



Омская региональная общественная организация
“Омская профессиональная сестринская ассоциация”

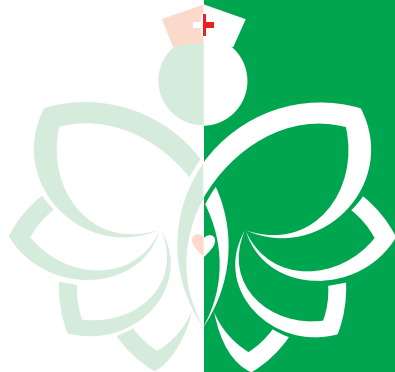


II РЕГИОНАЛЬНЫЙ ФОРУМ

“НОВЫЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ПЕРВИЧНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ”

г. Омск, 7 декабря 2018 г.

ТЕЗИСЫ ФОРУМА



Омская региональная общественная организация
«Омская профессиональная сестринская ассоциация»

**СБОРНИК ТЕЗИСОВ
II РЕГИОНАЛЬНОГО ФОРУМА
«НОВЫЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР
В ПЕРВИЧНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ»**

7 декабря 2018 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>Абрамова Т.А.</i> Роль акушерки в оказании медицинской помощи беременным высокой группы риска	8
<i>Аксюченко Т.В.</i> Актуальные вопросы обеспечения качества лабораторных исследований	11
<i>Аникина А.Е.</i> Повышение доступности и качества помощи детям в БУЗОО «Детская городская больница №4» города Омска	19
<i>Антонова О.П.</i> Роль медицинской сестры наркологического диспансера в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний .	23
<i>Артищева Т.В., Дацюк С.Ф.</i> Новые роли медицинской сестры общей практики в улучшении качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста.....	27
<i>Афанасьенко Е.В., Цуканова С.В.</i> Автоматизированная информационная система в службе крови	32
<i>Балацан Г.А., Шагина О.В., Дмитриев С.А.</i> Будущее скорой медицинской помощи в сельской местности - мой взгляд	37
<i>Балякина Е.Г., Клишина Т.А.</i> Информационные технологии как метод улучшения качества и доступности медицинской помощи	39
<i>Безгина Н.В.</i> Применение современных технологий в клинико-диагностической лаборатории БУЗОО «ГК БСМП №1»	43
<i>Блинова Н.А., Пырина И.В.</i> Инновационные подходы в работе медицинских сестер при оказании психиатрической помощи детям и подросткам.....	48
<i>Ветрова Н.В.</i> Реабилитация в педиатрии - будущее без границ ..	53
<i>Гирфанова Е.П., Четвериков Д.В., Воронкова Т.А., Лопуха Е.Ю., Кучеренко А.А.</i> Пациент и его семья: от психообразования к социальной интеграции.....	57
<i>Головки О.А.</i> Профессиональная этика в акушерской практике в первичном здравоохранении	65



<i>Голоктионова Е.Ю., Дацюк С.Ф.</i> Профессионализм и этика как слагаемые качества сестринской помощи на дому пациентам с онкологическими заболеваниями	68
<i>Гольцова Д.Я.</i> Влияние интернет-ресурсов на модернизацию в работе медицинской сестры	73
<i>Громова М.Х., Гайдюченко А.С.</i> Внедрение методики релаксации в комплекс ЛФК при лечении пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы	76
<i>Громова М.Х.</i> Новые роли фельдшера кабинета амбулаторного приема в оказании первичной медико-санитарной помощи.....	81
<i>Дацюк С.Ф.</i> Роль профессиональной культуры в условиях реализации проекта «Бережливая поликлиника»	84
<i>Дедкова Л.В., Коваль Н.А.</i> Организация работы первичного онкологического кабинета и роль медицинской сестры в профилактике онкологических заболеваний	89
<i>Дорошенко М.Ю., Чаркова О.Г.</i> Опыт работы медицинских сестер при посещении на дому пациентов наркологического профиля.....	95
<i>Дорошенко М.Ю., Чаркова О.Г., Никитина А.Н.</i> Адаптация молодых специалистов в наркологическом диспансере	98
<i>Дружинина Е.В.</i> Применение акушерского пессария у беременных группы высокого риска по преждевременным родам	101
<i>Исабекова М.М.</i> Молодой специалист и современные перинатальные технологии.....	104
<i>Исакова Н.В.</i> Интеграция современных информационных технологий на амбулаторно-поликлиническом этапе	109
<i>Карагусова Д.М.</i> Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.....	114
<i>Качанова И.А.</i> Роль акушерки в диспансеризации гинекологических пациенток	119



<i>Кокорина Л.В.</i> Участие медицинской сестры в оказании интенсивной психиатрической помощи	123
<i>Копина А.Б.</i> Организация консультативного приема акушерки как пример расширенной акушерской практики.....	126
<i>Корольчук Н.М., Паршина С.Ю.</i> Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер наркологического отделения	131
<i>Кузюкова О.И.</i> Современные подходы к пациент-ориентированной модели преаналитического этапа лабораторных исследований.....	137
<i>Лисовик А.А.</i> Новая роль специалиста первичного здравоохранения.....	142
<i>Лудын Т.Н., Гирфанова Е.П.</i> Онтогенетический подход к оказанию специализированной психиатрической помощи во внебольничных условиях	146
<i>Моисеева Т.Ф., Балашова О.В., Морозова О.С.</i> Внедрение инновационной методики – трансфеноидальное удаление аденомы гипофиза. Роль операционной медицинской сестры.....	152
<i>Некрасова В.М.</i> Инновационные технологии в детской пульмонологии	156
<i>Новичкова Т.А., Киселева Г.А.</i> Организация пациент-ориентированного ухода за маломобильными пациентами на дому	161
<i>Оганесян А.Т., Пинигин К.С.</i> Будущее лабораторной диагностики – наш взгляд	166
<i>Осипова А.А.</i> Из записок медицинской сестры о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста	169
<i>Остапчук О.Ю.</i> Туберкулинодиагностика у детей.....	173



<i>Ошвинцева Н.В., Гурина Л.А., Клименко А.С., Верещагина С.А., Райхерт О.В., Дьякова Н.А.</i> Роль медицинской сестры по медико-социальной помощи в деятельности психиатрического диспансерного отделения для взрослого населения	176
<i>Панина Н.В., Никифорова Е.А.</i> Реализация проекта «Бережливая поликлиника» в БУЗОО «ГК БСМП №2»	180
<i>Разумова Н.В.</i> Особенности формирования здорового образа жизни среди населения.....	185
<i>Саитова Т.В.</i> Роль специализированной секции «Акушерское дело» в развитии специальности.....	189
<i>Салтыкова О.А.</i> Роль акушерки в сохранении репродуктивного здоровья женщины.....	192
<i>Светлая Г.Д.</i> Значимость деятельности центра кризисной беременности.....	197
<i>Скосярских Л.А.</i> Роль медицинской сестры в организации проведения школы артериальной гипертензии	200
<i>Соколовская С.А.</i> Роль медицинской сестры в организации ухода за новорожденными с хирургической патологией.....	204
<i>Строгонова Н.В.</i> Роль медицинской сестры в профилактике заболеваемости полости рта.....	210
<i>Сухорукова С.А.</i> Значимость медицинской сестры участковой в повышении доступности и качества помощи детям	214
<i>Тараненко М.В.</i> Современные требования и принципы выхаживания новорожденных детей в отделении реанимации и интенсивной терапии	219
<i>Тимонина В.Ю.</i> Инновационные лабораторные методы диагностики туберкулёза	226
<i>Тимофеева Е.В., Дорошенко М.Ю.</i> Этические аспекты взаимоотношений с пациентами в деятельности медицинских сестер наркологического диспансера.....	231



<i>Трушкина Е.Г.</i> Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.	237
<i>Филатова М.А.</i> Внедрение современных технологий в клинической лабораторной диагностике	241
<i>Фильчаков А.М.</i> Профессиональная компетентность как фактор качества в инновационном подходе к лабораторной диагностике	246
<i>Циглер Г.Ф., Герлиц И.Ю.</i> Роль медицинской сестры в работе с пациентами детского наркологического отделения	253
<i>Черная И.Н., Попова Е.Е.</i> Организация работы школы по уходу за пациентом в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Клиническая медико-санитарная часть №7»	257
<i>Шелема А.В., Баранова Н.В.</i> Задачи медицинской сестры-анестезиста в проведении гемодинамического мониторинга пациенткам с преэклампсией	260
<i>Якубовская О.А.</i> Организация школы здоровья «реабилитация стомированных пациентов»	263



РОЛЬ АКУШЕРКИ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ВЫСОКОЙ ГРУППЫ РИСКА

Абрамова Т.А.,

БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск

Введение. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению числа беременных женщин, входящих в группу риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений. Беременностью высокого риска принято считать беременность, при которой для матери и плода возможно увеличение факторов, осложняющих течение беременности и повышающих материнскую и перинатальную смертность.

Снижение адаптационных возможностей организма негативно сказывается на репродуктивном здоровье. При этом риск развития акушерских и перинатальных осложнений значительно повышается при прогрессировании беременности, при наличии экстрагенитальной патологии.

С целью обеспечения доступной и качественной медицинской помощи во время беременности и родов оказание медицинской помощи беременным осуществляется в соответствии с приказом МЗ РФ №572н, на основе листов маршрутизации, позволяющих предоставить дифференцированный объем медицинского обследования и лечения в зависимости от степени риска возникновения осложнений в учреждениях 3 уровня.

Материалы и выводы. Отделение репродуктивной и перинатальной медицины входит в структуру перинатального центра БУЗОО «ОКБ» и оказывает амбулаторную, первичную специализированную и лечебно-диагностическую помощь беременным высокого и среднего перинатального риска из 32 муниципальных районов Омской области и г. Омска.

На протяжении ряда лет в отделении увеличивается количество посещений беременных женщин высокого и среднего риска: 2015 г. – 9 525 пациенток, 2016 г. – 9 782 пациентки, 2017 г. – 11 925 пациенток. Группу высокого риска составляют беременные женщины: с перинатальной патологией со стороны плода; с акушерской патологией; с экстрагенитальной патологией. Особое внимание в работе с бере-



менными уделяется выделению группы беременных с высокой и средней степенью риска.

В структуре экстрагенитальной патологии на первом месте стоит патология сердечно-сосудистой системы (65%), на втором месте - заболевания ЖКТ (10%), на третьем месте – анемии различной степени тяжести и генеза (7,5%) и др.

Беременные с осложненным течением беременности составляют основную часть акушерского приема – 87%. В структуре осложненной беременности на первом месте стабильно остается плацентарная недостаточность – 45 %, ВУИ – 22% ,угроза прерывания беременности – 14%, другие осложнения беременности - 19%.

Целью обращения беременных женщин высокого и среднего акушерского и перинатального риска является:

- дообследование;
- уточнение диагноза;
- изменения пренатального скрининга;
- уточнение плана ведения беременности;
- коррекция терапии;
- определение места родоразрешения;
- решение вопроса о возможности вынашивания беременности.

Важная роль в оказании акушерской помощи беременным высокой группы риска на амбулаторном этапе отводится сестринскому персоналу. Акушерка под руководством врача-акушера-гинеколога определяет группу перинатального риска, используя шкалу оценки риска В. Радзинского, с учетом индивидуальных особенностей анамнеза, течения беременности и родов. Оценка факторов акушерского и перинатального риска на ранних сроках беременности позволяют прогнозировать возможные осложнения, в зависимости от степени риска составить индивидуальный план наблюдения. При проведении комплекса обследований, который включает: общеклинические, биохимические, гормональные, ультразвуковые и иммунологические исследования сестринский персонал профессионально и качественно оценивает ситуацию, оптимально определяет маршрутизацию пациента, что очень важно для регулирования очередности на амбулаторном приеме. Особое значение имеет разработанный в отделении алгоритм обследования и ведения беременных женщин, что



позволяет спрогнозировать и своевременно предотвратить возможные осложнения беременности и родов, решить вопрос о своевременной госпитализации. Благодаря этому большинство беременных даже при осложненном течении беременности вынашивают беременность и госпитализируются своевременно на родоразрешение в перинатальный центр.

Решающая роль в комплексе мероприятий по профилактике и предупреждению врожденных болезней принадлежит пренатальной диагностике, позволяющей предупредить рождение детей с тяжелыми некорректируемыми пороками развития плода. В настоящее время внедрена программа обязательного ультразвукового скрининга (12-14 недель, 18-22 недели, 30-32 недели). Акушерки участвуют в проведении пренатальных консилиумов совместно с врачами ультразвуковой диагностики, перинатологом, генетиком, кардиохирургом, где определяются показания и решается вопрос о возможности проведения инвазивной диагностики. При выявлении пороков развития плода информируют семью о возможном рождении ребенка с тяжелой соматической и хромосомной патологией, которая после рождения может сочетаться с умственной отсталостью и глубокой инвалидизацией новорожденного. В таких случаях разъясняют необходимость прерывания беременности по медицинским показаниям. От умения акушерки построить доверительные отношения с беременными и умения разъяснить проблематику данной патологии зависит качество жизни семьи в целом.

Одной из современных методик, проводимых в отделении, является биопсия ворсин хориона, которая позволяет уже в первом триместре беременности своевременно выявить патологию плода и дать возможность пациентке решить вопрос о пролонгировании беременности. На сегодня данная методика в Омской области проводится только на базе БУЗОО «ОКБ» при активном взаимодействии акушерки с врачом-акушером-гинекологом. В результате проведенных исследований за последние три года удалось выявить 109 случаев хромосомной патологии.

С целью профилактики возможных осложнений беременности, родов, сохранения репродуктивного здоровья женщины сестринским персоналом проводится профилактическая работа с этапа планиро-



вания семьи: проведение бесед, выпуск памяток, буклетов, санитарных бюллетеней и др. Вся эта работа направлена на предупреждение развития осложнений во время беременности и получения здорового потомства.

Резюме. Таким образом, роль акушерки в оказании медицинской помощи беременным высокой группы риска достаточно высока. Только при четко организованной работе сестринского и врачебного персонала удастся своевременно спрогнозировать и предотвратить возможные осложнения в течении беременности у данной группы пациентов.

Литература:

1. Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск. Максимум информации - минимум опасности для матери и младенца. – М.: Эксмо, 2009. - 288 с.

2. Приказ МЗОО №115 от 23.11.2011 г. «Об утверждении порядка проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка»

3. Приказ МЗ РФ №572н от 01.11.2012 г. «Порядок оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий)»

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Аксюченко Т.В.,

БУЗОО «Омская центральная районная больница», Омская область

Одним из важнейших составляющих качества оказываемой медицинской помощи в целом является качество клинических лабораторных исследований в учреждениях здравоохранения. За последние десятилетия в медицинской отрасли проводятся активные исследования, сделан целый ряд открытий, предлагаются инновационные подходы в диагностике и лечении различных заболеваний. Современ-



менная медицина требует от лечащего врача в процессе диагностики и назначения лечения основываться на надежной информации и минимизировать неблагоприятные последствия различных вмешательств.

Одним из наиболее важных факторов качества медицинской помощи является высокий уровень диагностических мероприятий, в которых большое значение имеет клиничко-лабораторная диагностика. Создание эффективной системы управления качеством является важнейшей задачей отраслевого менеджмента. Качество и эффективность должны стать действительно ключевыми критериями оценки деятельности как медицинских организаций, так и их структурных подразделений. Контроль качества клинических лабораторных исследований - это создание и регулярное осуществление системы мероприятий для выявления и предотвращения недопустимых погрешностей, которые могут проявиться в процессе выполнения лабораторных исследований. Система контроля качества основана на принципах стандартизации всех этапов лабораторного исследования и анализе результатов внутрिलाбораторного контроля качества и внешней оценки качества.

Контроль качества лабораторного исследования — система мер по контролю над соблюдением качества выполнения лабораторного анализа на всех этапах его осуществления — от периода подготовки пациентов к процедуре взятия крови до использования полученных результатов в клинике. Сущность контроля качества становится более понятной, если рассмотреть критерии, характеризующие аналитическую пригодность метода. К ним относятся: специфичность, точность, сходимость, воспроизводимость, правильность, избирательность и чувствительность.

По данным статистики, до 70% ошибок в лабораторной медицине возникают на внелабораторных этапах лабораторно-диагностического исследования. Правильно организованный контроль качества позволяет избежать до 99% ошибок.

Под качеством лабораторных исследований в мировой практике подразумевают:

- использование информативных показателей, таких как доступность и правильностью выбора;



- своевременность и точность результата – правильное выполнение на всех этапах исследования;
- эффективное и компетентное использование полученных результатов.

Лабораторные дефекты - это затраты не только времени и усилий персонала лаборатории, но и прежде всего дефекты лечения пациента клиницистами. Ошибочная интерпретация лабораторного исследования ведет к ошибочной диагностике и ошибочному назначению лекарственных средств. Система качества – это скоординированные действия, направляющие и контролирующие деятельность организации в отношении качества.

Основные нормативно-правовые документы, регламентирующие управление качеством:

- Приказ № 220 от 26.05.03 «Об утверждении отраслевого стандарта «Правила проведения внутрилабораторного контроля качества количественных методов клинических лабораторных исследований с использованием контрольных материалов»»;
- Приказ № 45 от 07.02.2000 «О системе мер по повышению контроля качества клинических лабораторных исследований в учреждениях здравоохранения РФ».

Качество выполнения в учреждении лабораторных анализов во многом определяется особенностями используемого метода, тщательностью его исполнения, квалификацией лаборантов, техническим совершенством используемой аппаратуры, чистотой реактивов и точностью мерной посуды. Весь процесс производства результатов лабораторных исследований состоит из следующих технологических процессов и операций:

- преаналитический этап – включает в себя все стадии от назначения анализа клиницистом до поступления пробы в лабораторию на рабочее место, а именно: назначение анализа, взятие биологического материала, его обработку и доставку в лабораторию;
- аналитический этап - непосредственное проведение исследований;
- постаналитический этап – оформление и использование результатов.

Технологическая цепочка лабораторного исследования представлена на слайде: пациент получает направление на исследования,



заявленные лечащим врачом, далее происходит отбор биологического материала, затем проба транспортируется, проводится непосредственное исследование материала, выдается результат, врач интерпретирует результат, который помогает установить диагноз и назначить необходимое для пациента лечение. Весь процесс работы с пробамми должен быть продуман до мелочей от начала и до конца. Важна взаимосвязь между пунктами забора крови и лабораторией. На качество лабораторных исследований влияют: условия работы, знающий и компетентный персонал, реагенты и оборудование, выполнения требований контроля качества, передача информации, управление внутренними процессами в лаборатории и нестандартными ситуациями, качество ведения записей.

Существует 12 основных элементов системы качества. Их можно разделить на две составляющие:

- активное внешнее влияние всех действий на результат исследования
- процесс исследования (внутренние причины).

Все вышеперечисленные причины, влияющие на качество исследования, образуют технологическую цепочку. Остановимся более подробно на всех элементах.

Первым пунктом в технологической цепочке контроля качества является политика руководства к организации контроля: считает ли руководитель контроль качества лабораторных исследований приоритетным. Отсюда вытекает обеспечение лаборатории необходимыми ресурсами и получение необходимой для работы информации. Качество исследования определяют человеческие ресурсы: наличие достаточного числа штатных должностей, наличие должностных инструкций, укомплектованность кадрами, их квалификация, профессиональный рост и непрерывное образование. Высокий профессиональный уровень кадрового потенциала – залог успеха любого исследования. Немаловажным для лабораторных исследований является обеспеченность оборудованием. Приобретение необходимого оборудования, его установка, текущее сервисное обслуживание и ремонт, калибровка, метрологическое обеспечение. Закрытый процесс лабораторного исследования (автоматизация) один из гарантов качества, т.к. влияние внешних причин минимально.



Важную роль играют закупки и инвентарный учет. Добросовестность и надежность поставщиков обеспечивает своевременность поставки реагентов и расходных материалов и их качество. Важна квалификация поставщиков (поставщики, которые только поставляют товар и не более, и поставщики, которые, кроме поставок, осуществляют техническое обслуживание оборудования).

Для каждой лаборатории, независимо от уровня, необходимо проводить внутрилабораторный контроль каждого вида исследования для подтверждения качества расходных материалов (настройка оборудования), оценки правильности, достоверности и точность вида исследования. Каждое исследование должно быть зафиксировано в медицинской документации с целью исключения ошибок для возможной повторной передачи результата исследования клиницистам, для выдачи исследования пациентам, а также составления различного вида отчетности. Необходимо обеспечить при регистрации конфиденциальность результата. К этому же элементу системы контроля качества можно отнести использование компьютеризированных систем лабораторной информации, которые, безусловно, значительно облегчают работу специалистов лаборатории, но, к сожалению, на сегодняшний день применяются далеко не в каждой лаборатории.

