потому что без них невозможна качественная практическая деятельность. Отработка же практических навыков на фантомах помогла мне закрепить полученные на лекциях знания: я училась выполнять разные виды инъекций, осуществлять уход за тяжелобольными пациентами, оказывать неотложную помощь и другое.

Во время обучения в колледже я поняла, насколько полезна выбранная мной профессия. Я стала очень нужным человеком для своей семьи и друзей. Со мной начали советоваться, спрашивать, что и как лучше сделать, если простудился, поднялась температура или давление, как грамотно ухаживать за больным человеком. Когда заболела моя мама, я следила за ее состоянием, помогала правильно подготовиться к обследованиям и сдаче анализов, ставила инъекции.

Свою первую практику в больнице я запомнила навсегда. Она состоялась в отделении реанимации и интенсивной терапии. Я наблюдала за медицинскими сестрами: постоянно на ногах, всегда готовые оказать пациентам неотложную помощь, трудящиеся без устали. Смотря на них, я восхищалась их стойкостью. Я убедилась, как много медсестре нужно уметь делать. Она собирает анамнез, постоянно следит за состоянием больного человека, участвует в обходе пациентов вместе с врачом, выполняет сложные сестринские манипуляции: уход за назогастральным зондом, венозными катетерами, различными дренажами, проводит профилактику пролежней и тромбозболии. Даже покормить пациента в реанимационном отделении непросто, потому что чаще всего это парентеральное питание. Порой в реанимации возникают непредвиденные ситуации, когда медицинская сестра должна принять быстрое и грамотное решение.

На своей первой практике, столкнувшись с реальными пациентами, я поняла, что именно отличает профессию медицинской сестры от ряда других. Самое главное, сестринский персонал должен не только умело осуществлять манипуляционную деятельность, но еще оказывать психологическую поддержку пациентам и их родственникам. Я считаю, что очень важно уметь расположить к себе человека, помочь добрым советом, ласковым словом. В любой ситуации проявить уважение, самообладание, чуткость, самоотверженность, милосердие, обладая при этом высокой стрессоустойчивостью, концентрацией внимания и быстрой реакцией. Душевность, способность сопереживать ближнему, воспитанность, ответственность, терпение, искренность - вот нравственно-этические показатели, которые важны для профессии медицинской сестры.



Очень много значит внешний вид медицинской сестры: одежда, эмоции, прическа. Я, как медсестра, всегда должна выглядеть аккуратно и вести себя достойно. Не должно быть пренебрежительного отношения к пациенту. По моему мнению, только обладая всеми этими качествами, можно добиться высоких профессиональных успехов.

По окончании колледжа в 2018 году, моя трудовая деятельность началась в детской инфекционной больнице. В отделение днем и ночью поступали тяжелобольные дети. К каждому ребенку нужно было найти особый подход, быстро выполнять все врачебные назначения, уметь экстренно действовать в непредвиденных обстоятельствах. Благодаря работе в стационаре, мной был получен бесценный практический опыт. На работу я шла с удовольствием, так как меня встречали малыши, радующиеся моему приходу, а я - их выздоровлению. Для меня улыбки выздоравливающих детей и их счастливые родители - самая лучшая благодарность. К сожалению, я не смогла остаться работать в стационаре по состоянию здоровья.

В настоящее время я работаю медицинской сестрой сурдологического центра городской клинической больницы №1 им. Кабанова А.Н. Наш центр занимается реабилитацией пациентов с нарушениями слуха. Когда я только устроилась на работу, для меня все было очень интересным, но незнакомым. Я переживала, что ввиду своей неопытности, не смогу разобраться в работе с аппаратурой и справляться с работой качественно. Но благодаря внимательности, доброте и искренней поддержке всего коллектива, я преодолела свои сомнения и страхи. Я знаю, что всегда могу обратиться к своим коллегам за советом. Особенно я благодарна старшей медицинской сестре Якименко Галине Васильевне и своей наставнице Наталье Михайловне Передня за ежедневную помощь и терпение в работе со мной.