Управление документами и записями является одним из 12 основных элементов системы качества. Эта система управления организует как использование, так и поддержание документов и записей. Одна из основных целей поддержания документов и записей заключается в том, чтобы информацию можно было найти в тот момент, когда она потребуется. Как только формы используют для записывания информации, они становятся записями. Примерами документов являются лабораторное «Руководство по качеству», стандартные операционные процедуры и рабочие инструкции. Записи - это информация, полученная в лаборатории в процессе выполнения лабораторных исследований и представления их результатов. Записи имеют следующие характеристики: их легко найти и просмотреть; они содержат информацию, которая является неизменной и не требует обновления. Примерами записей будут заполненные формы, графики, журналы регистрации проб, записи данных пациентов.



В любой лаборатории, в независимости от уровня медицинской организации, возникают нештатные ситуации: жалобы пациентов, ошибки при регистрации результата, гемолиз или липимия доставленных образцов, нарушение их транспортировка, нарушения в ведении документации. Должны быть проанализированы причины возникновения возможных нештатных ситуаций, приняты необходимые меры по корректировке возникшей ситуации, а также меры упреждающего характера. Здесь имеет смысл говорить о разработке стандартных операционных процедур. Для минимизации рисков и ошибок на преаналитическом, аналитическом и постаналитическом этапах работы лабораторий необходимо проводить стандартизацию операций и процессов в рамках конкретной лаборатории. Очень важно для любого специалиста лабораторной службы уметь управлять нештатной ситуацией.

Немаловажен элемент оценки работы лаборатории. Оценка может быть внутренней - выполняется собственным персоналом медицинской организации (административные обходы, проведение инвентаризации бухгалтерией, анализ работы на основании статистической отчетности) или внешней - проводится сторонней организацией (аккредитация, проверка Роспотребнадзора, инспекторские проверки внештатного специалиста по лабораторной диагностики).

Улучшение лабораторных процессов является чрезвычайно важным в системе управления качеством, это и оценка рисков, и разрешение проблем, т.е. все действия, которые ведут к постоянному улучшению качества работы лаборатории. Лаборатория производит свой продукт - результаты анализов для своих клиентов. Если клиенты не получают хорошее обслуживание, то лаборатория не выполняет свою основную задачу. Специалистам лабораторий нужно знать, кто их клиенты, и понимать их потребности и запросы. Круг клиентов медицинских лабораторий включает пациентов, врачей, ведомства, имеющие отношение к здоровью населения, и людей, проживающих рядом с лабораторией. Весь персонал лаборатории должен понимать важность удовлетворенности потребителей. Каждый сотрудник должен всегда взаимодействовать с клиентами подобающим образом, предоставлять всю необходимую информацию и быть вежливым, соблюдая этический кодекс медицинской сестры. Надежность и без-



опасность в системе контроля качества включает в себя множество факторов: оборудование помещений; ограничение доступа в лабораторию; соблюдение техники безопасности при работе с биологическим материалом, медицинскими отходами; соблюдение режима труда и отдыха. Внедрение системы качества не гарантирует лабораторию от ошибок, но выявит возможные ошибки и предотвратит их повторение. Лаборатории, не имеющей системы управления качеством, гарантировано наличие невыявленных ошибок.

Хочу напомнить организацию контроля качества на основных этапах лабораторного исследования.

Преаналитический этап. Основа обеспечения качества на преаналитическом этапе - разработка и чёткое соблюдение инструкции по качеству проведения этой стадии лабораторного исследования, а также максимальная стандартизация всех основных моментов.

Подготовка пациента к исследованиям - одна из важных составляющих внелабораторной части этапа. Врач должен обязательно объяснить пациенту необходимость лабораторных исследований и информировать пациента о том, как ему нужно подготовиться к исследованиям. Качественное взятие материала является одним из стандартизирующих и предопределяющих моментов всего лабораторного исследования.

Использование вакуумных систем - необходимый шаг в создании стандартных условий взятия, транспортировки и хранения биологических проб пациентов. Внедрение таких систем оказывает влияние на все этапы лабораторного исследования и, в целом, переводит организацию работы лаборатории на иной уровень. Особое значение имеет стандартизация процесса транспортировки проб в лабораторию. Общее правило: доставить материал в лабораторию как можно быстрее. При транспортировке учитывается стабильность отдельных анализов в зависимости от времени, температуры, воздействия прямого света. Основная форма контроля преаналитического этапа - периодические внешние и внутренние инспекционные проверки. В отличие от пре- и постаналитического этапов, где основными формами контроля служат периодические инспекционные проверки (внешние и внутренние), контроль качества аналитического этапа – это, прежде всего, оценка результатов измерений контрольных образцов. Выде-



ляют внутрилабораторный контроль качества и внешнюю оценку качества исследований.

Под внутрилабораторным контролем качества понимают проверку результатов измерений каждого аналита в каждой аналитической серии, осуществляемую ежедневно непосредственно в лаборатории путём использования принятых алгоритмов оценки измерений контрольных материалов, преимущественно с целью оценить их воспроизводимость (близость результатов измерений одной и той же величины, полученных в разное время). Цель внутрилабораторного контроля - выявление и устранение недопустимых отклонений от стабильного выполнения теста в лаборатории, т.е. выявление и устранение недопустимых аналитических ошибок. Целью внешней оценки качества исследований является оценка соответствия результатов исследований установленным нормам аналитической точности. Внешняя оценка качества - объективная проверка результатов лаборатории, осуществляемая периодически внешней организацией. Аналитический этап состоит из внутрилабораторной и внелабораторной части. Основной элемент внутрилабораторной части - проверка квалифицированным лабораторным специалистом результата анализа на предмет его аналитической достоверности, биологической вероятности или правдоподобия, а также сопоставления каждого результата с референсными интервалами. Внелабораторная часть - это, прежде всего, оценка лечащим врачом клинической значимости информации о состоянии пациента, полученной в результате лабораторного исследования. Управление качеством не является чем-то новым, оно развивалось на основе работ основоположников теории качества. Управление качеством применимо как в промышленности, так в медицинских лабораториях. Лаборатория – это сложная система, для достижения качества все звенья системы должны работать правильно. Подходы к внедрению системы качества могут различаться в зависимости от местных условий (подчиненности, организационной структуры, месторасположения, объемов исследования и т.д.), но все основные элементы систем и должны быть учтены и применены.

В заключение хотелось бы привести слова одного из основоположников системы качества Филиппа Кросби: «Качество – это когда занимаешься тем, что следует, и делаешь это как следует».



Литература:

1. ФЗ № 184-ФЗ от 27 декабря 2002 г. «О техническом регулировании».
2. ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования».
3. ГОСТ Р 53079.4-2008 «Технологии лабораторные клинические. Обеспечение качества клинических лабораторных исследований». Часть 2. Руководство по управлению качеством в клинико-диагностической лаборатории. Типовая модель. Часть 4. Правила ведения преаналитического этапа.
4. ГОСТ Р ИСО 15189-2015 «Лаборатории медицинские. Частные требования качеству и компетенции».
5. ГОСТ Р 1.0-2004 «Стандартизация в Российской Федерации. Основные положения».
6. Приказ МЗ РФ № 45 от 07.февраля 2000 г. «О системе мер по повышению качества лабораторных исследований в учреждениях здравоохранения Российской Федерации».
7. Приказ МЗ РФ № 220 от 26 мая 2003 г. «Об утверждении Отраслевого стандарта «Правила проведения внутрилабораторного контроля качества количественных методов клинических лабораторных исследований с использованием контрольных материалов»».

**ПОВЫШЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА ПОМОЩИ ДЕТЯМ
В БУЗОО «ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №4» ГОРОДА ОМСКА**

Аникина А.Е.,

БУЗОО «Детская городская больница №4», г. Омск

Для улучшения качества медицинской помощи и доступности для всего детского населения нашего округа, нашими сотрудниками было проведено исследование. На основании анализа динамики показателей официальной статистической отчетности (численность детского населения, заболеваемость, инвалидность, смертность) и результатов специальных научных исследований (заболеваемость, фи-



зическое развитие) показаны основные тенденции изменения состояния здоровья детей в современных условиях. Были представлены результаты опроса врачей-педиатров, анкетирования родителей, а также детей подросткового возраста (12-17 лет) по проблеме оказания медицинской помощи детям. Анкетирование проводилось на нескольких участках. Результаты комплексного анализа свидетельствуют о невысоком уровне качества и доступности на амбулаторно-поликлиническом уровне как профилактической, так и лечебно-диагностической помощи детям. На основании этих данных были определены основные направления работы по повышению доступности и качества всех видов медицинской помощи детям на поликлиническом уровне.

В Федеральном законе от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.08.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», статья 7 «Приоритет охраны здоровья детей» говорится следующее:

1. Государство признает охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых условий физического и психического развития детей.

2. Дети, независимо от их семейного и социального благополучия, подлежат особой охране, включая заботу об их здоровье и надлежащую правовую защиту в сфере охраны здоровья, и имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи.

3. Медицинские организации, общественные объединения и иные организации обязаны признавать и соблюдать права детей в сфере охраны здоровья.

4. Органы государственной власти РФ, органы государственной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления в соответствии со своими полномочиями разрабатывают и реализуют программы, направленные на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, снижение материнской и младенческой смертности, формирование у детей и их родителей мотивации к здоровому образу жизни, и принимают соответствующие меры по организации обеспечения детей лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями.

5. Органы государственной власти РФ и органы государственной власти субъектов РФ в соответствии со своими полномочиями созда-



ют и развивают медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детям, с учетом обеспечения благоприятных условий для пребывания в них детей, в том числе детей-инвалидов, и возможности пребывания с ними родителей и (или) иных членов семьи, а также социальную инфраструктуру, ориентированную на организованный отдых, оздоровление детей и восстановление их здоровья.

Подведя итоги и исправив некоторые пункты, согласно проведенному анкетному опросу, мы пришли к определенным выводам. Внедрение новых методов работы в учреждении сокращает очереди, упрощает запись на прием к врачам. Врачи ведут прием. Талоны разобраны, но очередей нет ни в коридорах, ни у регистратуры.

Важным аспектом деятельности учреждения является эффективное использование и постоянное обновление медицинского оборудования, что позволяет сотрудникам больницы внедрять в практику новые методы диагностики и лечения, постоянно совершенствуя процесс оказания медицинской помощи.

Конечно, раньше были и очереди на приемы к специалистам, что приводило к конфликтным ситуациям. Естественно и люди нервничали, и нам было тяжело работать, и конфликты были. Достоинством учреждения являются подготовленные высококвалифицированные кадры. Больница оснащена современным дорогостоящим оборудованием, позволяющим проводить исследования и лечение на уровне передовых технологий. В учреждении насчитывается 258 единиц диагностического и лечебного оборудования. Одна из основных задач больницы - информатизация. На сегодняшний день в учреждении сформирована единая электронная сеть, объединяющая три поликлиники учреждения. Регистратуры трёх поликлиник, рабочие места врачей поликлиник, диагностические подразделения, отделение восстановительного лечения, прививочно-картотечные кабинеты, кабинет медицинской статистики соединены локальной сетью, что позволяет пользоваться информацией из единой базы данных в режиме реального времени. С созданием единой электронной сети больницы врачи получили возможность работать с электронным расписанием, единой информационной базой пациентов поликлиники, базами лабораторных анализов, ультразвуковых исследований. Мы стараемся сохранять в своей работе и нервы свои и посетителей.



Для этого мы изменили работу регистратуры, сделали отдельно колл-центр где ведется работа с пациентами по телефону. Так же в колл-центре работает специалист по прикреплению населения, что очень удобно и для сотрудников, и для населения. В регистратуру введены две единицы специалистов: это администратор зала, что позволяет пациентам экономить время и найти помощь в различной ситуации, а также «картоноша», что облегчает работу регистраторов, т.к. данный специалист подготавливает амбулаторные карты к приемам. Это, естественно, упрощает работу медицинским сестрам, т.к. амбулаторные карты в кабинет доставляет данный специалист. Пациенты на прием идут по талонам, что предотвращает образования очередей. Очень удобно стало работать, благодаря разработанным новым стандартам самим медицинским сестрам: как участковым, так и специалистам узкой службы. Благодаря локальной сети, есть возможность пациенту выдать любую информацию о здоровье, которая его интересует. В связи с этим улучшается доступность и качество работы по оказанию помощи детскому населению.

Наша миссия: «Здоровые дети - здоровая нация». Основные принципы: доступность, компетентность, многопрофильность, инновационность, этапность.

Задачи:

- повышение квалификации медицинских работников,
- укрепление материально-технической базы,
- оказание качественной медицинской помощи,
- информатизация,
- расширение спектра диагностических услуг,
- внедрение новых методик,
- стандартизация,
- повышение мотивации медицинских работников к качественному труду.

Все вышеперечисленное позволяет маленьким пациентам получать доступную, квалифицированную, качественную медицинскую помощь в комфортных условиях.



Литература:

8. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 03.08.2018) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

9. Служба охраны здоровья матери и ребенка в 2007 году // Сборник информационных материалов. — М.: Минздравсоцразвития России, 2008. — 81 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Антонова О.П.,

БУЗОО «Наркологический диспансер», г. Омск

Каждый человек подвержен риску развития какого-либо заболевания. Самой уязвимой является сердечно-сосудистая система. Она хоть и состоит всего из двух элементов - сердца и кровеносных сосудов, но от ее работы зависит качество здоровья. Поэтому профилактика сердечных, сосудистых заболеваний занимает важное место в жизни каждого человека.

Как алкоголь, так и наркотики оказывают неблагоприятное влияние на организм человека. В связи с хроническим употреблением психоактивных (ПАВ) веществ поражаются все внутренние системы и органы. В первую очередь, это касается поражения сердца и сосудов.

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 наркологических заболеваний, в том числе, заболеваний сердца (в школах, в комиссиях по делам несовершеннолетних, на опорных пунктах полиции и др.);



- третичная профилактика, работа по предупреждению рецидивов хронических заболеваний.

Гигиеническое воспитание и пропаганда здорового образа жизни являются 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 являются профилактические беседы (групповые или индивидуальные), для этого медицинские сестры выпускают и используют в работе материалы для бесед.

Профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы начинается с обязательного условия существования человека - питания. Именно от него зависит качество жизни пациента и ее продолжительность. Здоровое питание - это один из главных аспектов не только получения энергии, но и профилактики не только наркологических заболеваний, но и заболеваний сердца.

Лечебное питание — один из главных факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья населения. Лечебное питание является самостоятельным лечебным фактором, который играет такую же роль, как медикаментозное или физиотерапевтическое лечение. Лечебное питание в обязательном порядке предполагает исключение (ограничение) или добавление определенных продуктов из повседневного рациона (в зависимости от болезни), а также в способе приготовления пищи. Целенаправленные диеты оказывают благоприят-



ное действие на пораженные системы организма и на весь организм в целом. Использование лечебного питания стало обязательным в комплексной терапии различных заболеваний, особенно внутренних болезней. В медицинских организациях введена новая номенклатура диет (система стандартных диет), отличающаяся по содержанию основных пищевых веществ и энергетической ценности, технологий приготовления пищи и среднесуточному набору продуктов. Внедрение в работу новой номенклатуры диет (система стандартных диет) определило возможность проведения индивидуального подхода к диетотерапии. Организация диетического питания имеет ключевое значение в здоровье сердца и сосудов, поскольку является одной из немедикаментозных способов коррекции повышенного холестерина.

Одной из проблем пациентов наркологического профиля является курение. Люди, которые курят, чаще страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями. Пассивные курильщики тоже рискуют получить хроническое заболевание сердечно-сосудистой системы. Прекращение курения значительно уменьшает риск появления заболеваний сердца и сосудов. Задача медицинской сестры: разъяснить пациентам, какой вред они наносят своему здоровью, с помощью бесед, уголков «Здоровье», санитарных бюллетеней, плакатов, профилактических акций, необходимо убедить каждого пациента соблюдать принципы здорового поведения, хотя порой это очень сложно в силу заболевания наркологического профиля.

Регулярные спортивные занятия являются сильным фактором предотвращения патологических состояний, связанных с заболеванием сердца и сосудов. Физические тренировки укрепляют стенки сосудов, возобновляют здоровую работу сердца и помогают всему организму быть в тонусе. Тренируя сосуды, человек обеспечивает себе защиту от таких заболеваний, как инсульт, ИБС, инфаркт и некоторые другие. В связи с этим в диспансере оборудован тренажерный зал для пациентов отделения медицинской реабилитации, а также функционируют залы лечебной физкультуры.

Одним из профилактических мероприятий сердечно-сосудистых заболеваний в наркологическом подразделении является регулярное измерение артериального давления. Резкий перепад давления может привести к нарушению целостности сосудов. Поэтому перед употреб-



лением лекарственных препаратов медицинской сестре необходимо проверить показатели артериального давления с занесением в лист сестринского наблюдения и суточный дневник, а при проведении инфузионной терапии артериальное давление измеряется до и после процедуры.

В основе медицинской профессии лежит уважение к жизни, включающее принцип священности человеческой жизни и принцип качества (осмысленности) жизни. Для медицинского работника любая жизнь обладает одинаковой ценностью, она священна. Искусство сестринского дела заключается в гармоничном сочетании творческого подхода и научной обоснованности процедур, пособий, словесных воздействий и бесед в процессе ухода за пациентами, в умении порой защитить пациента от обуревающих его негативных мыслей и чувств, как известно, существенно затягивающих выздоровление. Медицинской сестре необходимо научить пациента радоваться жизни, избегать конфликтных ситуаций, т.к. проявление доброты и терпимости создают ощущение благополучия и счастья. Доказано, что позитивные люди реже страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Итак, суммируя сказанное, повторим: правильное питание, физическая активность, психологический настрой на доброжелательное отношение к себе и миру, отказ от вредных привычек и регулярные физические нагрузки – вот тот минимум, который необходим для того, чтобы сердечно-сосудистые заболевания обошли стороной.

Сегодня нам, медицинским сестрам, по праву отводится важная роль в обеспечении доступной качественной и эффективной медицинской помощи и усилении профилактической работы.

Литература:

1. Береславская Е. Б. Заболевания сердечно-сосудистой системы. Современный взгляд на лечение и профилактику / Е.Б. Береславская. - М.: ИГ "Весь", 2010. – 192 с.
2. Гурвич М.М. Лечебное питание при сердечно-сосудистых заболеваниях / М.М. Гурвич. – М.: Китап-Пресс, 1995. – 221 с.



НОВЫЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Артищева Т.В., Дацюк С.Ф.,

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

Современное реформирование здравоохранения определяет ключевую роль медицинских сестер, оказывающих долговременную медицинскую и социальную помощь людям пожилого и старческого возраста, для которых чрезвычайно важными являются вопросы полноценной помощи на дому, психологической поддержки и осуществления взаимодействия с органами социальной защиты населения, повышающих качество жизни пациентов данной возрастной группы.

В составе поликлиники бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Городская клиническая больница №1 им. Кабанова А.Н.» работают три отделения общей врачебной практики, которые оказывают первичную медицинско-санитарную помощь в четырех микрорайонах Кировского округа на семнадцати участках врача общей практики. На долю этих отделений приходится 22,5 тыс. человек прикрепленного населения. Удельный вес пациентов старше 60 лет составляет около 30% (6698 человек). Из них 1272 пациента имеют группу инвалидности, что составляет 19% от общего количества населения старшей возрастной группы. Наиболее многочисленная категория пациентов - это инвалиды 2 группы. Около 85% пациентов пожилого и старческого возраста (5693 человека) имеют хронические заболевания, снижающие физическую и социальную активность. Для данной категории граждан характерно наличие одновременно нескольких хронических заболеваний (полиморбидность). Первое место в структуре заболеваемости пациентов пожилого и старческого возраста занимают заболевания сердечно-сосудистой системы. На втором месте - болезни органов дыхания.

На территории отделений общеврачебной практики проживает 67 участников Великой Отечественной войны и лиц к ним приравненных, 47 пациентов старше 80 лет, одиноко проживающих, и 153 пациента нетранспортабельных. Имеют право на получение социальной



помощи 1339 пациентов. Все они требуют повышенного внимания от медицинского персонала, т.к. имеют от трех и более хронических заболеваний, нуждаются в постоянном приеме лекарств, имеют проблемы самообслуживания, затруднения при ходьбе и подъеме по лестнице, а также психологические и материальные проблемы.

Для решения этих задач медицинской сестре общей практики, помимо традиционной роли исполнителя назначений врача, в настоящее время приходится действовать в роли организатора и координатора, педагога и консультанта, информатора и социального работника. Эти роли сестринского персонала реализуются:

- при проведении активных посещений на дому пациентов с хроническими заболеваниями, часто вызывающих скорую медицинскую помощь, посещений на дому одиноких, престарелых пациентов;
- при оказании профилактической, лечебной и диагностической помощи пациентам в рамках стационара на дому;
- при проведении диспансеризации и профилактических осмотров, осуществлении противоэпидемических мероприятий, в том числе вакцинации, в соответствии с национальным календарем профилактических прививок;
- при участии в информационных и образовательных программах в системе гигиенического обучения и воспитания населения.

Проведение патронажей (активного, сестринского социального) и стационара на дому составляет значительную часть самостоятельной работы медицинской сестры общей практики. Во время их проведения медицинская сестра как исполнитель наблюдает за динамикой функционального состояния пациента, соблюдением режима питания, правильностью приёма лекарственных препаратов, осуществляет лечебно-диагностические сестринские манипуляции (в стационаре на дому).

Как педагог медицинская сестра обучает пациента и его родственников:

- адекватной оценке симптомов заболевания;
- самоконтролю за состоянием здоровья;
- при частичной утрате способности к самостоятельному существованию основам коммунальной реабилитации и адаптации для создания условий максимально долгого и успешного проживания дома



при помощи разнообразных средств ухода и технических приспособлений;

- приемам поддержания двигательной активности, использованием костылями, креслом-каталкой, ходунками;
- основам безопасности пациента на дому, рекомендуя мероприятия по профилактике бытового травматизма (пожарная безопасность, устранение препятствий по ходу передвижения, установление опорных перил и ручек, безопасное хранение лекарств и пр.).

Как координатор медицинская сестра передаёт врачу информацию о малейших негативных изменениях в состоянии здоровья пациента для возможности оперативно отреагировать путем коррекции лечения, обеспечивает взаимодействие и сотрудничество с членами семьи пациента, контактирует с социальными службами.

Как информатор - всегда на связи с семьями пациентов для передачи информации обо всех изменениях состояния здоровья пациента, о врачебных осмотрах, назначенном лечении или госпитализации.

Медицинская сестра выполняет функции организатора квалифицированного ухода за тяжелобольными пациентами, в том числе при оказании паллиативной помощи на дому. Она консультирует близких пациента по вопросам изменения психики в старческом возрасте, помогая наладить психологический климат и доброжелательные отношения в семье пожилого человека. Консультации включают вопросы здорового образа жизни с целью сохранения и укрепления здоровья, приоритета отказа от вредных привычек, соблюдения жилищно-бытовой и личной гигиены, пропаганды основ физической культуры и оптимального двигательного режима, рационального питания, а также вопросы подготовки к различным видам медицинских исследований.

В ходе социального патронажа медицинская сестра общей практики определяет микроклимат в семье, необходимость и наличие социального работника, обеспеченность лекарственными препаратами, предметами медицинского назначения для индивидуального ухода и контроля состояния здоровья. Интересуется жалобами социального характера, потребностью пациента в реабилитации и адаптации к новым жизненным условиям. Предоставляет эмоциональную



поддержку и способствует стабилизации благоприятных тенденций для лечения. При необходимости медицинская сестра общей практики передает сведения в социальную службу.

Медицинскими сестрами общей практики ГКБ № 1 им. Кабанова А.Н. ежегодно выполняется на дому более 45 тыс. сестринских манипуляций. Сестринским наблюдением и уходом на дому охвачено 100% тяжелобольных и нетранспортабельных пациентов. На участках врача общей практики за последние три года пациентов с пролежнями не было. Рост объема оказания сестринской помощи населению в 2017 г., по сравнению с 2015 г., составил 11%. И, как следствие этого, наметилась тенденция к снижению количества врачебных посещений как на приеме в офисе врача общей практики, так и на дому, в среднем, на тысячу посещений в год.

Целям раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, поддержания и повышения качества жизни населения, а также формирования групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов, в том числе пожилого и старческого возраста, служит проведение диспансеризации и профилактических осмотров. В задачи медицинской сестры входит:

- активное информирование населения о целях, задачах диспансеризации и профилактического осмотра, об объеме и графике проводимого обследования;
- осуществление доврачебных медицинских исследований (опрос, анкетирование, антропометрия, расчет индекса массы тела, измерение артериального давления, определение уровня холестерина и глюкозы крови экспресс-методом, измерение внутриглазного давления бесконтактным методом, регистрация ЭКГ).

Медицинская сестра формирует комплект документов, включая заполнение учетной формы, ведет учет граждан, прошедших диспансеризацию и профилактический медицинский осмотр. В 2017 г. подлежало диспансеризации 2231 пациент старше 60 лет, профилактическому осмотру – 2119. Процент охвата составил 95% (в 2016 г. – 93%). По результатам диспансеризации или профилактического медицинского осмотра формируются группы состояния здоровья, которые подлежат диспансерному наблюдению врачом общей практики, врачами-специалистами. Согласно индивидуальной схеме динамическо-



го наблюдения каждый пациент был приглашен медицинской сестрой общей практики на осмотр, направлен на исследования согласно плану наблюдения, были назначены даты явки с результатами этих исследований. Особое внимание уделяется пациентам старшего возраста, находящимся в стадии подбора медикаментозной терапии. В 2017 г. на диспансерном учете по третьей группе диспансерного наблюдения состояло 100% пациентов в возрасте старше 60 лет, перенесших острую пневмонию, острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, имеющих заболевания «сахарный диабет», «артериальная гипертензия», «ИБС» и «ревматизм». Все диспансерные пациенты получили профилактическое амбулаторное лечение (при необходимости с широким применением физиотерапии, ЛФК, массажа и диетотерапии).

Для снижения уровня инвалидизации и смертности, улучшения качества жизни пациентов важным направлением оказания медицинской помощи пожилым людям является внедрение в повседневную практику информационных и образовательных технологий в системе гигиенического обучения и воспитания населения, основной из которых являются школы здоровья. В отделениях общей врачебной практики успешно работают школы здоровья для пациентов с артериальной гипертензией, сахарным диабетом и бронхиальной астмой. В них вместе с врачом медицинская сестра мотивирует пациента на соблюдение здорового образа жизни, осуществляет мониторинг за изменением состояния здоровья. На практических занятиях медицинская сестра обучает технике пользования предметами индивидуального контроля (тонометр, глюкометр, пикфлоуметр), современными средствами введения лекарственных средств (турбухалер, небулайзер, шприц-ручка), средствами ухода (памперсы, адсорбирующее белье и т.д.). Обучаемым предоставляется информация о диете, лечебной физкультуре, самоконтроле состояния здоровья, о мерах само-взаимопомощи при неотложных состояниях. За период с 2015 по 2017 г. обучение прошли 1205 пациентов. Проведено 1258 практических занятий по технике применения предметов индивидуального контроля и ухода, а также использования современных средств введения лекарственных препаратов. Среди выпускников школ здоровья



за последние три года осложнений основного заболеваний зарегистрировано не было.

Об успешности проводимой работы говорит удовлетворенность пациентов предоставляемыми медицинскими услугами, что выражается в отсутствии жалоб и наличием зарегистрированных благодарственных писем в адрес медицинских сестер общей практики.

Литература:

1. Концепция развития семейной медицины // Журнал «Медицинская сестра». - 2006. - № 1.
2. Подготовка сестринского персонала для оказания первичной медико-санитарной помощи населению в условиях функционирования общей врачебной практики // Журнал «Главная медицинская сестра». – 2000. - № 3.

АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА В СЛУЖБЕ КРОВИ

***Афанасьенко Е.В., Цуканова С.В.,**
БУЗОО «Центр крови», г. Омск*

Программа развития службы крови России является одной из главных программ Национального проекта в сфере здравоохранения, принятого Правительством РФ и реализуемого с 2008 г. Цель программы — на основе модернизации службы крови добиться существенного повышения обеспечения компонентами крови медицинские организации (МО) и повысить качество трансфузионной терапии и ее безопасность. В достижении этой цели важнейшая роль отводится созданию и ведению единой информационной базы данных донорства крови и ее компонентов. Для выполнения этой задачи был создан единый информационный центр службы крови России, проведено поэтапное внедрение компьютерного оборудования и автоматизированной информационной системы трансфузиологии (АИСТ) в региональных и иных учреждениях службы крови России. К 2012 г.



было создано 83 региональных информационных центра службы крови на основе региональных (республиканских, краевых, областных) центров (станций) переливания крови. В 16 учреждениях службы крови различных регионов внедрена система АИСТ, которая обеспечивает центры высокотехнологичной медицинской помощи качественной информацией об использовании компонентов и препаратов крови в требуемых объемах и номенклатуре, а также об осложнениях трансфузионной терапии и состоянии донорства крови и ее компонентов.

В конце 2011 г. в службе крови России насчитывалось более 600 подразделений. Из них 133 — это центры крови — крупные внекатегорийные учреждения или учреждения 1-й категории с мощностью производства более 10 000 л компонентов крови в год, в их число вошло бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Центр крови» (БУЗОО «ЦК»). С июля 2011 г. в БУЗОО «ЦК» ввод данных осуществляется только в программу АИСТ, с присоединением внешних источников. С 2012 г. в оперативном режиме поступает информация о лицах, имеющих гемотрансмиссивные и социально опасные заболевания, являющиеся абсолютным противопоказанием к донорству. В 2016 г. в системе появился целый ряд новых сервисов. Это организация СМС-рассылки из АИСТ, позволяющая медицинским сестрам донорского подразделения, не выходя из системы, пригласить человека на донацию или карантинизацию, поздравить его с Днем донора и пр. Была реализована возможность проследить полную историю хранения того или иного продукта — его перемещения не только из подразделения в подразделение, из статуса в статус, но даже из холодильника в холодильник, из камеры в камеру, со стеллажа на стеллаж, с полки на полку.

Визит донора в БУЗОО «ЦК» начинается с посещения регистратуры, где донор предъявляет документ, удостоверяющий личность. Медицинская сестра регистратуры отдела комплектования донорских кадров в карту донора и программу АИСТ в «Учетную карточку донора» вносит данные (дата, ФИО, число, месяц, год рождения, место работы, профессия, домашний адрес-место прописки и место проживания, контактный телефон донора, серия и номер паспорта). При внесении данных донора в АИСТ автоматически проводится проверка по информации, поступающей от внешних источников (БУЗОО



«ЦПБСИЗ», ФГУЗ «ЦГЭ в ОО», БУЗОО «КПТД», БУЗОО «ККВД», БУЗОО «НД») на лиц, имеющих абсолютные противопоказания и адресам эпидемиологического неблагополучия. Проводится опрос донора крови о дате и месте последней донации. В случае повторных обращений в БУЗОО «ЦК» в АИСТ в разделе «Работа с донорами» уточняется интервал от последней донации, результаты лабораторных исследований, комментарии. Так же проводится краткий опрос донора крови об имеющихся у него заболеваниях, травмах, операциях, состоянии здоровья на момент обращения, употреблении алкоголя за последние 48 часов, работа в ночную смену, о пребывании в эндемичных по малярии странах, у мужчин о прохождении службы в армии, у женщин о беременностях. В случае отклонений в состоянии здоровья, выявленных при опросе, по данным АИСТ или «Анкеты донора», гражданин направляется на консультацию к врачу-трансфузиологу. Если таких отклонений не выявлено, то гражданин с учетной формой направляется в кабинет клинической лабораторной диагностики для определения группы крови и уровня гемоглобина.

Врачи-лаборанты и фельдшеры-лаборанты отдела клинико-диагностической лаборатории выполняют определенный перечень анализов. После определения группы крови и резус-фактора донору присваивается персональный штрих-код. Первая марка со штрих-кодом наклеивается на карту. Врач-трансфузиолог использует сканер и штриховой код, нанесенный на карточку донора, оперативно находит всю необходимую информацию о доноре в электронной базе данных в разделе «Прием доноров». Задачей данного модуля является занесение всей информации об осмотре донора. Врач-трансфузиолог в результате осмотра принимает решение о назначении процедуры и отмечает свое решение в программе «Прием доноров (врач)». В случае обнаружения противопоказаний к процедуре, врач регистрирует в базе данных временный, либо постоянный медицинский отвод.

В донорском зале работают медицинские регистраторы отдела заготовки крови в разделе «Прием доноров (операционная)», которые сканером считывают штриховой код с карточки донора. На экране компьютера появляются сведения о доноре и вид донации, назначенный врачом. Регистратор сверяет все данные между АИСТ,



картой и паспортом донора. Марки со штрих-кодом наклеиваются на пробирки-спутники и стерильные полимерные контейнеры для крови и ее компонентов. Непосредственно после состоявшейся процедуры, отмечаются результаты фракционирования в разделе «Регистрация компонентов крови» и «Регистрация компонентов после фракционирования». На пакетах с продукцией приклеивается технологическая наклейка с присвоенным данному пакету штриховым кодом. Автоматизировано ведение журналов учета и печать внутренних накладных.

Модуль АИСТ «Лабораторная информационная система» (ЛИС) объединяет используемые в учреждении службы крови анализаторы, позволяет передавать на них данные в электронном и виде и таким же образом получать результаты исследований. Таким образом, минимизируется влияние человеческого фактора на результаты анализов и обеспечивается трансфузионная безопасность. Например, при сомнительном анализе донора блокируется движение всей полученной от него продукции. После поступления в АИСТ информации от лаборатории о проверенных исследованиях донорской крови, проверяется автоматически вся продукция на наличие брака и, в случае его отсутствия, формируется окончательная самоклеящаяся этикетка на каждый пакет. Она содержит всю необходимую для МО информацию о продукции.

После маркировки врач-трансфузиолог в программе «Накладные реализации» отмечает, куда передается продукция в дальнейшем, (это может быть отдел контроля качества, карантинизация, экспедиция и т.д.) и автоматически формирует накладную о внутреннем перемещении. Для продукции, содержащей брак, программа исключает возможность корректной маркировки, на этикетке печатается крупная отметка «БРАК» и причины. Для печати этикеток используются принтеры термотрансферной печати.

В отделе долгосрочного хранения компонентов крови карантинизация в разделе «Подбор продукции» врачи с медицинскими сестрами автоматически отслеживают повторные визиты доноров, результаты их анализов. Имеется возможность поиска пакетов по номеру, штриховому коду, фамилии донора, а также просмотра истории их перемещения.



Медицинские сестры в отделе «Центр управления запасов крови и ее компонентов-экспедиция» заносят в АИСТ заявки, поступающие из МО, с указанием реципиентов, которым будут перелиты полученные компоненты крови. Обрабатываются, формируются накладные на выдачу компонентов крови. Ведется контроль выдачи продукции на каждый пункт заявки. Каждый день распечатывается ведомость учета количества продукции, а также предусмотрено автоматическое формирование различных отчетов, журналов, авизо для бухгалтерии, накладных. Имеется возможность проследить судьбу каждой дозы продукции с момента прихода донора на станцию до момента выдачи в лечебную сеть.

Таким образом, с помощью АИСТ в БУЗОО «ЦК» создана единая база донорства, которая позволяет повысить безопасность и качество трансфузионной терапии, улучшить обеспечение лечебной сети компонентами крови в повседневной практике и в случае чрезвычайных ситуаций, а также формировать и рационально использовать стратегические и оперативные запасы компонентов крови, улучшить производительность и комфортность труда медицинского персонала,
Литература:

1. Федеральный закон от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов».
2. Приказ МЗ РФ от 02.04.2013 г. № 183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов».
3. Приказ МЗ РФ от 25.11.2002 г. № 363 «Об утверждении Инструкции по применению компонентов крови».



БУДУЩЕЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ - МОЙ ВЗГЛЯД

Балацан Г.А., Шагина О.В., Дмитриев С.А.,

*БУЗОО «Калачинская центральная районная больница», г. Калачинск,
Омская область*

Одним из приоритетов государственной политики Российской Федерации является сохранение и укрепление здоровья населения. В Послании Президента прозвучало следующее: «Важнейшая задача, которая касается каждого, - это доступность современной, качественной медицинской помощи. И мы должны ориентироваться здесь на самые высокие мировые стандарты». Одним из направлений развития здравоохранения сегодня является совершенствование системы скорой медицинской помощи. Ведь скорая медицинская помощь является самым массовым, доступным, бесплатным видом медицинской помощи, оказываемой населению, и одним из важнейших звеньев в системе здравоохранения нашей страны. Негативные тенденции демографической ситуации в стране, рост числа и тяжести техногенных аварий и катастроф со значительными медико-санитарными потерями выдвигают задачи по совершенствованию организации скорой медицинской помощи. Объем оказания медицинской помощи населению врачебными и фельдшерскими бригадами постоянно растет.

В городах созданы станции и подстанции скорой медицинской помощи. В их составе работают линейные врачебные бригады, обслуживающие большинство самых разнообразных вызовов, специализированные бригады, а также фельдшерские бригады.

В сельской местности в центральных районных больницах организованы отделения скорой медицинской помощи. Вызовы к населению там практически повсеместно обслуживают фельдшерские бригады, и фельдшер, работающий самостоятельно, должен быть готов к любым, самым неожиданным ситуациям. В сельской местности бригады скорой медицинской помощи сталкиваются с рядом проблем, существующими и в нашем районе.



Калачинский район расположен в 80 км от областного центра г. Омска. В районе проживает 39767 человек. Медицинскую помощь, в т.ч. скорую, населению района оказывает Калачинская центральная районная больница, в которой трудятся 285 человек сестринского персонала, укомплектованность составляет 95%. Существует незначительная нехватка кадров для укомплектования фельдшерских бригад скорой медицинской помощи. 80% сестринского персонала районной больницы имеют квалификационные категории.

Проработав 2 года в должности фельдшера скорой медицинской помощи в сельской местности, я столкнулся с рядом проблем, которые затрудняют выполнение основной задачи, стоящей перед бригадой скорой помощи: быстро (до 20 мин.) прибыть к месту вызова, в достаточном объеме и качественно оказать медицинскую помощь.

Населенные пункты района значительно отдалены друг от друга и от районного центра (80 – 120 км). Несмотря на то, что район имеет развитую автодорожную сеть, не во всех населенных пунктах имеются асфальтированные дороги, и это затрудняет транспортную доступность. В отдаленных деревнях существуют проблемы с качеством телефонной и радиосвязи, отсутствует интернет. Верю, что в ближайшем будущем качество оказания скорой медицинской помощи сельскому населению обязательно возрастет.

Мой взгляд на ближайшее будущее скорой медицинской помощи в сельской местности:

- 100% укомплектованность службы скорой помощи высокопрофессиональными кадрами, ведь престиж профессии медицинского работника в настоящее время растет.
- Оснащение высокотехнологичным бортовым медицинским оборудованием и высокоскоростными современными автомобилями, позволяющими своевременно прибыть на место вызова, оказать качественную помощь и, при необходимости, оперативно и щадяще доставить пациента в стационарную медицинскую организацию.
- Единая информационная система и электронный документооборот обеспечат преемственность на различных этапах оказания медицинской помощи.



- Высококачественная связь и высокоскоростной интернет позволяют фельдшеру в случае необходимости оперативно связаться со специалистами районной больницы и получить необходимую помощь.
- Отличная транспортная доступность позволит оперативно добраться в самый отдаленный населенный пункт.

В настоящее время многое сделано для улучшения состояния службы скорой медицинской помощи. Этому способствовали целевые программы, направленные на оказание скорой медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, пациентам с острым коронарным синдромом, мероприятия по совершенствованию и развитию материально-технической базы скорой медицинской помощи, модернизация здравоохранения регионов Российской Федерации.

Высокопрофессиональные кадры, внедрение современных медицинских и информационных технологий - гарантия качественной и доступной скорой медицинской помощи сельскому населению нашей страны.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК МЕТОД УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Балякина Е.Г., Клишина Т.А.,

БУЗОО «Городская детская клиническая больница № 3», г. Омск

Первичная медико-санитарная помощь - наиболее важное звено здравоохранения, т.к. данный вид помощи является основным доступным, экономически и социально приемлемым видом массовой медицинской помощи.

В целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации, одним из приоритетов государственной политики является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи, первоочередное внимание уделяется реализации мероприятий, направленных



на совершенствование системы обслуживания населения в амбулаторных условиях.

Дальнейшее развитие первичной медико-санитарной помощи невозможно без использования информационных технологий. Согласно Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г., ключевым направлением модернизации здравоохранения является информатизация. Современные медицинские информационные технологии могут оказать существенное влияние на повышение качества и доступности медицинских услуг населению.