Моя работа заключается в обследовании слуховой функции пациентов. Я работаю с людьми разного возраста: с малышами, подростками, взрослыми и пожилыми. Провожу тональную пороговую аудиометрию при помощи специального прибора - аудиометра, который помогает исследовать воздушное и костное звукопроводение. В аудиометре предусмотрен набор различных звуковых частот. При обследовании я постепенно повышаю громкость каждой из них, а задача пациента состоит в том, чтобы определить момент, когда он начинает слышать звук. По данным результата я черчу аудиограмму, с помощью которой можно увидеть есть ли у человека нарушение слуха. После проведенного обследования пациент отправляется на прием к врачу-сурдологу, и на основании аудиограммы врач устанавливает диагноз. Для постановки точного диагноза аудиометрия может быть назначена пациенту несколько раз. Маленьким детям диагноз ставится после двух-трех посещений. Для прохождения военной комиссии требуется ежедневное обследование слуховой функции в течении трех дней.

Ежедневная моя деятельность кажется однообразной. Но это не так! Пациенты приходят на прием в различном эмоциональном состоянии. У некоторых плохое настроение, кто-то бывает недоволен, расстроен или обижен. Пациенты все разные, а значит и подход, слова, методы и формы обследования для каждого разнообразны. Прежде чем начать обследование, нужно с человеком побеседовать, успокоить, настроить на положительную волну, несколько раз объяснить задание.

Сложно, но и очень интересно общаться с маленькими детьми. Многие дети боятся надевать наушники, боятся громкого звука, поэтому важной задачей является умение медсестры успокоить ребенка, создать добрую атмосферу, завоевать доверие маленького пациента и его родителей, правильно и просто объяснить задание. Чтобы провести аудиометрию, приходится начинать игру. Только в игре ребенок раскрывается и понимает, что от него требуется. Так же во время обследования стоит учитывать, что малышам сложно долго концентрировать вни-



мание, они быстро устают, поэтому важно следить, чтобы ребенок не отвлекался и выполнил все точно. Проводить аудиометрию необходимо быстро, четко и правильно.

Определенные сложности возникают при работе с особенными детьми, которые имеют сложную структуру дефекта (олигофрения, энцефалопатия, синдром Дауна, эпилепсия, ДЦП, алалия, аутизм, снижение зрения и другие заболевания). В таких случаях, для точной постановки диагноза ребенку аудиометрическое обследование я провожу вместе с сурдопедагогом.

Я считаю, что очень важно точно провести аудиометрию, потому что от этого зависит дальнейшая судьба пациента. По результатам обследования ставится вопрос о слухопротезировании или кохлеарной имплантации. В первом случае человеку подбирают слуховой аппарат, благодаря которому он снова хорошо слышит и понимает чужую речь, а это дает возможность хорошо адаптироваться в социуме. Дети в слуховых аппаратах могут посещать обычную школу, получать дальнейшее образование в колледжах и вузах. Слуховые аппараты обеспечивают жизненный комфорт и помогают избежать критических ситуаций: при переходе автомобильного шоссе, в людском потоке на улице, при поездке в транспорте. Все слуховые аппараты строго индивидуальны для каждого пациента. В будущем, я планирую научиться настраивать слуховые аппараты

Я убеждена, что без медицинских сестер невозможна деятельность медицинских организаций. В настоящее время медицинская сестра – это, прежде всего, профессионал, высококлассный специалист. Она готовит пациентов к приему у врача, к различным видам обследований, выписывает рецепты, работает с медицинской документацией, современным техническим оборудованием. Я уверена, что эффективность и качество работы во многом зависит от добросовестности и слаженности команды врач – медицинская сестра.

В нашей больнице немало специалистов с высокой профессиональной квалификацией, которые, несмотря на многолетний нелегкий труд, не утратили свою душевность, доброту, теплоту, сочувствие. Эти качества не сгорели у них в водовороте бурь повседневной рутины. Каждый день приходится слышать стоны, жалобы, недовольства. Но медицинские сестры преданы своей профессии и любят ее.