Поликлиническое отделение бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Городская детская клиническая больница №3» состоит из трех поликлиник, одна из которых выполняет функции амбулаторно-поликлинического учреждения восстановительного лечения.

Специалисты поликлиник осуществляют первичную амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь; диспансерное наблюдение; профилактические медицинские осмотры; оказывают неотложную помощь, проводят вакцинацию, экспертизу нетрудоспособности, оформляют справки для поступления в учебные заведения и санаторно-курортные карты, карты для оформления в детские дошкольные учреждения и школы. В настоящее время поликлиническое отделение обслуживают территориальное детское население Советского административного округа г. Омска по 21-му педиатрическому участку, осуществляет медицинское наблюдение 14 299 детей в возрасте от 0 до 17 лет 11 месяцев 29 дней. Укомплектованность сестринскими кадрами в поликлиническом отделении составляет 100%. Все медицинские сестры имеют сертификат и квалификационную категорию по специальности «Сестринское дело в педиатрии».

Вопросы организации информационного пространства в поликлинике сегодня очень актуальны. Главной целью является повышение доступности и качества оказания квалифицированной медицинской помощи на основе совершенствования информационного обеспечения поликлиники. Основными приоритетами деятельности по информатизации являются: ориентированность на пациента, оптимизация лечебно-диагностического процесса.



В рамках Концепции развития системы здравоохранения в РФ до 2020 г. в поликлиническом отделении активно применяются современные медицинские информационные технологии.

Совершенствована работа поликлинического отделения, все регистраторы прошли профессиональную подготовку по программе «Медицинский регистратор», внедрен проект «Вежливая регистратура», для реализации которого организован колл-центр, выделен дополнительно регистратор, введена система записи к врачам-специалистам по многоканальному телефону, функционирует «Электронная регистратура», создана система записи на прием к врачам через сеть «Интернет» и инфомат, установленный в поликлиническом отделении. С помощью внутреннего сайта - интернет-портала «Омское здравоохранение» - у пациентов имеется возможность записи на прием к специалистам в другие медицинские организации Омска, в связи с чем в настоящее время ожидание пациентов в регистратуре составляет не более трех минут, а также снизилось время пребывания их в поликлинике. Отмечается увеличение количества записывающихся пациентов на прием к специалистам через Интернет (до 55%).

Оптимизирована маршрутизация пациентов с целью сокращения очередей на всех этапах (регистратура, прием врача-педиатра, узких специалистов), разделения потока условно больных и здоровых детей путем организации работы кабинета доврачебного осмотра, разгрузки кабинетов участковых педиатров, сокращения общего времени пребывания пациента в поликлинике.

Введена талонная система приема пациентов для равномерного распределения потоков, в том числе, в лабораторию, для сдачи крови, на рентгеновское обследование, что позволило полностью исключить очереди. Организована межкабинетная запись к врачам-специалистам. Проводится работа по совершенствованию забора крови и обработки лабораторных данных с передачей на участок по внутренней локальной сети и посредством IP- телефонии.

Для расширения информатизации населения в поликлинике организована информация о режиме работы учреждения, имеется электронное табло с расписанием приема участковых педиатров и узких специалистов, установлен электронный консультант, в котором содержится нормативная база, лицензии о деятельности учреждения,



информация о сотрудниках, оформлен стенд маршрутизации в цветовом исполнении, организовано информационное вещание по профилактике заболеваний и пропаганде здорового образа жизни.

Компьютеризированы рабочие места медицинских сестер, все специалисты владеют навыками работы на компьютере. Для комплексной автоматизации деятельности в поликлинике проведена локальная сеть, установлены программы ТМ МИС, «Доктор», «Электронный рецепт», работая в которых специалисты ведут персонализированный учет оказанных медицинских услуг, электронную медицинскую карту пациента, осуществляют электронный документооборот, оформляют электронный рецепт с использованием Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Информационная медицинская система "Медея" позволяет использовать в едином комплексе всю информацию о пациенте, что позволяет сократить время на её получение, ввод новой информации, и, в конечном итоге, повысить доступность медицинской помощи и качество обслуживания пациентов. Для обработки и анализа данных о состоянии здоровья населения города Омска и Омской области используется программа РИСМ – региональная информационная система мониторинга. Через Служебный портал управления Роспотребнадзора подаются отчеты по профилактическим прививкам.

В соответствии с концепцией, разработанной Министерством труда и социальной защиты РФ создана Федеральная государственная информационная система «Федеральный реестр детей-инвалидов» – это единая база данных для граждан, признанных в установленном порядке инвалидами, и для органов власти, которые оказывают услуги или меры социальной поддержки инвалидам, через нее ежеквартально подаются сведения о детях инвалидах. Благодаря имеющейся программе «Электронный больничный лист», с 2018 г., по желанию пациента, специалисты поликлиники имеют возможность оформлять электронные листки нетрудоспособности.

Таким образом, использование современных информационных технологий способствует росту эффективности деятельности специалистов, оптимизации документооборота, рациональному распределению нагрузки между работниками, сокращению очереди в поли-



клинике и как результат - повышению качества и доступности медицинской помощи.

Литература:

1. Антопольский А. Б. Информационные ресурсы России: научно-методическое пособие / А. Б. Антопольский. — М.: ЛИБЕРЕЯ, 2004. — 322 с.

2. Мартыненко В.Ф. Информационные ресурсы здравоохранения / В.Ф. Мартыненко, Г.М. Вялкова, В.А. Полесский, Е.Н. Беляев, В.А. Гройсман, И.Ф. Серегина // Главный врач. — 2007. — № 4.

3. Нуженкова М.В., Москвина С.С. Анализ удовлетворенности пациентов медицинской помощью в городских поликлиниках // Главный врач. - 2012. - № 3. - С. 33–34.

4. Канина И.Р. Анализ удовлетворенности населения качеством работы сестринского персонала первичного звена на примере городской поликлиники // Главная медицинская сестра. - 2009. - № - 9. С. 34–42.

5. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. МЗ и СР РФ. - 2009.

6. Федеральный проект «Бережливая поликлиника». Применение методов бережливого производства в медицинских организациях. Открытие проектов по улучшениям / Методические рекомендации: М. - 2017.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ БУЗОО «ГК БСМП №1»

Безгина Н.В.,

БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1», г. Омск

На современном этапе развития здравоохранения особенно высокие требования предъявляются к диагностике. Лабораторные анализы давно стали самостоятельной частью современной медицины,



они способствуют установлению истины о здоровье. Лабораторная диагностика - это зеркало, отражающее состояние организма сегодня и дающее представление о том, каким это состояние будет завтра. Результаты работы лаборатории сопоставляют с клинической картиной, данными других исследований и, конечно, наблюдениями врачей-специалистов. Однако опыт показывает, что качественно проведенный лабораторный анализ - это основа точного диагноза и правильного лечения.

Клинико-диагностическая лаборатория БУЗОО «ГК БСМП № 1» состоит из нескольких структурных подразделений: дневная лаборатория, экспресс-лаборатория, бактериологическая лаборатория, химико-токсикологическая лаборатория. Таким образом, в больнице создана единая лабораторная служба, выполняющая унифицированный перечень лабораторных исследований.

Большая часть нагрузки приходится на долю экспресс-лаборатории. Здесь осуществляется круглосуточное лабораторное обеспечение пациентов, обратившихся в приёмное отделение, находящихся на лечении в отделениях стационара и реанимационных отделениях.

В экспресс-лаборатории поддерживаются новые направления в развитии лабораторной диагностики, с успехом выполняются точные количественные исследования с использованием автоматизированных высокопроизводительных анализаторов. Усложнение технологий создаёт повышенные требования к специалистам, требует организованности, чёткости в выполнении инструкций. Важное место занимает уровень подготовки кадров в лабораторной службе. Для работы на современном оборудовании представители фирмы-поставщика оборудования проводят мастер-классы с целью обучения сотрудников лаборатории на рабочем месте. Все лаборанты экспресс-лаборатории освоили работу на полуавтоматических и автоматических анализаторах различных модификаций, владеют методиками проведения лабораторных исследований на имеющемся оборудовании.

В связи с территориальной разобщенностью клинических и реанимационных отделений, а также операционного блока в больнице создана система логистики – установлена пневмопочта, что положи-



тельно влияет на время доставки материала и возврат результатов анализов.

В предыдущие годы в лабораторной практике для гематологических исследований традиционно использовалась капиллярная кровь. При работе на современных анализаторах требуется большее количество биоматериала, поэтому для гематологических исследований в настоящее время используется только венозная кровь. Сегодня для забора крови из вены в больнице применяются вакуумные системы. Такой способ удобен, безопасен, повышает производительность труда лаборантов и обеспечивает точность постановки методик. Система максимально удобна в обращении и обеспечивает защиту от возможного заражения при работе с кровью, а также обеспечивает максимально точное соблюдение правил преаналитического этапа лабораторных исследований, существенно сокращая возможность выдачи ошибочного результата.

В структуре исследований экспресс-лаборатории необходимо отметить стабильное преобладание биохимических и гематологических исследований. Это закономерно и напрямую связано с высокой хирургической активностью в больнице и большим количеством пациентов, требующих диагностики неотложных состояний, лабораторного контроля за жизненно-важными показателями.

Долгое время для подсчёта и анализа форменных элементов крови и измерения гемоглобина использовались ручные методы исследований. На данный момент лаборатория оснащена анализаторами Mindray BC-5800, которые представляют собой количественные автоматизированные гематологические анализаторы и счётчики дифференцировки пяти субпопуляций лейкоцитов. Полный клинический анализ крови по 18 параметрам позволяет получить как скрининговую, так и диагностическую информацию по основным популяциям лейкоцитов (лимфоциты, гранулоциты, моноциты, макрофаги). Данные анализаторы обладают высокой точностью, аналитической надёжностью, которые недостижимы при выполнении исследований ручными методами, способны обработать десятки образцов за час с соответствующей точностью и воспроизводимостью, кроме этого, сохраняют результаты исследований в памяти. Гематологические анализаторы позволяют решить проблему скрининга проб, содержа-



щих нормальную лейкоцитарную формулу, а лаборанты способны квалифицированно оценить и интерпретировать полученные результаты. При появлении сигнала о наличии патологических отклонений в морфологии клеток лаборант готовит окрашенный препарат крови и проводит визуальный контроль окрашенного препарата крови.

Химико-микроскопическое исследование мочи - один из самых распространенных анализов, это важный этап обследования пациента. В экспресс-лаборатории используется анализатор мочи UroColor-120, что позволяет значительно ускорить процесс исследования. Анализатор позволяет за короткое время и более объективно, чем человеческий глаз, оценить до десяти параметров мочи на полоске, обеспечивает исследования по основным параметрам: лейкоциты, эритроциты, нитриты, билирубин, уробилиноген, кетоны, pH, относительная плотность мочи, белок, глюкоза.

Клиническая химия или биохимия связана с диагностикой заболевания и мониторингом состояния пациента при помощи определения некоторых химических веществ - крови и мочи. Круг патологических состояний, при которых биохимическое исследование крови и мочи играет важную роль, очень широк и включает заболевания почек, печени, сердца, легких, эндокринной системы и других систем. Весь спектр биохимических исследований выполняется на автоматических биохимических анализаторах Beckmancoulter AU 480. Эти анализаторы дают возможность значительно сократить временные затраты на производство рутинных анализов, благодаря производительности системы: до 400 биохимических тестов в час и ёмкости реакгентного ротора, позволяющего работать одновременно с 63 методами. Система AU 480 так же подходит в качестве анализатора для специфических или срочных тестов, что позволяет использовать её для срочных исследований в экспресс-лаборатории.

Среди всех биохимических тестов определение концентрации глюкозы в крови занимает особое место, поскольку выявление гликемии относится к наиболее частым и ответственным исследованиям. Определение содержания глюкозы в крови является неотъемлемой частью диагностики каждого пациента. В экспресс-лаборатории проводится на автоматических анализаторах SuperGL и Ecomatic, что позволяет сделать анализ быстрым и точным. Проведение одно-



го исследования занимает у лаборанта 30 - 40 секунд, а применение одноразовых систем для забора капиллярной крови позволяет избежать случайных ошибок в исследовании.

Для диагностики заболеваний сердца, в том числе, острого инфаркта миокарда, кроме определения уровня ферментов крови проводится измерение количества тропонина I и миоглобина. Кроме этого проводится определение кислотно-щелочного состояния (КЩС) — это важнейший показатель гомеостаза организма, а его исследование — один из основных тестов, выполняемых для пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Оценивая динамику показателей КЩС, можно судить о тяжести патологии и об адекватности терапевтических мероприятий.

Исследованию системы гемостаза придается все большее значение. Большое количество коагулологических исследований объясняется тем, что многие пациенты получают антикоагулянтную терапию, которая обязательно сопровождается контролем состояния гемостаза, чтобы предотвратить такой ее опасный побочный эффект, как кровотечение. Введение в работу коагулометра в экспресс-лаборатории, избавило от трудоемкого ручного способа измерения, повысило точность и качество исследований и обеспечивает автоматический расчет измеряемых параметров.

На сегодняшний день клиничко-диагностическая лаборатория успешно справляется с главной задачей - полноценно удовлетворить клиницистов в лабораторной информации на уровне современных возможностей. Правильная организация работы, высококвалифицированные кадры, использование современных технологий способствуют эффективной деятельности клиничко-диагностической лаборатории, качественному и своевременному оказанию медицинской помощи пациенту.

Литература:

1. Абашев А.Р. Опыт организации работы клиничко-лабораторной службы в условиях многопрофильной больницы / А.Р. Абашев, И.В. Сидорова // Практическая медицина – 2012. – № 60. – С. 69-70.



2. Берестовская В.С. Централизация исследований как этап развития лабораторной службы / В.С. Берестовская, А.В. Козлов // Медицинский алфавит. – 2012. – № 2. – С. 5-8.

3. Кишкун А.А. Клиническая лабораторная диагностика: учебное пособие для медицинских сестер /А.А. Кишкун. – М.: Геотар-Медиа, 2012. – 718 с.

4. Клиническая лабораторная диагностика. Национальное руководство. В 2 т. Т. 1 / ред. В. В. Долгов, В. В. Меньшиков. – М.: Геотар-Медиа, 2012. – 923 с.

5. Меньшиков В.В. О международном опыте стандартизации методов клинических лабораторных исследований / В.В. Меньшиков // Клиническая лабораторная диагностика. – 2011. – № 4 – С. 53-55.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ

Блинова Н.А., Пырина И.В.,

*БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова»,
г. Омск*

Главной задачей детско-подростковой службы бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова» является оказание высококвалифицированной специализированной консультативно-диагностической, лечебно-реабилитационной помощи детям и подросткам с нервно-психическими расстройствами, а также коррекционно-реабилитационным педагогическим структурам и учреждениям образования. В настоящее время психиатрическая помощь детям и подросткам в Омской области представлена завершенным лечебно-реабилитационным комплексом, сформированным на основе преемственности амбулаторной, стационарной службы и промежуточных внебольничных подразделений.

Основные меры по сохранению и укреплению психического здоровья детей и подростков направляются на обеспечение доступности



качества профилактической и медицинской помощи на амбулаторном этапе, проведение диспансерного и консультативного наблюдения, коррекцию имеющихся нарушений состояния психического здоровья детского населения, что является целевой задачей психиатрического диспансерного отделения для детей и подростков.

Принцип работы психиатрического диспансера для детей и подростков территориально-участковый. Функционируют 2 подростковых психиатрических кабинета и 1 детский, находящиеся на территории самого диспансера, а также 9 детских психиатрических кабинетов, расположенных на базе детских поликлиник 5 административных округов г. Омска. Дети, проживающие в 32 сельских районах области, наблюдаются врачами-психиатрами центральных районных больниц. Децентрализация расположения кабинетов при поликлиниках города способствует приближенности психиатрической помощи детскому населению города и лучшей взаимосвязи со специалистами поликлиник.

Повышение доступности и качества психиатрической помощи детям осуществляется за счет внедрения новых технологий, развития высокотехнологичных медицинских услуг и снижения сроков ожидания данных видов психиатрической помощи, т.к. проблема сохранения и укрепления здоровья детей и подростков в современных условиях исключительно значима и актуальна.

В связи с этим на базе психиатрического диспансерного отделения для детей и подростков функционирует кабинет медико-социально-психологической помощи, основными задачами которого являются: профилактика и ранее выявление психических расстройств у детей и подростков, профилактика суицидального поведения у несовершеннолетних.

Внедрена и успешно функционирует стационарозамещающая технология – отделение интенсивного оказания психиатрической помощи для детей и подростков.

Отделение оказывает лечебно-диагностическую помощь, проводит психосоциальную реабилитацию городским и сельским детям в привычной для них микросоциальной среде без отрыва от семьи и школы, что делает его предпочтительным для пациентов и законных представителей. Уменьшаются психологические барьеры, с которыми



связывается в массовом сознании негативное отношение лечения в психиатрическом стационаре, появилась возможность привлекать пациентов к лечению на ранних стадиях заболеваний. Дети, оставаясь дома, в привычных условиях имеют возможность получать комплексную психиатрическую помощь.

В отделение госпитализируются с целью обследования и лечения дети, оставшиеся без попечения родителей, проживающие в детских домах, домах ребенка, интернатах; домашние дети, состоящие под наблюдением у психиатра, помещение которых в круглосуточный стационар не является обязательным и может повлечь за собой психологическую травму; дети, страдающие психическими расстройствами в сочетании с двигательными нарушениями, нуждающиеся в уходе и имеющие ограничение для госпитализации в круглосуточный стационар.

Большое значение в рамках повышения доступности и качества помощи детям и подросткам придается психосоциальной работе - это важная часть оказываемой помощи психически больным пациентам и их родственникам. Организация лечебной и реабилитационной работы в отделениях амбулаторно-поликлинической службы имеет комплексный подход, включающий медикаментозное лечение, психологическую поддержку, логопедическую помощь и психосоциальную реабилитацию.

Психосоциальная реабилитация – восстановление или формирование недостаточных или утраченных в условиях, нарушенных в результате болезни, когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов навыков личности, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладения у психически больных с изъятиями социальной реабилитации, обеспечивающих их интеграцию в общество. Следует особо отметить значимость медицинской сестры психиатрической клиники на всех этапах психореабилитационного процесса. Она должна в совершенстве владеть не только навыками медицинского ухода, но и знаниями, умениями в области психосоциальной реабилитации.

В настоящее время введена должность медицинской сестры медико-социальной помощи. Новое направление профессиональной деятельности сестринского персонала имеет свои особенности, кото-



рые направлены на индивидуальные занятия по развитию психосоциальных навыков с учётом состояния и уровня интеллектуального развития ребёнка, на обучение членов семьи уходу за ребёнком, страдающим психическими нарушениями, в домашних условиях, на инструментальную поддержку семей и работу с инвалидами всех категорий. Медицинская сестра медико-социальной помощи при осуществлении своей деятельности вводит данные детей-инвалидов в программу Федерального регистра детей инвалидов, а также индивидуальную программу реабилитации. Использование данных программ позволяет обеспечить последовательность, комплексность и непрерывность реабилитационных мероприятий.

Медицинские сестры выполняют назначения врачей и формируют адекватное отношение к проводимой терапии, обучают маленьких пациентов и их окружение правильному приему препаратов. Как и все члены полипрофессиональной бригады, они принимают активное участие в проведении психообразовательных мероприятий, с этой целью формируются группы пациентов для проведения тренингов. Сестринским персоналом проводятся тренинги образовательных и социальных навыков «Личная гигиена», «Поведение в экстремальных ситуациях», «Поведение в социуме», «Здоровый образ жизни». Занятия с пациентами проводятся непосредственно не только в домашних условиях, но и в детских учреждениях: детских садах, школах, а также детских домах, коррекционных школах-интернатах, т.е. в привычной для ребенка микросоциальной среде.

Главными показателями эффективности проводимой психосоциальной реабилитации среди детей являются усвоенные и применяемые на практике навыки правильного общения, поведения и самообслуживания. Проводимая психосоциальная работа приводит к образованию положительного микроклимата, позволяет повысить уровень развития личности, возможности последующей социальной адаптации и творческой самореализации.

На всех этапах пребывания пациента в структурных подразделениях амбулаторно-поликлинической службы медицинскими сестрами проводится пропаганда здорового образа жизни с целью повышения интереса к укреплению и сохранению здоровья, повышения уровня санитарной культуры и формирования здорового образа жизни.



ни. Гигиеническое воспитание и пропаганда здорового образа жизни охватывает все разделы гигиены, методы профилактики различных заболеваний.

Таким образом, актуальной задачей работы медицинских сестер в первичном здравоохранении психиатрической службы в рамках повышения доступности и качества помощи детям является создание комплексного психосоциального, реабилитационного направления, сочетающего в себе не только психофармакотерапию, но и психо-профилактику психических расстройств детско-подросткового возраста.

Литература:

1. Приказ МЗ РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
2. Закон РФ от 02.07.1992г. №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
3. Положение «О психиатрическом диспансерном отделении для детей и подростков с психотерапевтическим кабинетом и кабинетом медико-социально-психологической помощи».
4. Приказ МЗ РФ от 17.05.2012 г. №566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
5. Александрова Н.В., Барышева О.М. Необходимость интегрированного подхода в работе с семьями, имеющими психически больных детей//Интегрированный подход в теории и практике социальной работы: проблемы и пути решения. – Омск: 2010. - с. 72.
6. Крахмалева О.Е., Барышева О.М., Иванова Т.И. Гранкина И.В. Организация комплексной специализированной программы реабилитации детям в условиях детского психиатрического комплекса // Психиатрическое здоровье детей страны – будущее здоровье нации. – М.: 2016. - с. 56.
7. Методическое пособие для медицинских сестер по психосоциальной реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами. – Омск: 2015.



8. Гурович И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии // под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова. - М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007.

9. Гурович И.Я. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психических больных // под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007.

РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПЕДИАТРИИ - БУДУЩЕЕ БЕЗ ГРАНИЦ

Ветрова Н.В.,

БУЗОО «Городская детская клиническая больница № 3», г. Омск

Правительство Российской Федерации и Министерство здравоохранения придают большое значение повышению доступности и качества оказания медицинской помощи гражданам нашей страны. Развитие системы медицинской реабилитации рассматривается как один из инструментов решения этой важной для страны задачи. В соответствии с государственной программой развития здравоохранения развитие системы медицинской реабилитации предусмотрено по таким направлениям как неврология, травматология и ортопедия, и реабилитация детей с проблемами перинатального периода. Нейро-реабилитация является самым сложным направлением, как в плане организации, так и подготовке кадров и используемых технологиях. Наибольшее количество инвалидов в РФ — это инвалиды в связи с заболеванием или повреждением нервной системы. В то же время известно, что своевременно начатые, правильно организованные и квалифицированно проведенные реабилитационные мероприятия позволяют если не предупредить развития тяжелых нарушений, то значительно снизить уровень поражения, сохранить возможность к адаптации и максимальной самостоятельности, открывающей для пациента дорогу к продолжению жизни в обществе.

Актуальность темы: проблема детского церебрального паралича (ДЦП) актуальна в связи с ростом заболеваемости во всем мире и высокой степенью инвалидизации больных. В настоящее время изуче-



ние ДЦП неразрывно связано с реабилитационным направлением. Особую актуальность приобретает эта проблема в связи с тем, что она затрагивает детей. Заболеваемость ДЦП составляет 1,88 случая на 1000 детей. В настоящее время более часты случаи рождения детей с ДЦП.

Задачи: основной задачей программ индивидуальной реабилитации для детей с параличом является поэтапное развитие навыков и умений, физическая и социальная адаптация. Методики, которые разрабатываются специалистами индивидуально для каждого ребенка, постепенно корректируют двигательные дефекты, улучшают двигательную деятельность, развивают его эмоционально, личностно и социально, вырабатывают навыки независимости в повседневной жизни. В результате систематической реабилитации ребенок может внедриться в социум и приспособиться к дальнейшей жизни самостоятельно. Целью реабилитации является физическая и социальная адаптация больного ребенка и расширение его индивидуальных возможностей. Каждому ребенку с ДЦП подготавливается индивидуальная программа реабилитации, по которой и работают с ним медицинские работники.

Методы:

- массаж;
- лечебная физкультура;
- бобат-терапия;
- войта-терапия;
- применение специальных технических приспособлений во избежание появления патологических поз;
- логопедические занятия, направленные на коррекцию нарушения речи;
- занятия с психологом;
- медикаментозное лечение - применение препаратов, снижающих тонус мышц;
- хирургические ортопедические вмешательства: сухожильная пластика, коррегирующая остеотомия и другие;
- функциональная нейрохирургия;
- физиотерапия - снятие болезненных спазмов мышц;



- иппотерапия и дельфинотерапия: общение с животными поможет ребенку улучшить речь, координацию, адаптироваться в обществе;
- арт-терапия - лечение искусством и творчеством - направлена на подготовку ребенка к учебе.

На современном этапе ученые выделяют несколько основных направлений в лечении и реабилитации детей с заболеванием ДЦП:

- восстановление здоровья с помощью комплексного лечения;
- восстановление бытовых навыков и элементов самообслуживания;
- социальная реинтеграция, связанная с обучением в общеобразовательных или специализированных школах с материально-бытовым обеспечением и последующим трудоустройством.

Стоит так же отметить, что этапы реабилитации интегрируются между специалистами в зависимости от индивидуальной реабилитационной программы. Этапность реабилитации в пределах функциональных систем проводится специалистами в содружестве с родителями, которых обучают приемам восстановления функций нервной системы и психики ребенка.

Стоит заметить, что при восстановлении двигательных функций детей, больных церебральным параличом, специалисты рекомендуют придерживаться таких принципов как можно более раннее начало лечения, регулярность, систематичность, непрерывность, строгая индивидуализация согласно стадии заболевания, его тяжести, возраста ребенка и психического развития, строгое дозирование и постепенное увеличение нагрузки. Все реабилитационные процедуры проводятся непрерывно, обязательно под контролем специалистов.

Думая и мечтая о будущем, хочется рассчитывать на то, что в России будет функционировать достаточное количество реабилитационных центров для детей инвалидов. «Центр будущего» - реабилитация путем использования инновационных достижений мировой восстановительной медицины, в том числе, робототехники, технологий виртуальной и дополнительной реальности. Это позволит успешно проводить высокоэффективные программы восстановления и реабилитации маленьких пациентов. Телемедицина и телемониторинг способны обеспечивать постоянную связь родителей и ребенка с лечащим врачом путем прямого обмена сообщениями, проведения видеоконсультаций и оперативного получения назначений так же в



домашних условиях, после прохождения необходимого курса в клинике. Оборудование парков таким образом, чтобы на территории было расположено много тренажеров природного характера (деревья, трава, ступеньки), имелись специальные зоны для игр. Создание детских садов и школ с медицинским сервисом, которые включают в себя высококвалифицированных специалистов, современное оборудование и первоклассные технологии для детей с ограниченными возможностями. Тем самым дать возможность родителям самореализоваться и сохранить полноценную семью.

Вывод: выполнение комплексных программ медико-социальной реабилитации детей с заболеванием детским церебральным параличом способствует наиболее полной социальной интеграции данного контингента детей-инвалидов в общество и созданию для них безбарьерной среды.

Литература:

1. Корректирующие методы медицинской реабилитации, применяемые при детском церебральном параличе / под ред. Кожевникова // Методические рекомендации. – Омск: 2016. – 65 с.
2. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. – СПб.: Дидактика плюс, 2001. – 287 с.
3. Реабилитация при ДЦП (Электронный ресурс). – Режим доступа: <http://www.solovevka.ru/reabilitacija-pri-dcp/>
4. Реабилитация детей с ДЦП (Электронный ресурс). – Режим доступа: <http://www.fb.ru/article/07983/reabilitaciya-detey-s-dtsp-opisanie-metodik/>



ПАЦИЕНТ И ЕГО СЕМЬЯ: ОТ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ К СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ

*Гирфанова Е.П., Четвериков Д.В., Воронкова Т.А., Лопуха Е.Ю.,
Кучеренко А.А.,*

*БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников»,
г. Омск*

Актуальность проблемы. С незапамятных времен люди замечали, что семья обладает потенциалом помощи человеку в изменении своего поведения к лучшему и облегчении страданий. Многочисленные исследования так же показывают, что семейное окружение – это один из основных факторов, влияющих на результаты реабилитации человека, страдающего тяжелым психическим заболеванием. Известно, что отношения в семье могут влиять на течение и исход заболевания, способствовать как улучшению состояния больного, так и его усугублению. Сегодня около 50-60% всех пациентов, выписываемых из психиатрических стационаров, возвращаются в семьи, и 50-90% из них сохраняют контакты со своими родными.

В своем стремлении помочь больному семье сталкиваются со сложными психологическими проблемами. Психическое заболевание причиняет страдание не только больному, но и его родным, в большей или меньшей степени затрагивая всех членов семьи, меняя их жизнь, планы на будущее и отношения между ними, часто порождая трудноразрешимые конфликты. Выполнен ряд исследований, рассматривающих различные аспекты работы с семьями психически больных, однако объединение усилий специалистов медицинской организации и родственников больного остается еще не в полной мере решенной проблемой, которая требует дальнейшей разработки новых лечебно-реабилитационных форм и методов работы, внедрения их в практику, тем самым увеличивая потребность в разработке программ психосоциальной реабилитации больных с ориентацией на семью пациента, а также в методических материалах для проведения такой работы.

Цель: разработать сестринскую практико-ориентированную модель семейно-социальной реинтеграции лиц, страдающих психиче-



скими расстройствами «Пациент и его семья: от психообразования к социальной интеграции».

В соответствии с целью определены следующие задачи:

1. Изучить семейный статус и медико-социальную характеристику семей пациентов, страдающих психическими расстройствами.
2. Исследовать медико-социальный статус одиноких и семейных больных, страдающих психическими расстройствами.
3. Разработать сестринскую практико-ориентированную модель семейно-социальной реинтеграции лиц, страдающих психическими расстройствами «Пациент и его семья: от психообразования к социальной интеграции», включающую в себя психообразовательные и арт-терапевтические приемы.

Методы включают в себя: аналитический (анализ имеющихся форм и методов социальной реабилитации, психообразования в сестринской практике), социологический (анкетирование пациентов и их родственников); клинико-катамнестическое изучение пациентов и участников образовательных программ, динамический скрининг-диагностика с использованием психометрических шкал.

Ход работы (клиническое наблюдение).

На первом этапе осуществлялось медико-социальное обследование контингента психически больных психиатрического отделения первого эпизода № 26 бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой». Совместно с врачами-психиатрами и медицинским психологом была разработана карта-опросник, включающая в себя клиническую часть с характеристикой синдромов и диагноза заболевания (по МКБ-10), данные анамнеза, социодемографические сведения. Указанная карта-опросник была дополнена сведениями о давности заболевания, длительности наблюдения в медучреждении, частоте госпитализаций в психиатрическую больницу.

Все респонденты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Было проведено анкетирование 60 пациентов и их семей. У 32 двух респондентов поддержка оказывалась “родительскими” семьями совместно с супружескими, у 17 - только родительскими. Проведенное исследование больных в сравнительном аспекте позволило



выявить как общие клинико-социальные характеристики разных нозологических групп, так и достоверные различия в их статусе.

Большинство опрошенных пациентов проживали в семьях (81%). Социальные связи и социальная поддержка госпитализированных больных реализуются «родительскими» семьями в 28% случаев, участие так же супружеских семей выявлено в 53%. Пациенты, не состоящие в браке и не имеющие поддержки со стороны «родительских» семей, - 18% (рис.1).

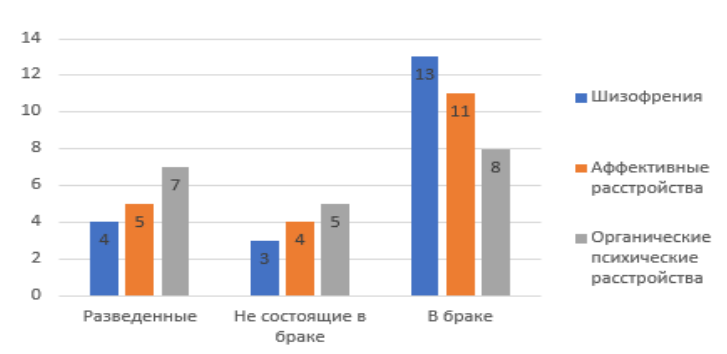


Рисунок 1 – Структура семейного положения пациентов

Характер внутрисемейной коммуникации во всех исследуемых группах носит в основном положительный характер (80 – 90%) и, по оценке респондентов, оказывает важную социально-протектирующую функцию (75 - 85%). Однако пациенты не удовлетворены уровнем внешней социальной поддержки, отмечают ограничения возможностей «социальной интеграции» и испытывают потребность в большем понимании и внимании со стороны других людей (45 – 50%).

Каждый пятый пациент в группе больных с органическими психическими расстройствами одинок, в свою очередь, среди больных шизофренией процент одиноких лиц нарастает вместе с продолжительностью заболевания. Ситуацию одиночества, скорее всего, усугубляет симптоматика заболеваний (такая как астеническая, бредовая, психопатоподобная), а также длительное лечение в стационаре, усиливающие социальную дезадаптацию больных.



На втором этапе оценивалась нагрузка, которая ложится на семью пациентов с психическими расстройствами.

Для оценки нагрузки, которая ложится на семью в связи с болезнью их родственника, использовалась «Шкала оценки нагрузки на семью» (Szmukler G., Burgess P., Hirsman H., Colusa S., Bloch S., 1994). Опросник заполнялся самими респондентами.

При сравнении оценок нагрузки на семьи выявлено, что родственники больных с органическими психическими расстройствами занимают активную позицию в лечебно-реабилитационном процессе. Респонденты, оказывая помощь больному, чувствуют себя полезными – 88% (72% родственников больных шизофренией) и готовы регулярно общаться с его лечащим врачом – 81% (60% родственников больных шизофренией), то есть происходит так называемая «мобилизация семейных ресурсов». В свою очередь, родственники больных шизофренией характеризуются более пассивным вариантом поведения – возможно, как способом игнорирования и ухода от трудностей, а скорее всего вследствие «выгорания семейных реабилитационных ресурсов». Опыт ухода за больным родственником более 3 лет был у 70% анкетированных (39% в группе родственников больных с органическими психическими расстройствами).

Среди родственников больных шизофренией выявлено заметное ограничение реабилитационных функций семьи по причине:

- снижения социально-бытовых возможностей (профессиональных, материальных, бытовых), которые существенно уменьшают эффективность лечебно-реабилитационной работы;
- недостаточности необходимой информации о психических расстройствах, формах и методах медицинской помощи;
- «пассивного» участия в лечении своего родственника.

Реабилитационная функция семей больных органическими психическими расстройствами имеет более высокую качественную оценку, однако уровень информированности семей по вопросам заболевания родственника также низок.

Практически уход за психически больными ложится, в основном, на семьи, не подготовленные к тому, чтобы в течение длительного времени нести нагрузку психосоциальных, материальных проблем, связанных с болезнью родственника. Нередко сами родственники



нуждаются в поддержке и укреплении функциональных возможностей семьи (медико-социальной, информационной, экономической) со стороны органов социальной поддержки, службы психического здоровья. В случае если семья больного не получает необходимой помощи, то родственникам сложно оставаться источником адекватной помощи пациенту.

Положение медсестры хорошо подходит для того, чтобы построить отношения с семьями и лицами, осуществляющими уход за пациентами. Благодаря их доступности в любое время медицинские сестры являются теми членами бригады, которые способны наилучшим образом установить контакт с семьей и служить источником объяснений, советов и информации.

Полученные данные свидетельствуют о целесообразности разработки сестринских программ семейной реабилитации, ориентированных на объединение усилий специалистов и родственников в процессе лечения и ведения пациента, а также поддержку членов семьи, взявших на себя заботу о пациенте.

На третьем этапе на основе собранных данных об имеющихся формах и методах оказания реабилитационной помощи семейно-ориентированного подхода была разработана сестринская практико-ориентированная модель семейно-социальной реинтеграции лиц, страдающих психическими расстройствами «Пациент и его семья: от психообразования к социальной интеграции», позволяющая разрешать медико-социальные проблемы и потребности пациентов и членов их семей.

Данная модель включает в себя психообразовательные и арт-терапевтические приемы: работа медицинской сестры в рамках полипрофессиональной бригады в роли со-ведущего совместно с психологом и социальным работником.

Арт-терапевтические группы представляют занятия с несколькими пациентами и их семьями, на которых они, обмениваясь между собой представлениями об “идеальной семье”, выражают свои желания в виде коллажа, происходит осознание своих чувств в контексте группы, развитие межличностной компетентности и навыков включения в совместную деятельность, так же происходит переориентация ценностей пациентов от эгоцентрических на общегрупповые.



В результате, посредством сравнения двух полученных вариантов “идеальной семьи”, пациентам и их родственникам становится более доступно осознание общности проблем и достижение взаимопонимания.

Просвещение включает в себя: тренинг коммуникативных навыков, “Варианты общения”; психообразовательный тренинг “Правильный прием лекарств”; тренинг с близкими пациентов «Атмосфера внутри семьи: жизнь с болезнью».

Форма обучения — проведение повторяющихся циклов занятий с фиксированным расписанием тематики по дням недели, без привязки к конкретной группе родственников и пациентов.

В результате внедрения разработанной модели мы предполагаем получение следующих результатов:

1. Снижение повторных обращений к врачу, связанных с ухудшением психического состояния, что связано с более высоким уровнем осведомленности о проявлениях заболевания, возникновения рецидивов, менее частыми возникновениями эпизодов тревожности у пациентов о своем состоянии, дальнейшим общением с близким окружением.

2. Повышение уровня приверженности пациентов к фармакотерапии, соблюдение всех рекомендаций, редуцирование склонности к снижению дозировок препаратов, ипохондрическим переживаниям по поводу побочных эффектов от выбранной терапии, что связано со своевременным решением возникающих вопросов по медикаментозному лечению.

3. Снижение уровня психотравмирующих ситуаций в семье, более терпимое отношение близких к остаточной психопатологической симптоматике, понимание болезненного характера реагирования пациентов, благодаря развитию эмпатии, лучшему пониманию себя и других, а также внимательному, уважительному отношению друг к другу.

4. Уменьшение чувства вины, негодования, чрезмерного неоправданного беспокойства в отношении членов семьи, разочарования по поводу отсутствия интереса или поддержки со стороны других членов семьи и чувства несоответствия их ожиданиям, после понимания и принятия позиции ближайшего окружения.



5. Формирование продуктивных, социально приемлемых форм поведения, способствующих произвольной регуляции поведения, т.е. контролю своих действий, анализ своего поведения, понимания, что стало причиной той или иной реакции окружающих, благодаря сформировавшимся у родственников навыкам эффективного общения, а также расширению социальных сетей, восстановлению утраченных и формированию новых социальных контактов.

Внедрение сестринской практико-ориентированной модели семейно-социальной реинтеграции лиц, страдающих психическими расстройствами «Пациент и его семья: от психообразования к социальной интеграции» позволит существенно расширить их реабилитационный потенциал, профилактируя дезадаптацию во многих сферах социального функционирования и качества жизни, так же работа в рамках данной модели значительно расширяет роль медицинской сестры в лечебно-реабилитационных мероприятиях.

Исследование, безусловно, нуждается в продолжении, практическом внедрении и изучении эмпирических результатов, позволяющих критически оценить разработанный комплекс и его реабилитационную эффективность.

Литература:

1. Денисевич Н.К. Сестринское дело в неврологии. – М.: Выш. шк., 2010. – 268 с.
2. Климов В. А. Клинико-социальные характеристики лиц, признанных недееспособными, состоящих под диспансерным наблюдением // Российский психиатр. - 2007.– № 1.
3. Косенко В.Г., Солоненко А.В., Ермаков С.Е., Матарова Н.А., Гридина Ю.В., Крюченко Е.Н. О некоторых проявлениях стигматизации у пациентов с первым психотическим эпизодом и их родственников и о влиянии стигматизации на частоту и длительность госпитализаций // Российский психиатр. журнал. – 2009. – № 4.
4. Кулешова Л.И. Основы сестринского дела. Теория и практика. В 2 частях. Часть 2 / Л.И. Кулешова, Е.В. Пустоветова. – М: Феникс, 2013. – 352 с.
5. Петров Д.С. Социальный портрет родственников пациентов со шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами / С.С.



Петров, Е.А. Шитов, М.А. Ландышев, М.А. Бурмистрова // Актуальные вопросы психического здоровья. – Рязань: РязГМУ, 2011.

6. Карпов О.В., Петров Д.С. Характеристика микросоциального окружения пациентов с органическими психическими расстройствами // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья РАМН. – 2010. – Вып.1.

7. Хритинин Д.Ф., Петров Д.С., Коновалов О.Е. Социально-реабилитационная помощь семьям лиц с психическими расстройствами: состояние и перспективы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 4.