Связав свою жизнь с медициной, я всегда могу быть уверенной, что живу не зря. Моя профессия - это моя жизнь. Я горжусь тем, что помогаю людям выздоравливать, постоянно вижу улыбки благодарных пациентов и очень этому рада!

Мы живем в век стремительно развивающегося научно-технического прогресса. Без постоянного обновления профессиональных знаний и навыков обойтись нельзя. Благодаря системе непрерывного медицинского образования, я планирую постоянно совершенствовать свою квалификацию. Это возможно при обучении в Центре повышения квалификации работников здравоохранения, участии в семинарах, в онлайн-вебинарах, конкурсах, которые проводит Омская профессиональная сестринская ассоциация. Так же я посещаю занятия в школе молодых специалистов и школе дублеров старшей медицинской сестры, организованных учебно-методическим кабинетом нашей больницы. В нашем отделении я бы хотела освоить смежные специальности: медицинской сестры лечебного кабинета лазерной терапии, УЗИ-диагностики. Я очень хочу, чтобы каждый человек мог проходить высококвалифицированное обследование и получать качественную медицинскую помощь.

В будущем я хочу развивать себя в профессии медицинской сестры: получить высшее сестринское образование и заниматься сестринскими исследованиями.

Я считаю, что медицина - не профессия, а призвание. Без любви к человеку, невозможно стать высокопрофессиональной медицинской сестрой.



Хочу сказать, что здоровье - это самое главное в жизни человека, и я, как медицинская сестра, обязательно должна участвовать в оздоровлении нации.

Мне хочется закончить свое эссе словами К.Д. Ушинского: «Если вы удачно выберете труд и вложите в него свою душу, счастье само вас отыщет».

## **РОЛЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

**Цыганкова Е.В.**

*БУЗОО «Городская клиническая больница №1 им. Кабанова А.Н.», г. Омск*

Ограничение двигательной активности населения, несбалансированное питание, избыточный вес, нервно-психические перенапряжения, распространение вредных привычек, таких как курение, чрезмерное употребление алкоголя способствуют возникновению хронических заболеваний, в том числе, органов системы пищеварения.

Начиная с работ И. П. Павлова и последователей его школы, было экспериментально доказано влияние двигательной активности человека на секрецию и моторику желудка, деятельность слюнных желез, что позволило активно применять лечебную физическую культуру (ЛФК) в современной комплексной реабилитации пациентов с хроническими заболеваниями органов пищеварения. Так же было замечено, что пациенты, занимающиеся лечебной физической культурой, значительно быстрее выздоравливали, нежели пациенты с той же патологией, не занимающиеся оздоровительными упражнениями.

Основываясь на известном опыте, в физиотерапевтическом отделении БУЗОО «ГКБ №1 им. Кабанова А.Н.» разработана и успешно применяется комплексная методика реабилитации пациентов, страдающих хроническими заболеваниями органов системы пищеварения. Предложенный нами комплекс упражнений позволяет разносторонне воздействовать на различные группы мышц, дыхательную и кровеносную системы, влиять на функциональные отправления внутренних органов, нормализуя или улучшая нервно-трофические процессы и обмен веществ, укрепить условно-рефлекторную деятельность организма. Комплексная методика реабилитации включает 3 этапа занятий: в стационаре, в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому, где лидирующая роль отводится инструктору по лечебной физкультуре и участковой медицинской сестре.

На первом этапе стационарного лечения в зале ЛФК мы проводим обучающие занятия, на которых пациентам предлагаем выполнять комплексы движений, включающие специальные упражнения корригирующего характера. Эти упражнения выполняются с полной амплитудой в среднем темпе, с числом повторений 6-8 раз и чередуются с дыхательными упражнениями и упражнениями на расслабление в определенной последовательности. При этом используем различные гимнастические предметы: утяжелители разного веса, гимнастические палки, фитболы, мячи, обручи. В заключительной части занятия проводим аутогенную тренировку, что является мощным средством восстановления психоэмоционального состояния пациентов, способствующим оздоровлению организма. Объясняем требования по ведению дневника самоконтроля каждым пациентом на протяжении всего периода реабилитации, который включает



мониторинг самочувствия в течение дня (контроль пульса и артериального давления утром и вечером, наличие болевых ощущений, качество сна, аппетита и пищеварения).