8. Бастракова Е.Г. Профессиональное самопознание как условие профессионального становления медицинской сестры (опыт экспериментального исследования) / Человек и Вселенная. 2003. - №8 (29).

9. Лиманкин О. В. Хронизированные больные психиатрического стационара: опыт лечения и реабилитации // Актуальные вопросы охраны психического здоровья населения. Сборник статей межрегиональной научно-практической конференции психиатров и наркологов. – Краснодар, 2006.

10. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении. Концепция «recovery» // Социальная и клиническая психиатрия. - 2008. - Т. 18. - № 2.

11. Сальникова Л.И., Сторожакова Я.А., Семенова Н.Д., Архипова Е.Л. Модуль психообразовательной работы с больными шизофренией и их родственниками. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. - М.: 2002.

12. Ривкина Н.М., Сальникова Л.И. Работа с семьями в системе психосоциальной терапии больных с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами // Социальная и клиническая психиатрия. - 2009. - Т. 19. - № 1.

13. Воловик В.М. Исследование семей и семейная терапия при шизофрении / В.М. Воловик, В.Л. Гайда, А.П. Коцюбинский // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. - Л.: 1987. – 267 с.



14. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ.- М.: Независимая фирма «Класс», 2003. – 259.

15. Пустонин Ю.Л. Интеграция психотерапии, психосоциальной реабилитации в психиатрии: итоги и перспективы / Ю.Л. Пустонин, С.М. Бабин, В.П. Сировская // Журнал социальной и клинической психиатрии. – 2003. - Вып. 2.

16. Красильников Г.Т. Психотерапия в комплексной терапии больных шизофренией / Новые формы организации психиатрической помощи и сервиса.- Томск-Барнаул, 2001.

17. Пустонин Ю.Л. Интеграция психотерапии, психосоциальной реабилитации в психиатрии: итоги и перспективы / Ю.Л. Пустонин, С.М. Бабин, В.П. Сировская // Журнал социальной и клинической психиатрии. – 2003. - Вып. 2.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЭТИКА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ В ПЕРВИЧНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Головки О.А.,

БУЗОО «Родильный дом № 5», г. Омск

Трудовая деятельность является основной сферой общественной жизни. От ее нравственных целей и содержания зависит благополучие многих людей. При этом в профессиональной деятельности существуют специфические отношения людей друг к другу, к обществу, а также нравственные нормы, которые регулируют эти взаимоотношения.

Профессиональная этика в акушерской практике — разновидность профессиональной этики, конкретизирующая обще этические принципы и нормы применительно к специфике медицинской деятельности.

В современных условиях вопросам профессиональной этики во всех странах уделяют большое внимание. В настоящее время в России приняты: Этический кодекс российского врача, Кодекс професси-



ональной этики психиатра, Этический кодекс медицинской сестры России, Кодекс профессиональной этики акушерки РФ, которые призваны выполнять не только этико-правовую и педагогически-воспитательную функции, но и функцию консолидации в рамках профессии.

Главной целью профессиональной деятельности акушерок в первичном звене является обеспечение безопасного материнства. Женская консультация - это особая отрасль, куда приходят люди с различными нравственными установками, где профессиональная этика охватывает широкий спектр вопросов, связанных, прежде всего, с государственной политикой нашего государства. Это вопросы рождаемости, смертности, естественного прироста населения, т.е. вопросы, которые обычно относятся к личной жизни каждого гражданина. Половое воспитание имеет обширный круг вопросов и требует не только знания физиологии, психологии, психопатологии, права, социологии и социальной гигиены половой жизни, но и соблюдения этических норм и морали, так как связано с интимной жизнью.

Соблюдение профессиональной этики в акушерской практике в первичном звене становится с каждым годом всё актуальнее. Акушерка, оказывая медицинскую помощь, взаимодействует с пациентками, их родственниками. В вопросах прегравидарной подготовки, санитарно-просветительной деятельности, проведении патронажной работы активно контактирует с группами населения разных возрастов, с разным мировоззрением, жизненными и семейными ценностями и отношением к материнству.

Первый вопрос при наступившей беременности: оставить ребенка или прервать беременность. В контексте спора вокруг абортот центральным противоречием является сопоставление права женщины распоряжаться своим телом и права ребенка на жизнь. Важно понять: какая из двух этих ценностей выше, и какая из них должна преобладать.

При зачатии возникают опасения за судьбу будущего ребенка: будет ли он здоров, не смогут ли возникнуть какие-либо аномалии в его физическом и психическом развитии и др. При психопрофилактической подготовке к родам акушерка женской консультации должна устранить чувство страха, создать представление о родах, как о фи-



зиологическом процессе, создать положительный настрой на роды. Очень важно, чтобы пациентка была уверена в готовности персонала к своевременному и квалифицированному оказанию медицинской помощи, она должна видеть и чувствовать заинтересованность её судьбой, ответственное отношение к здоровью.

В настоящее время родовспоможение приобрело семейно-ориентированное направление, широко внедряются вспомогательные репродуктивные технологии, поэтому наступление беременности в программах экстракорпорального оплодотворения является лишь первым этапом в работе акушерки женской консультации, после которого не менее важными являются задачи вынашивания беременности и рождения здорового ребенка.

Нередко естественное наступление климакса вызывает у женщин вполне понятные психологические реакции: страх перед наступлением старости, страх потерять женственность, привлекательность и способность к супружеской жизни. Нередко акушеркам первичного звена женщины чаще рассказывают то, чего не говорят врачу. Акушерки должны соблюдать соответствующий такт, внимательное и доброе отношение, располагающее к откровенности.

Большая психотерапевтическая работа должна проводиться с женщиной перед серьезными хирургическими операциями (ампутация матки, удаление яичника и т.д.). Необходима оценка личностных особенностей женщины, характера семейно-супружеских отношений, так же важна беседа с пациенткой в плане предстоящей операции и вселение в нее уверенности в благоприятный исход.

Из всего вышесказанного можно сделать выводы, что профессиональная этика в акушерской практике – одно из важных умений, необходимых для качественной деятельности акушерки первичного звена и охватывает все разделы акушерства, призывает акушеров к активному участию в достижении устойчивого развития и создания более яркого будущего для матерей, детей и семей.

Литература:

1. Иванюшкин А.Я. Этический кодекс медицинской сестры России / А.Я. Иванюшкин, В.В. Самойленко. – С.-Петербург.: 2010. – 23 с.



2. Кодекс профессиональной этики акушерки Российской Федерации, 2018 г.

4. Сайт Ассоциации медицинских сестер России (Электронный ресурс). – Режим доступа: <http://www.medsestre.ru>

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ И ЭТИКА КАК СЛАГАЕМЫЕ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Голоктионова Е.Ю., Дацюк С.Ф.,

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

По данным государственного доклада «О состоянии здоровья населения и организации здравоохранения Омской области» за 2017 год, опубликованного на официальном сайте Министерства здравоохранения Омской области, заболеваемость населения злокачественными новообразованиями остается стабильно высокой, что определяет актуальность знания сестринским персоналом этических аспектов деятельности при оказании медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями.

Узнавая о диагнозе и прогнозе, даже после радикально проведенного лечения, пациенты часто испытывают длительное астеническое состояние, чувство тревоги, подавленности. Повышенная мнительность, онкофобия ведут к тому, что всякое нарушение самочувствия человек склонен расценивать как признак рецидива заболевания, появления метастазов. Лечение онкологического заболевания не избавляет от страха перед ним.

Одной из самых главных задач в деятельности медицинской сестры является умение рассеять страхи, опасения пациентов, тревогу и чувство неуверенности. Для больного человека забота и внимание необходимы как физически, так и психически. Человек, желая выздороветь, ищет помощи, поддержки, заботы. Если он не получает нужных ему эмоций и действий со стороны близких и медицинских работников, то он может стать обидчивым, замкнутым, испытать чув-



ство неудовлетворенности, которое отрицательно сказывается на процессе лечения. Забота медицинской сестры заключается не только в ее действиях, но и в ее словах. Помимо содержания слов очень важно как их говорят. Терпение, вежливость и ласковость являются неотъемлемыми составляющими хорошего стиля работы. Такой подход, безусловно, помогает гораздо продуктивнее решить проблемы пациента. Необходимые советы, направления поведения пациента, его действий во время болезни оказывают нужную помощь.

Для того чтобы помочь пациенту справиться со страхом, необходимо уметь слушать, понимать невербальный язык, оказывать эмоциональную поддержку, общаться с пациентом открыто, доверительно, относиться к нему с сочувствием, честно отвечать на вопросы, давать возможность задавать вопросы, понимать и стараться удовлетворять психические, социальные и духовные потребности пациента, предвидеть трудности и быть готовыми к их преодолению.

Нужно придерживаться следующих важных принципов общения, которые помогут не травмировать ни собственной психики, ни психики пациента.

- Старайтесь не усугубить эмоциональную травму пациента, нанесенную болезнью.
- Важно в каждом пациенте видеть, прежде всего, человека, личность. Не подавляйте его, не возвышайтесь над ним, будьте тоньше, интеллигентнее.
- Помните, что легко ранить тяжелобольного грубостью и невниманием.
- Психические особенности, уровень интеллекта, характер и жизненный опыт пациентов разные. Пациент может иметь свое мнение. Его видение ситуации, скорее всего, отличается от вашего. Старайтесь понять, выразить уважение к точке зрения больного человека, деликатно поправить, не унизив чувство его достоинства. Умейте общаться с каждым.
- Не забывайте, что онкологическое заболевание воспринимается в сознании каждого как угроза жизни. Поэтому тяжелое известие резко и внезапно меняет представление человека о его будущем, вызывает разнообразные психические реакции - от отрицания до



агрессии. Воспринимайте это как реакцию защиты, постарайтесь мягко перевести разговор в позитивное русло.

- Не следует быть уверенным в том, что вы можете полностью понять и осознать чувства и мысли онкологического пациента. Не осуждайте его, не стройте догматических суждений, мыслите позитивно.
- Не убивайте надежду, но помните, что ложный оптимизм тоже убивает ее.
- Старайтесь создать у пациента состояние психологического комфорта и доверия к медицинскому персоналу и, независимо от стадии заболевания, поддерживайте уверенность в получении им помощи.

Для создания атмосферы доверия в общении между медсестрой и пациентом необходимо дать пациенту возможность почувствовать, что вам не безразлична его судьба, и вы действительно хотите ему помочь. Медицинской сестре необходимо помнить, что всегда следует оставлять за собой ведущую роль и не переходить грань между доверием и панибратством. Медицинская сестра должна стараться способствовать возникновению между ней и пациентом эмпатии (сопереживания). Для установления доверительных отношений необходимо убедить пациента в конфиденциальности ваших бесед. Получив представление об особенностях личности пациента, его эмоциональных переживаниях, медицинская сестра может тактично разъяснить ему не только его права, но и обязанности, а также аккуратно подготовить к обследованиям и терапевтическим процедурам, изложив необходимую информацию в доступной форме.

Важно помнить что, зачастую, пациент, собираясь на прием к врачу, тщательно продумывает свой разговор с ним, старается не забыть все, что с его точки зрения является важным. Если врач и медицинская сестра в процессе консультативного приема окажутся невнимательными, будут отвлекаться посторонними делами, то у пациента останется чувство неудовлетворенности от встречи с ними. Каждый пациент хочет, чтобы время, отведенное для его приема, было полностью сконцентрировано на нем. Иногда сама обстановка в кабинете врача не благоприятствует контакту с пациентом. В кабинет без стука входят сотрудники, не обращая внимания на занятость врача, куда-то срочно его вызывают. Исследование может прерываться.



В кабинете должны быть созданы комфортные условия для проведения приема. Пациент во время проводимого исследования не должен быть виден лицам, входящим в кабинет. Поэтому следует предусмотреть ширму, закрывающую место для раздевания и кушетку, на которой проводится обследование. Подход к пациенту в поликлинике должен быть строго индивидуальным. Грубыми нарушениями являются невнимание к рассказу пациента о своем заболевании, поспешность при его обследовании.

Онкологические заболевания зачастую требуют хирургических вмешательств, и пациенты часто переходят на инвалидность. Посещая пациента на дому, важно установить хорошие взаимоотношения медицинской сестры с родственниками пациента. Актуальность этой проблемы для семьи пациента с онкологическим заболеванием подчас не менее драматична. Например, для матери видеть страдание и смерть своего ребенка много страшнее, чем самой пойти по этому пути. Понятие идентификации, отождествления человека со своей семьей и близкими приводит к тому, что родственник проходит все те же стадии психологического стресса, что и сам пациент. При этом интересы пациента должны выступать на первый план. Несмотря на занятость медицинской сестры, она должна найти время, чтобы побеседовать с родственниками пациента, особенно с далеко зашедшим процессом заболевания. Необходимо объяснить родственникам пациента, что следует избегать как чрезмерной опеки, так и упреков в мнительности.

Обращается внимание родственников на создание доброжелательного щадящего микроклимата в семье. Необходимо переориентировать родственников на оказание посильной помощи больному члену семьи:

- Адаптировать пациента к жизни в новых условиях.
- Научить членов семьи навыкам ухода за пациентами.
- Повысить ответственность семьи за качество предоставляемого ухода, включающего: обеспечение адекватного рациона питания и питьевого режима, помощь при гигиенических процедурах и посещении туалета, поддержание психоэмоционального статуса пациента.



Обучение может проводиться в формах выдачи печатной информации (обучающей литературы: готовых брошюр, буклетов или подготовленных во время консультации памяток) и личной беседы.

При возникновении у пациента ложного чувства вины перед близкими, страха стать обузой для них, участковая медицинская сестра должна обсудить с родственниками оптимальную линию их поведения в данной ситуации, направленную на убеждение пациента в обратном. Например, может быть уместной фраза: «Дайте возможность вашим детям выразить любовь к вам, ухаживая за вами. Принимайте их любовь с радостью. Ведь это их благодарность за то, что вы сделали для них в детстве».

Последние месяцы существования таких пациентов, если они пребывают не в стационаре, а дома, протекают в весьма тягостной обстановке. Именно в этом периоде пациенты больше всего нуждаются в достаточно многообразных формах паллиативной помощи, которая включает в себя, в первую очередь, оказание противоболевой помощи, а также борьбу с такими тягостными симптомами, как тошнота и рвота, запоры, слабость, плохой аппетит, одышка, депрессия. Необходимо объяснить родственникам, что члены семьи, не должны забывать, что их близкий человек нуждается в специально подобранной и приготовленной, удобной для употребления пище. Семья должна знать, какие препараты и лекарства следует давать тяжелобольному, как произвести ту или иную процедуру для облегчения его страданий, всему этому и должна обучать медицинская сестра. Главной задачей паллиативной помощи является поддержка состояния благополучия, а иногда и улучшение общего самочувствия больного человека, находящегося в терминальной стадии заболевания. Это период, когда день за днем наступает ухудшение. Следует постоянно информировать родственников, что происходит, советовать не оставлять без внимания и ухода пациента до последних минут его жизни.

Полная самоотдача, оптимизм, вера в огромные возможности человеческого организма позволяют медицинской сестре не пасовать перед трудностями и добиваться желаемого результата. Эти качества каждая медицинская сестра должна развивать и совершенствовать



всю жизнь, помня, что вершиной медицинской этики является полное доверие пациентов.

Литература:

1. Дементьева Н.Ф. Хосписная помощь пожилым людям на дому и вопросы сотрудничества медицинских и социальных работников [Текст] / Дементьева Н.Ф., Золоев Р.В. // Паллиативная медицина и реабилитация. - 2005. - №1. - с. 13-15.
2. Филатова С.А. Геронтология. Учебник/С.А. Филатова, Л.П. Безденежная, Л.С. Андреева. – Изд. 3-е.-Ростов н/Д: Феникс, 2005.- 512 с.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСОВ НА МОДЕРНИЗАЦИЮ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Гольцова Д.Я.,

БУЗОО «Гинекологическая больница», г. Омск

В настоящее время без интернет-ресурсов сложно представить современную медицину. Интернет-ресурсы имеют возможность хранить огромные массивы данных и позволяют быстро обрабатывать информацию, облегчая работу медицинским сестрам, делая их работу качественнее и быстрее, оставляя больше времени на диагностику, лечение и уход за пациентом.

Большая часть информации в медицинских организациях находится на бумажных носителях, ведение бумажной документации занимает большое количество времени, в особенности, это сказывается на скорости (поиск необходимой информации о пациенте), поэтому интернет-ресурсы в медицине необходимы для уменьшения нагрузки на специалистов. Необходимая информация компактно и надежно хранится в системе базы данных.

Поэтому на смену бумажных носителей и стационарных компьютеров приходит время крупных интернет-ресурсов, которые окажут влияние на качество лечения и удовлетворенности всего населения новой системой передачи данных.



Модернизация работы медицинского персонала при введении современных интернет-ресурсов, использующих для работы sms, e-mail, мобильное приложение, единую базу данных. Две главные задачи, возникающие при внедрении компьютерных технологий в работу медицинских организаций - это обучение персонала навыкам работы с ПК и создание единой системы описания состояния пациента, симптомов и различных аспектов роста, развития и лечения. Эта система позволит не только создать стандартные шаблоны для описания, но и единую базу данных, в которую будут внесены данные о пациентах (данные осмотра врача, УЗИ, тесты, анализы, и т.д.). Поэтому будет полный переход документооборота в больнице и за ее пределами в электронный вид.

Сравнительный возрастной анализ медицинской организации показал следующее: количество медицинских сестер составляет 80 человек, из них 52 человека - в возрасте 40 лет и более, 23 человека - в возрасте от 25 лет до 40 лет, и только 5 человек – в возрасте менее 25 лет. Исходя из этого, привлечение молодых специалистов необходимо, это приведет к росту кадров, а также выпускники, хорошо разбирающиеся в информационных технологиях, позволят вывести качество медицинской помощи на новый уровень.

Рабочее место медицинской сестры, оборудованное компьютерной техникой с подключением к локальной информационной системе, позволит работать в единой программе по всей России, что позволит палатной медицинской сестре вести:

1. электронный лист назначений;
2. персонифицированное списывание медикаментов на основании электронного листа назначений;
3. электронный температурный лист (в виде графика);
4. поиск результата исследования по сети;
5. автоматическую сортировку результатов исследований по историям болезни.

Это обеспечит эффективное хранение огромных массивных медицинских данных.

Чем будет полезна «карманная история» пациенту:

1. история болезни всегда с собой;



2. доступ пациента к истории болезни и назначениям через интернет (мобильное приложение) в любое время суток;

3. информирование о результатах исследований через sms, e-mail, мобильное приложение;

4. при оказании медицинской помощи в отдаленном месте от дома, к примеру, в другом городе, врач сможет поставить точный диагноз, опираясь на прошлые исследования, зайдя в онлайн-историю;

5. находясь на амбулаторном лечении, пациент может проконсультироваться по своему заболеванию в режиме онлайн, что повышает его доступность к системе здравоохранения;

6. бумажные результаты исследований не потеряются, они будут всегда с собой в смартфоне.

Для эффективного выполнения объема работ необходимо провести сравнительный анализ затраченного времени при внедрении интернет ресурсов. При подсчёте времени, которое уходит на поиск данных истории, а также процесс заполнения истории болезни и выдачу различных направлений (на анализы и консультации), оказалось, что оно, в среднем, составляет от 5 до 8 минут. При большой загруженности медицинского работника, когда на одного пациента отводится от 15 до 20 минут, это достаточно существенная величина, тогда как при компьютеризации работы на эти же процессы будет тратиться не более 1-3 минут. Заполнение температурного листа, листа врачебных назначений так же может занимать от 5 до 10 минут, тогда как при использовании компьютерной сети оно может сократиться до нескольких секунд. Много времени уходит на поиски необходимого результата исследования, который поступает из лаборатории или иных диагностических кабинетов, а также сортировку результатов по историям болезни, которая происходит вручную. На это уходит до 40 минут. При использовании единой информационной сети на это будет тратиться не более нескольких секунд.

Внедрение интернет-ресурсов при ведении электронной истории болезни и ведение всей документации онлайн имеет ряд преимуществ:

- уменьшение временных затрат на заполнение всех документов;
- облегчение труда медицинских работников;
- исключение ошибок при ведении документации;



- доступность карманной истории;
- увеличение времени на оказание помощи и проведение врачебных назначений, диагностических исследований.

Выводы. Таким образом, данная онлайн-система привлечет молодых специалистов, так как это новая и удобная программа позволит существенно сэкономить время на выполнение текущей работы с медицинской документацией, сократит время ожидания пациента до назначения и выполнения манипуляций для его лечения.