При реабилитации на втором этапе в амбулаторно-поликлинических условиях пациенты так же посещают зал ЛФК. При этом используем комплексы, в составе которых упражнениям корригирующего характера отводится основное место. Количество корригирующих упражнений значительно преобладает над дыхательными упражнениями и упражнениями на расслабление, нежели на первом этапе восстановления. Нагрузка усиливается по мере увеличения тренированности. Амплитуда выполнения полная, темп средний и быстрый, а количество повторений 8-10 раз. Важным фактом оздоровления на данном этапе реабилитации является то, что пациентам мы рекомендуем еженедельный активный отдых всей семьей, выезды на природу с выполнением домашнего задания (например, составить фотоотчет «Я, моя семья и мое здоровье»). Это мотивирует их к занятиям ЛФК, а также является мощным социальным и психокорригирующим фактором адаптации к новым условиям жизни на данном этапе восстановления, способствует повышению социальной значимости пациента в семье и обществе. Формируется сплоченность реабилитационной группы, так как данная методика занимает значительный отрезок времени в жизни пациентов. Пациенты, общаясь друг с другом, приобретают опыт по ведению здорового образа жизни. Проверяя выполнение домашнего задания и назначений врача, инструктор ЛФК в зале, а участковая сестра на дому контролируют состояние здоровья пациентов вне больницы и регулярность выполнения наших рекомендаций.

На третьем этапе занятий в домашних условиях продолжают лидировать специальные упражнения корригирующего характера, но уже только те упражнения, которые пациент выбрал самостоятельно из комплекса, предложенного нами ранее. Выполнение упражнений на дому еженедельно проверяем путем контроля дневников самоконтроля, которые пациенты продолжают вести и предъявляют при очередном посещении участкового врача. На этом этапе у пациентов появляется привычка регулярных занятий физическими упражнениями, а также приобретает хобби активного отдыха (например, плавание, пешие прогулки, езда на велосипеде, фотоохота и др.).

За последний год по предложенной нами методике занималось 24 пациента в возрасте от 30 до 45 лет с такими заболеваниями как хроническая язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический холецистит, диффузные изменения поджелудочной железы, хронический геморрой, которые прошли все этапы восстановительного лечения. Все пациенты хорошо перенесли процедуру занятий физическими упражнениями. У них отмечалось либо полное выздоровление, либо длительная ремиссия, позволяющая предотвратить возникновение осложнений.

Высокая квалификация инструкторов ЛФК и сестринского персонала, работа единой командой способствуют эффективности лечебных мероприятий.

При реализации реабилитационного комплекса мы добились:

- создания у пациентов мотивации к изменению образа жизни,
- обучения их навыкам, направленным на преодоление проблем со здоровьем и повышения качества жизни;
- сознательного активного участия пациентов в процессах лечения и реабилитации.

Это позволило пациентам:

- отказаться от вредных привычек;
- улучшить состояние здоровья и избежать осложнений заболевания;
- адаптироваться к новым условиям и принять здоровый образ жизни;
- сформировать ответственное отношение к своему здоровью.



Полученные результаты доказывают успешность реабилитационной программы и необходимость дальнейшего ее применения в практике лечения пациентов с хроническими заболеваниями для повышения качества оказания медицинской помощи населению.

Литература:

1. Стрельцова, Н. В. Лечебная физкультура в реабилитации больных с заболеваниями системы пищеварения [Текст] / Н. В. Стрельцова, Н.А. Науменко. - М.: Медицина, 2017. - 109 с.
2. Фонарев, М.И. Справочник по лечебной физкультуре [Текст] / Михаил Фонарев. - Л.: Медицина, 2016. - 689 с.