Современные интернет-технологии позволят всегда иметь при себе историю болезни, существенно влияя на повышение качества и доступности медицинских услуг пациентам, а также будут способствовать повышению престижа сестринской профессии в обществе.

Такой я вижу медицину будущего!

ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДИКИ РЕЛАКСАЦИИ В КОМПЛЕКС ЛФК ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

*Громова М.Х., Гайдюченко А.С.,
БУЗОО «Медико-санитарная часть № 4», г. Омск*

Актуальность. Современные реалии жизнедеятельности человека несут в себе большую эмоциональную и когнитивную нагрузку, что, в свою очередь, может негативно экстраполироваться на функциональные системы организма, в том числе и сердечно-сосудистой системе. Заболевания могут привести к серьёзным негативным последствиям. В связи с этим многие исследователи и специалисты медицины и ЛФК продолжают изучать данный вопрос, используя интегративные подходы и всевозможные технологии лечения. Интеграция различных средств, методов и приемов позволяет оптимально подобрать технологии реабилитации для пациентов с заболеваниями сосудистой системы.

Цель: внедрение методики релаксации в комплекс ЛФК при лечении сердечно-сосудистой системы.

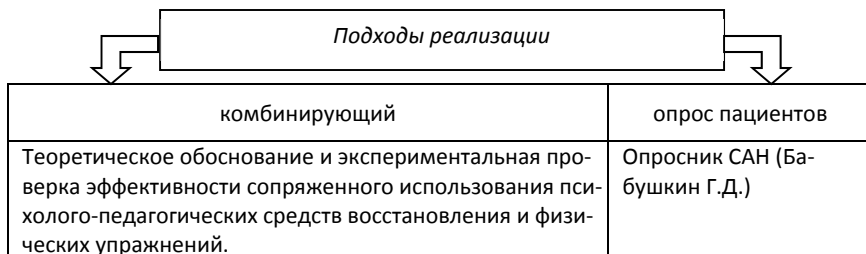


Задачи: освоение, подбор и внедрение элементов релаксации ЛФК при лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Овладение методики релаксации проводилось на базе МСЧ № 4, физиотерапевтического отделения, в зале лечебной физкультуры (ЛФК). Зал ЛФК оборудован кардиотренажерами, специальным медицинским оборудованием, спортивными снарядами и инвентарем. Данная технология апробирована на 20 пациентах, с функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы.

Технология сочеталась в два этапа:

1. Комбинирующий: использовались упражнения, формирующие координацию двигательных действий различной сложности и психолого-педагогические средства восстановления организма (релаксирующий комплекс).



Согласно опроснику, оптимальный показатель у исследуемых должен быть в диапазоне 4-5 баллов. Результаты САН представлены на рисунке 1.

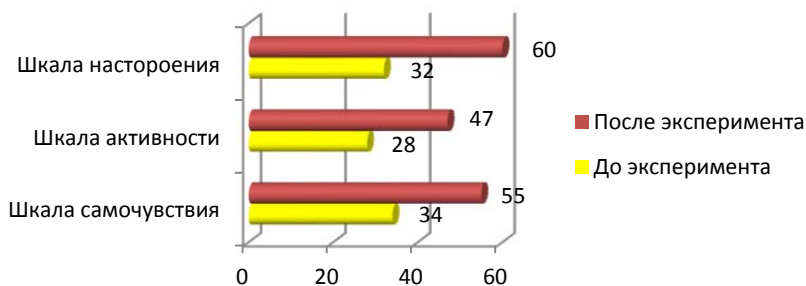


Рисунок 1 – Результаты САН



Релаксационные психотехники:

- «Внутренний свет». Упражнение снимает усталость, придает внутреннюю силу. Нужно принять удобную позу лежа. Представьте, что внутри верхней части головы возникает светлый луч или яркий свет. Луч начинает медленно двигаться вниз и постепенно освещает лицо, плечи, шею, руки расслабляющим светом. Свет разглаживает морщины, убирает напряжение в области затылка, снимает зажимы в груди, шее, в области губ. Внутренний свет формирует нового человека – спокойного и освобожденного от стресса. В конце следует произнести слова: «Я стал новым человеком! Я стал спокойным, сильным и уверенным!».
- «Груз». Упражнение защищает от повышенной тревожности, подавляет раздражение и страх. Технику рекомендуется применять перед ситуацией, которая требует уверенности, например при психическом напряжении, иначе происходит скопление отрицательной энергии. Для выполнения упражнения требуется представить внутри себя мощный груз, который движется сверху вниз. Груз идет от уровня груди, подавляя отрицательные эмоции и внутреннее напряжение. Чтобы выполнить упражнение правильно, нужно четко визуализировать тяжесть груза, именно его сила выталкивает вниз негативные эмоции и страх.

Методы суггестии (внушения): аудиальные записи со словесными формулами (аффирмациями), имеющими установку на двигательные действия. Пример: мои движения четкие и уверенные, с каждым днем я становлюсь все сильнее и сильнее, мое тело полностью подчиняется мне, я сконцентрирован и настроен на движения, с каждым разом мои движения становятся лучше.

Для оценки работоспособности сердечно-сосудистой системы использовалась ортостатическая проба. Суть пробы заключалась в отслеживании пульса и давления во время нахождения пациента в горизонтальной и сагиттальной плоскостях. Согласно исходным данным пробы, оптимальное изменение уровня пульса лежит в пределах 20 ударов в минуту, а изменение диастолического давления не должно превышать 10 мм рт.ст. Результаты исследования представлены на рисунках 2 и 3.

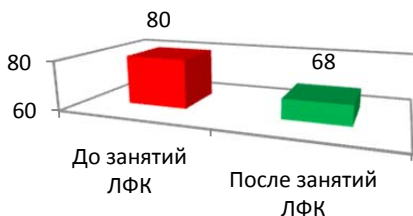


Рисунок 2 – Показатели пульса (ударов в минуту)

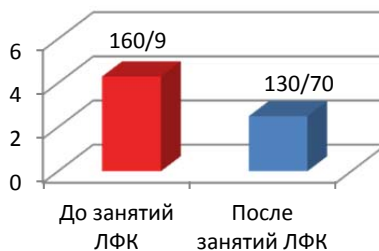


Рисунок 3 – Показатели артериального давления

Начальное исследование ортостатической пробы указывает на значительное отклонение от нормы, у пациентов наблюдалось превышение необходимой нормы показателей пульса и давления.

Результаты пробы внедрения методики релаксации в систему лечебной гимнастики указывают на улучшение всех исследуемых показателей ортостатической пробы, значительная часть пациентов вошла в диапазон оптимальных показателей, но при этом у некоторых пациентов наблюдались неоднозначные показатели, что, по нашему мнению, может быть связано с особенностью нервной системы и индивидуально-психологическими особенностями.

Для оценки координационных способностей использовалась проба Ромберга. Согласно исходным данным пробы, оптимальное сохранение равновесия – удержание статической позы более 8 с. Так как данная проба, в основном, предназначена для выявления неврологических заболеваний и лишь косвенно отражает координационные способности человека, мы использовали собственный двигательный тест - пространственно-временные ощущения. Суть данного теста заключается в том, что испытуемый должен пройти с закрытыми глазами от линии к линии расстояние, между которыми составляет 10 м за не более чем за 12 с. Превышение этого временного отрезка говорит о плохом пространственно-временном ощущении.



Совокупность результатов пробы Ромберга и пространственно-временного теста отражена на рисунке 4, где синяя линия - это динамика пробы Ромберга, а красная - динамика пространственно-временного тестирования.

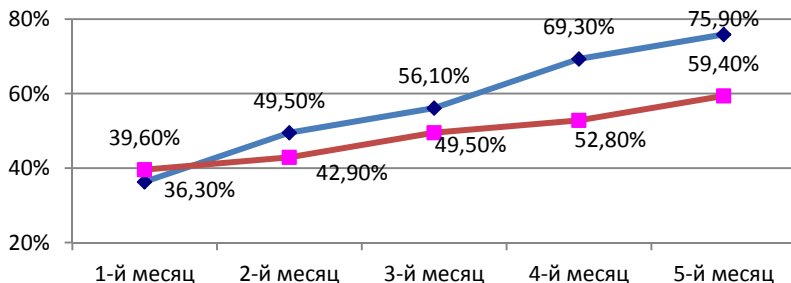


Рисунок 4 - Совокупность результатов пробы Ромберга и пространственно-временного теста

Совокупность исследования координационных способностей и пространственно-временных ощущений отражает положительный прирост количества пациентов на протяжении каждого месяца занятий ЛФК.

В науках о телесности человек представлен как сочетание духовного, бисоматического и психофизиологического начал окружающего мира. Учитывая вышесказанное, мы так же исследовали самочувствие, активность, настроение пациентов по опроснику САН (Бабушкин Г.Д.) Согласно опроснику, оптимальный показатель у исследуемых должен быть в диапазоне 4-5 баллов. Результаты эксперимента отражают достоверное улучшение исследуемых показателей, что указывает на положительное изменение эмоционально-психологического состояния пациентов.

Выводы:

1. Внедрение инновационных элементов релаксации на занятиях ЛФК положительно влияет на процесс восстановления пациентов после перенесенных заболеваний, связанных с сердечно-сосудистой системой, заметны улучшения двигательных возможностей и психологического состояния пациентов. Упражнения влияют на центральную нервную систему, изменяя подвижность нервных процессов в



коре головного мозга; корректируют функции основных систем организма (дыхание, кровообращение и другие); улучшают процессы обмена; влияют на психоэмоциональное состояние человека, отвлекая от мысли о болезни и придавая чувство бодрости, переключая внимание на двигательную активность. Происходит стимулирование к осознанному сохранению своего здоровья, повышается целеустремленность мотивация к активному здоровому образу жизни. Развивается более тонкое ощущение окружающего мира, активируются процессы восприятия движений.

2. Мотивация молодых специалистов к инновациям.

НОВЫЕ РОЛИ ФЕЛЬДШЕРА КАБИНЕТА АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА В ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Громова М.Х.,

БУЗОО «Медико-санитарная часть № 4», г. Омск

1. Актуальность проблемы дефицита медицинских кадров в первичном здравоохранении в Российской Федерации.

Для отечественного здравоохранения характерен дефицит медицинских кадров как в городах, так и в сельской местности. Наблюдается дисбаланс между врачебным персоналом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, и специалистами узкого профиля. Приток молодых врачей в некоторые отрасли медицины (участковая служба, сельское здравоохранение) по-прежнему мал, что ведет к старению врачебных кадров, подрывает стабильность работы отдельных медицинских коллективов. Этот процесс обусловлен социально-экономическими причинами, продолжающимся снижением престижности отдельных врачебных профессий.

Как отмечается в постановлении Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»», для удовлетворения потребностей граждан в медицинской помощи необходимо принять



комплекс мер по устранению дефицита кадров, региональных и структурных диспропорций.

В силу названных кадровых проблем отрасли, которые невозможно решить в короткие сроки, законодатели вынуждены разрешать проблему доступности отдельных видов медицинской помощи для населения, формулируя исключения из общего правила об оказании пациенту медицинской помощи лечащим врачом.

2. Актуальность вопроса дефицита врачебных кадров амбулаторно-поликлинической службы в БУЗОО «Медико-санитарная часть № 4».

БУЗОО «Медико-санитарная часть № 4» - многопрофильная медицинская организация, имеющая в своей структуре стационар, поликлинику и поликлинику № 2.

Поликлиника обслуживает население в количестве 15 500 человек и имеет в своем составе 9 участков, которые обслуживают 4 участковых врача-терапевта. В поликлинике сложилась сложная обстановка по оказанию первичной медико-санитарной помощи пациентам из-за острого дефицита участковых врачей-терапевтов. Чтобы решить проблему дефицита кадров в поликлинике была изучена нормативная правовая база и порядок возложения на сестринский персонал отдельных функций лечащего врача.

3. Нормативная правовая база вопроса возложения функций участкового врача-терапевта на фельдшера амбулаторного приема.

Согласно ч. 7 ст. 70 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон об охране здоровья) отдельные функции лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения (в т. ч. по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические и психотропные лекарственные препараты) могут быть возложены на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи.

Отдельные функции лечащего врача, возлагаемые на фельдшера, определяются, исходя из должностных обязанностей, предусмотренных квалификационной характеристикой врача, установлен-



ной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

Функции лечащего врача по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, осуществляются фельдшером, в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и о наркотических средствах и психотропных веществах, в том числе приказом МЗ РФ от 20 декабря 2012 г. N 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

4. Необходимое документальное оформление.

Возложение функций участкового врача-терапевта на фельдшера должно быть надлежащим образом оформлено. Данное требование следует как из норм трудового законодательства (например, ст. 72.1 и 72.2 Трудового кодекса РФ), так и из норм о порядке возложения на фельдшера отдельных функций лечащего врача. В соответствии с п. 3 Порядка, отдельные функции лечащего врача возлагаются на фельдшера приказом руководителя медицинской организации, в котором указываются: причины возложения на фельдшера, отдельных функций лечащего врача; перечень отдельных функций лечащего врача, возлагаемых на фельдшера.

Разработаны новые должностные инструкции фельдшера амбулаторного приема с учетом возложенных на него функций участкового врача.

Оба фельдшера амбулаторного приема поликлиники прошли обучение по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации на базе БУ ДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения» по программе «Организация экспертизы временной нетрудоспособности».

5. Выводы.



При статистическом анализе работы фельдшеров поликлиники были сделаны выводы:

- план посещений за 2017 г. выполнен, в среднем, на 103%;
- уменьшилось количество устных жалоб пациентов на долгое ожидание приема и выписки рецептов.

Для оказания первичной медико-санитарной помощи населению при участии сестринского персонала была проведена организационная работа по созданию документов согласно нормативно-правовой базе (приказ, должностные инструкции), подбору кадров, проведено обучение по дополнительным программам повышения квалификации сестринского персонала. Все эти меры позволили решить кадровую проблему с дефицитом участковых врачей-терапевтов и улучшить оказание медико-санитарной помощи в поликлинике.

Литература:

1. Портал информационной поддержки специалистов ЛПУ (Электронный ресурс). – Режим доступа: <https://www.zdrav.ru/articles/101894-qqe-16-m01-vozlojenie-funktsiy-lechashchego-vracha-na-sredniy>
2. Российская газета – Федеральный выпуск №5773 (100), 5 мая 2012 (Электронный ресурс). – Режим доступа: <https://rg.ru/2012/05/05/lekarstva-dok.html>

РОЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЫ В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА»

Дацюк С.Ф.,

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

В условиях современной медицины основой успешного лечения и индикатором профессионального оказания медицинской помощи является удовлетворенность пациентов предоставляемыми услугами. Еще в начале нынешнего десятилетия статистикой было установлено, что в структуре неудовлетворённости пациентов низким качеством



медицинской помощи лидирующую позицию занимает нарушение медицинской этики - 57,3%. Причем, процент удовлетворённости населения качеством медицинской помощи неуклонно снижался.

Отсутствие удовлетворенности медицинской помощью приводит к обращению в другие медицинские организации в случае такой необходимости, повышает процент жалоб и судебных исков, долю негативных отзывов о лечебном учреждении. Для того чтобы изменить к лучшему существующую ситуацию, Ассоциация медицинских сестер России и Правительство РФ приняли ряд мер по реформированию сестринского дела и здравоохранения в целом.

Прежде всего, была принята новая редакция Этического кодекса медицинской сестры России, Кодекс корпоративной этики Ассоциации медицинских сестер России, Кодекс профессиональной этики акушерки РФ, а также другие региональные и локальные документы, регулирующие этическую деятельность сестринского персонала.

Министерство здравоохранения РФ совместно с Государственной корпорацией «Росатом» разработали и внедрили федеральный проект «Бережливая поликлиника», основная цель которого – повышение удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи в амбулаторных условиях с 45% в 2017 г. до 60% к 2020 г. и до 70% к 2022 г. Этого предполагается достичь путём формирования новой модели пациент-ориентированной медицинской организации, отличительными признаками которой являются доброжелательное отношение к пациенту, отсутствие очередей и качественное оказание медицинской помощи.

Из года в год требовательность пациентов к качеству медицинских услуг становится выше. Чаще всего пациенты ожидают и требуют более внимательного отношения к себе со стороны медицинских работников всех уровней. Поэтому формированию культуры поведения сестринского персонала амбулаторно-поликлинической службы, структуры, куда, прежде всего люди обращаются за медицинской помощью, в настоящее время уделяется пристальное внимание.

Культурные нормы - это предписания, требования, пожелания и ожидания соответствующего, т.е. общественно одобряемого поведения или запреты ненадлежащего в глазах общества поведения. Дея-



тельность сестринского персонала регулируется нормами профессиональной культуры медицинских работников.

Профессиональная культура включает профессиональные навыки, умения, знания, профессиональное сознание, мировоззрение и духовную составляющую, элементами которой являются профессиональная мораль и профессиональная этика.

Профессиональная культура предполагает соблюдение правил внутренней культуры (отношение к труду, соблюдение дисциплины, бережное отношение к общественному достоянию, дружелюбие и чувство коллегиальности).

Соблюдение правил внешней культуры поведения предполагают благочестивость, приличие, хороший тон, соответствующий внешний вид (внешняя опрятность, необходимость следить за чистотой своего тела, одежды, обуви, отсутствие излишних украшений и косметики, белоснежный халат и другое), что значимо в процессе взаимодействия медицинской сестры и пациента или его родных.

Моральные, культурные и нравственные качества медицинской сестры всегда имели не меньшее значение в ее профессиональной деятельности, чем практические навыки. И если недостаточная профессиональная квалификация медицинского работника распознавалась не сразу пациентом или его близкими, то его нравственный облик обнажался без труда и мог получить, к сожалению, отрицательную оценку.

Искусство общения, знание психологических особенностей и применение психологических методов крайне необходимы специалистам. Медицинская сестра во взаимодействии с пациентами осуществляет разные типы общения: деловое общение, воспитательное воздействие, диагностическую беседу, интимно-личностное общение. Умение строить отношения с людьми, находить подход к ним, уметь расположить к себе, удовлетворить потребность человека в живом контакте лежат в основе профессионального успеха сестринского персонала. Успех в лечении возможен только при установлении доверительных отношений. А для этого нужно уметь разговаривать с пациентом и его родственниками.

Поликлиника – крупная медицинская организация, обслуживающая большие районы города или сельской местности. Задача поли-



клинической службы состоит в том, чтобы каждый житель участка знал своего участкового врача и медицинскую сестру и доверял им. Пациенты очень тонко чувствуют характер взаимоотношений между врачом и медицинской сестрой и живо на них реагируют. Хорошие взаимоотношения укрепляют веру пациентов участка в них, их способность своевременно оказать необходимую квалифицированную медицинскую помощь и вместе с тем укрепляют авторитет медицинской организации. Добрая молва быстро распространяется среди населения участка, и люди с любовью и благодарностью относятся к тем, кто их лечит. Однако, частые огрехи и ошибки в работе, невыполнение обещаний, опоздания на вызов наносят моральный ущерб больным людям.

Необходимо полностью исключить случаи грубости во взаимоотношениях участковых медицинских работников, безответственного отношения к своему делу, нетактичность и недисциплинированность. Во всех случаях нужно руководствоваться положениями Этического кодекса медицинской сестры России, соблюдать этику отношений и культуру поведения. Пациенты не должны видеть каких-либо осложнений в их взаимоотношениях. Например, неприятные переживания могут возникнуть у пациента в тех случаях, когда медицинская сестра допустила ошибку при выписывании направления на лабораторное исследование, неправильно указала часы повторного приема, время явки на консультацию и т.д. Каждый дефект в поведении персонала легко попадает в поле зрения сразу нескольких десятков пациентов и становится предметом их обсуждения, подрывает авторитет, как медицинского работника, так и целого коллектива.

Высокая этика взаимоотношений между сотрудниками при четком выполнении ими своих профессиональных обязанностей благоприятно влияет на лечебный процесс. Большое значение при общении сестринского персонала с пациентом имеет чуткость, т.е. внимательное выслушивание его и стремление понять его переживания. Это способствует поднятию настроения, отвлечению от мрачных мыслей о возможном неблагоприятном исходе заболевания, успокоению больного человека. Важно ободрить пациента участливым словом, разубедить в необоснованности его опасений.



Беседа с пациентом может дать определенное представление об его культурном уровне, интеллекте, образовании, личных особенностях, доминирующих переживаниях. Эти знания могут помочь установить контакт и найти индивидуальный подход к каждому пациенту. При этом медицинская сестра должна быть терпеливой к назойливым высказываниям и расспросам, уделить достаточно времени на беседу с каждым обратившимся за медицинской помощью. Поверхностный расспрос, непродуманные ответы, фамильярность при обращении обижают пациентов, настораживают и тревожат. Медицинской сестре необходимо контролировать свои высказывания, учитывать впечатление, которое они оказывают на больного человека. В этих случаях мысленно нужно поставить себя на место этих людей.

Характер участковой работы – многочисленные контакты с большим числом пациентов и их родственников – требуют немалого нервно-психического и физического напряжения. Беседа медицинской сестры с родственниками пациента так же не должна выходить за рамки ее компетенции. Если вопрос выходит за рамки компетенции, в частности, о характере заболевания, возможном исходе, ведущей симптоматике, медицинской сестре лучше сослаться на неосведомленность и предложить обратиться за разъяснениями к врачу. Если медицинская сестра в момент обращения родственника не может уделить ему внимание, она должна вежливо извиниться и объяснить, что в данное время у нее срочная работа, и попросить, если возможно, немного подождать или назначить время для встречи.

Все очерченные выше задачи могут быть выполнены медицинской сестрой в наше время лишь при постоянном совершенствовании ею своих знаний и навыков. Кроме изучения той области, в которой она работает, медицинской сестре постоянно необходимо заниматься и повышением своего культурного уровня, совершенствованием своей личности. Ее взгляды и мнения должны соответствовать тому общему духу, который присутствует в структурном подразделении и в медицинской организации в целом.

Подводя итоги, вернёмся к вопросам неудовлетворённости населения качеством медицинской помощи, где нарушение медицинской этики занимает ведущее место - 57,3%. Решение данной проблемы не требует финансовых затрат, а лишь применения Этиче-



ского кодекса медицинской сестры России в повседневной сестринской практике.

Личность сестры, метод ее работы, стиль, умение обращаться с пациентами, владение техникой психологического обучения пациентов — все это, само по себе может служить лекарством, оказывать исцеляющее действие.

Этический кодекс медицинской сестры России является основой качества сестринской помощи. В условиях постепенной коммерциализации всей медицины всё более важным становится понимание того, что принципы общения с пациентами базируются не только на экономической составляющей, но и на традициях милосердия и сострадания.

Литература:

1. Яровинский М.Я. Медицинский работник и пациент // Медицинская помощь. – 1996, №3. (53)

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПЕРВИЧНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА И РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Дедкова Л.В., Коваль Н.А.,

*БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
№ 2», г. Омск*

Началом развития онкологической службы послужило Постановление Правительства СССР от 30.04.1945, которым предусмотрено создание в каждой области онкологического диспансера для лечения и учета онкологических больных. На современном этапе учет онкобольных осуществляется не только в онкодиспансерах, но и во всех лечебных учреждениях (городских и сельских). В БУЗОО «ГК БСМП №2» создан первичный онкологический кабинет при амбулаторно-поликлиническом лечебно-диагностическом структурном подразделении.



Задачи онкологического кабинета:

- Работа по обеспечению своевременного и раннего выявления больных с онкопатологией.
- Учет и регистрация онкологических больных.
- Диспансерное наблюдение за онкологическими больными, состоящими на учете, и диспансеризация больных с предраковыми заболеваниями, доброкачественными новообразованиями.
- Распределение на клинические группы всех взятых на диспансерный учет.
- Организация специализированной помощи в вопросах диагностики, лечения с учетом выявленной патологии, оказание симптоматической помощи больным, подбор адекватной терапии при боли у онкологических больных.
- Направление на углубленное обследование (клинические, рентгенологические, лабораторные, цитологические, эндоскопические и ультразвуковые исследования и др.).
- Организация профилактических осмотров.
- Оказание квалифицированной консультативной помощи по онкологии.
- Разбор запущенных случаев позднего выявления больных с онкопатологией и методов борьбы с этим.
- Проведение организационно-методической работы со специалистами БУЗОО «ГК БСМП №2».
- Проведение санитарно-просветительной работы по онкологии.

Заболеваемость населения Омской области ЗНО остается стабильно высокой. Ежегодно регистрируется более 9 тыс. случаев заболевания, включая выявленных при аутопсии. Впервые зарегистрировано случаев злокачественных новообразований - 9 657 с посмертно выявленными, в 2016 г. – 9 418. Из них у мужчин - 4 493 (2016 г.- 4366 чел.), у женщин - 5 164 (2016 г. - 5 052 человека). Прирост числа заболеваний - 2,5%.

Специализированная онкологическая помощь больным с ЗНО практически всех локализаций (за исключением опухолей центральной нервной системы, органа зрения и болезней крови) оказывается в БУЗОО «КОД».



В БУЗОО «ГК БСМП № 2» в 2017 г. на диспансерном учете состоит 642 чел. (2016 г. - 580 чел.). В первой клинической группе (больные с заболеванием, подозрительным на злокачественное новообразование и с предопухолевыми заболеваниями) - 10 человек (2016 г. - 8 чел.). Во второй клинической группе (больные злокачественными новообразованиями, подлежащие радикальному или специальному лечению) - 106 человек (2016 г. - 103 чел.). В третьей клинической группе - 514 чел. (2016 г. - 459 чел.). В четвертой клинической группе - 12 чел. (2016 г. - 10 чел.). За 9 месяцев 2018 г. контингент больных с ЗНО, состоящих на учете, составил 642 чел., что на 62 чел. больше того же периода 2016 г.

Подлежало радикальному лечению 72 пациента, 69,2% от числа вновь зарегистрированных (2016 г. - 67,9%). Радикальное лечение закончили 93% (2016 г. - 94%); не закончили радикальное лечение 7% пациентов (2016 г. - 6%). По видам лечения: только хирургический - 12 чел., только лучевой - 3 пациента, только лекарственный - 0, комбинированный 627 чел.

Число больных, состоящих на учете в 2017 г. с момента установления диагноза 5 лет и более, - 306 человек, формируется из пациентов с ЗНО молочной железы - 19,1% (2016 г. - 19%), щитовидной железы - 9,8% (2016 г. - 9,7%), колоректальной зоны - 9,5% (2016 г. - 9,5%), тела матки - 6,3% (2016 г. - 6,5%), почек - 6,1% (2016 г. - 5,9%), предстательной железы - 4,8% (2016 г. - 4%).

Всего впервые выявленных - 112 человек. У 99 пациентов диагноз подтвердился морфологически. Из них имели I стадию - 50 человек, II стадию - 22, III ст. - 12, IV ст. - 18 человек. За 9 месяцев 2018 года количество впервые выявленных составило 63 человека.

В структуре заболеваемости ЗНО в 2017 г. произошли незначительные изменения, по сравнению с 2016 г. Наиболее распространенные формы ЗНО: рак кожи - 14,1% (2016 г. - 14,6%), трахеи, бронхов и легкого - 11,6% (2016 г. - 11,5%), колоректальный рак - 11,4% (2016 г. - 10,7%), рак молочной железы - 11,1% (2016 г. - 11,2%), рак предстательной железы - 6,3% (2016 г. - 6,9%), новообразования желудка - 5,4% (2016 г. - 5,5%).

У мужчин наиболее распространенными формами ЗНО были опухоли трахеи, бронхов, легких - 20,5% (2016 г. - 20,1%), предста-



тельной железы - 13,5% (2016 г. - 14,9%), рак кожи - 11,6% (2016 г. - 12%).

У женщин лидирующие места занимали рак молочной железы - 20,7% (2016 г. - 20,8%), кожи - 16,5% (2016 г. - 16,8%), колоректальной зоны - 11,7% (2016 г. - 11,1%).

Улучшен показатель ранней выявляемости рака - 55,6% от общего числа, прирост составил 1,1% (2016 г. - 54,5%). Наилучшие показатели ранней выявляемости были по следующим локализациям: кожа - 96%, тело матки - 84,6%, щитовидная железа - 81,8%, молочная железа - 68,2%, губа - 65,9%. Остаются низкими показатели раннего выявления при раке глотки - 14,3%, пищевода - 17,3%, раке легкого - 31%.

Оставался высокий процент запущенности при диагностике: рака желудка - 41,8% (2016 г. - 46,2%), рака прямой кишки - 45,8% (2016 г. - 45,2%), трахеи, бронхов, легкого - 36,7% (2016 г. - 40,4%), рака глотки - 54,3% (2016 г. - 48,6%), полости рта - 63,8% (2016 г. - 67,8%).

Число умерших в отчетном году от ЗНО – 18 человек (2016 г. - 28 че.). Из числа больных, впервые взятых на учет в 2017 г., умерло от ЗНО до 1 года с момента установления диагноза 12 человек.

Возрастная структура смертности от ЗНО изменилась незначительно. Умершие в возрастной группе старше трудоспособного возраста - 74,7%, (2016 г. - 75,4%), доля умерших в возрасте старше 80 лет - 13,8% (2016 г. - 17%).

Уменьшился удельный вес умерших в IV клинической группе (с 59,3% до 50,3%), во II клинической группе отмечается рост с 30,2% в 2016 г. до 32,7% в 2017 г., в III клинической группе рост с 2,3% в 2016 г. до 2,9% в 2017 г., клиническая группа «неизвестно» на уровне прошлого года - 1,0%.

С целью профилактики онкозаболеваний был разработан проект Федеральной целевой программы «Онкология». Программа рассчитана на 10 лет. Главные направления программы определяют профилактическую деятельность онкологической службы в целом. В БУЗОО «ГК БСМП № 2» первичный онкологический кабинет был открыт до реализации проекта для профилактики и раннего выявления онкозаболеваний. Определены три этапа наиболее эффективных профилактических мероприятий:



- Первичная профилактика, которая подразумевает ведение здорового образа жизни, исключив вредные привычки, путем устранения, ослабления или нейтрализации воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды, а также путем повышения неспецифической резистентности организма. Роль медицинской сестры в усилении пропаганды здорового образа жизни, борьбе с вредными привычками (разработка буклетов, памяток, брошюр о вреде табакокурения, алкоголизма, наркомании и др.). Создание на местном уровне регистра населения, имеющего и имевшего профессиональный контакт с канцерогенным производством. Медицинская сестра может давать рекомендации по изменению рациона питания, предупредить пациента, какие заболевания могут привести к онкологии, предупредить о профессиональных вредностях на производстве.
- Вторичная профилактика, которая состоит в своевременной диагностике ранних форм заболевания, а также в курации лиц, относящихся к I группе, осуществление массового обследования (скрининг) лиц в возрасте 40 лет и старше. При этом используют следующие методы обследования: КТ и МРТ, в том числе – с контрастом; маммография – обследование молочных желез, который позволяет выявить рак молочной железы; флюорография – обследование легких, позволяющее определить рак легких и средостения; цитологическое исследование из цервикального канала с шейки матки – профилактика рака шейки матки; исследование крови на наличие онкомаркеров; эндоскопические исследования – позволяют определить рак толстого кишечника на ранней стадии (колоноскопия); бронхоскопия – позволяет полностью исключить рак легких и бронхов. При реализации данного раздела профилактических мероприятий большая роль отводится работникам сестринского звена, которые проводят просветительную работу, обучают женщин приемам самообследования молочных желез, ведут учет обследуемых и выявленных больных, осуществляют подготовку пациентам к различным видам исследований, информируют о новых методах диагностики онкозаболеваний.
- Третичная профилактика, что касается непосредственно больных, уже перенесших лечение злокачественных новообразований, и по-



могает избежать развития метастазов. При этом осуществляется регулярный осмотр таких пациентов (первый год – раз в квартал, второй год – один раз в полгода, третий и последующие года – один раз в год). Роль медицинской сестры заключается в профилактике и лечении побочных реакций и осложнений химиотерапии, она должна знать о необходимости использования ненаркотических, наркотических анальгетиков, вспомогательных препаратов для достижения оптимального обезболивания и методах применения нелекарственных методов борьбы с болью. Нелекарственные методы борьбы могут значительно снизить болевые ощущения, изменяя всего лишь образ жизни пациента и среду, которая его окружает. Она должна обучать и разъяснять больным и ухаживающим за ними родственникам схемы приема лекарств, а также нормальные и побочные реакции при их приеме. Медицинская сестра должна помнить, что родственники больного так же тяжело страдают и постоянно находятся в состоянии стресса, поэтому тоже нуждаются во внимании и помощи.

Роль медицинской сестры в профилактике достаточно велика, они проводят с пациентами беседы, грамотно объясняют, что относится к онкологическим, предраковым заболеваниям. Умеют подготовить пациента к исследованиям. Оказать психологическую помощь не только пациенту, но и его родственникам. Научить принципам специализированного ухода. И не допустить осложнений, чтобы продлить жизнь пациенту, который в ней нуждается.

Литература:

1. Онкология: учебник / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 560 с.
2. О состоянии здоровья населения и организации здравоохранения Омской области по итогам деятельности за 2017 год: Государственный доклад. – Министерство здравоохранения Омской области, 2017. – 118 с.
3. Национальная стратегия по борьбе с онкологическими заболеваниями на долгосрочный период до 2030 года.
4. Ассоциация онкологов России (Электронный ресурс). – Режим доступа: <http://www.oncology-association.ru>



ОПЫТ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ ПОСЕЩЕНИИ НА ДОМУ ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Дорошенко М.Ю., Чаркова О.Г.,

БУЗОО «Наркологический диспансер», г. Омск

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Наркологический диспансер» является координирующим центром оказания наркологической помощи, профилактики алкоголизма и наркомании, наше учреждение оказывает специализированную, высококвалифицированную помощь населению Омска и Омской области как в рамках стационаров, так и в рамках амбулаторной помощи.

Амбулаторная помощь охватывает детское и взрослое население, во всех округах города развернуты наркологические кабинеты. В каждом кабинете работают врачи-психиатры-наркологи, психологи, специалисты по социальной работе и медицинские сестры.

Диспансерное наблюдение пациентов с наркологическими расстройствами осуществляется по месту жительства в территориальных наркологических подразделениях. Основным принципом профилактических мероприятий, используемых в учреждении, является индивидуально-развивающий подход, в том числе, создание и развитие новых способов реагирования, которые будут препятствовать продолжению употребления психоактивных веществ. Проводится активная психотерапия и психокоррекционная работа, как с пациентами, так и с их родственниками, в том числе, с участием врача и медицинского психолога. В настоящее время растет число неблагополучных семей, в которых дети предоставлены сами себе. Многие из этих детей либо не учатся совсем, либо отстают от своих сверстников по уровню развития. Из практики видно, что отторгнутые семьей подростки легко переходят границы правовых норм: бродяжничество, злоупотребление алкоголем, летучими растворителями, пробуют наркотики. В таких семьях контроль над действиями со стороны родителей, как правило, зачастую отсутствует. Работа медицинской сестры с подростками и их родителями включает в себя кроме медицинских аспектов, элементы педагогической работы, работы в каче-



стве психолога. Внимательный осмотр и беседа являются началом установления контакта и доверительных отношений.

На медицинскую сестру при проведении посещения пациента на дому 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, в соответствии с 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.

При отсутствии какой-либо информации о пациенте в течение длительного времени, а также с целью уточнения адреса регистрации медицинская сестра работает в тесном контакте с участковыми инспекторами на опорных пунктах полиции.

Поставленные цели по проведению посещений медицинской сестрой на дому достигаются за счет единого подхода к организации работы медицинских сестер. В связи с этим мы имеем рост охваченных посещениями пациентов, состоящих на учете, увеличение количества посещаемости пациентами наркологических кабинетов для своевременного прохождения лечения и решения вопроса о снятии с учета, а также повышение количества обследованных.

Каждая медицинская сестра, входя в дом пациента, всегда помнит заповедь по отношению к пациенту, сформированную еще во времена Гиппократа, «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 амбулаторно-поликлинического отделения по выполнению посещения



пациента на дому помогает повысить информативность выполненных посещений, установить доверительный контакт с пациентом, побудить его активно участвовать в процессе лечения, что и является задачей медицинской сестры наркологического диспансера.

Литература:

1. Чеканова М.М. Сестринское дело в психиатрии с курсом наркологии – М.: Эксмо; Ростов н/Д: Наука – Пресс, 2006. – 272 с.
2. Информационно-аналитический бюллетень за 2016 год. – МЗОО, БУЗОО НД, 2017. – 39 с.

АДАПТАЦИЯ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ В НАРКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

*Дорошенко М.Ю., Чаркова О.Г., Никитина А.Н.,
БУЗОО «Наркологический диспансер», г. Омск*

Актуальность. После окончания обучения в медицинском учебном заведении происходит резкий переход от подготовки (в большей степени теоретической) к выполнению трудовых функций до их практической реализации. Очень хочется подчеркнуть то, что часто случается, когда окунувшись в производственную среду, юный специалист теряет обретенную уверенность в собственных силах и уровне знаний. Для того чтобы молодой специалист ощутил себя полноценным членом коллектива и почувствовал свою профессиональную значимость, ему необходимо оказать подобающую помощь в период адаптации. Адаптация – это процесс перестройки психики индивида под воздействием объективных факторов окружающей среды, а также способность человека приспосабливаться к различным требованиям среды без ощущения внутреннего дискомфорта и без конфликта со средой. Новый коллектив для молодого специалиста – это среда незнакомых людей со сложившимися традициями, привычками, наклонностями. Новый сотрудник сталкивается с незнакомыми пра-



вилами, в результате чего неизбежно возникают сложности и стрессовые ситуации.

Гибкая система обучения и ввода молодого специалиста в профессиональную деятельность и коллектив обеспечивается мероприятиями, которые позволяют сделать процесс адаптации более комфортным.

Проводимые мероприятия в процессе адаптации:

1. Закрепляется наставник из числа наиболее опытных и квалифицированных сотрудников подразделения.

2. Составляется индивидуальный план подготовки молодого специалиста, где планомерно расписано знакомство с каждым разделом профессиональной деятельности.

3. Практическое закрепление теоретических знаний на рабочем месте под контролем наставника.

4. Планомерная сдача зачетов по всем разделам деятельности.

5. Посвящение молодого специалиста в профессию на общепольничной конференции, посвященной Международному дню медицинской сестры. Вручение памятных подарков.

6. Привлечение к подготовке мероприятий внутри подразделения, участию в конкурсах, выполнению поручений по роду своей деятельности.

7. Участие в анкетировании по удовлетворенности управленческой деятельностью сестринским персоналом в диспансере.

Этапы адаптации:

- Первый этап. Молодой специалист информируется о коллективе в целом, своих должностных обязанностях работниками кадровой службы. Более подробные сведения по интересующим его вопросам он получает от непосредственного руководителя структурного подразделения.
- Второй этап. Расширяется круг знакомых, выбранных по общности интересов, с которыми устанавливаются комфортные отношения.
- Третий этап. Молодой специалист проявил себя приемлемым для коллектива и в конфликтных ситуациях быстро улавливает общее настроение, сам настроен благожелательно по отношению к коллективу.



- Четвертый этап. Молодой специалист принимает участие в общественной жизни коллектива. У него появился определенный творческий успех в работе, способствующий дальнейшему продвижению.

Оценка успешности адаптации нового сотрудника. Данное мероприятие проводится наставником и непосредственным руководителем подразделения заочно, без присутствия новичка, чтобы избежать негативных психологических переживаний. Но с выводами он знакомится в обязательном порядке. При этом раскрываются имеющиеся недостатки, с предложениями их способов устранения, а также подробно рассматриваются сильные стороны и достижения молодого специалиста. Целью такого собеседования является, формирование у новичка ощущения важности его работы, заинтересованности коллектива в его успехах, поддержки его усилий.

Выводы. Наркологический диспансер является ведущим медицинским учреждением, оказывающим специализированную наркологическую помощь. Наркология – это специфические пациенты с психическими нарушениями, деградацией личности и всевозможными соматическими осложнениями, несущие в себе многообразные социальные последствия, неблагоприятные как для самого пациента, так и для общества, что усложняет процесс адаптации молодых специалистов. Адаптация – сложный психологический процесс, и вхождение нового сотрудника в новые производственные отношения профессиональной деятельности зависит как от правильной и четкой деятельности руководителей, так и всего коллектива медицинской организации. Мероприятия, проводимые в процессе введения нового сотрудника в организацию, способствуют удержанию пришедших молодых специалистов в отрасль. С 2003 г. по 2018 г. на работу в диспансер поступило 27 молодых специалистов, 16 из которых работают по настоящее время, что составляет почти 60% от общего числа.

Таким образом, проведя анализ, можно сказать, что мероприятия в наркологическом диспансере по адаптации молодых специалистов имеют положительный результат. А для его осуществления в учреждении имеется все необходимое: стабильный коллектив квалифицированных сотрудников с большим стажем работы и высоким уровнем профессионализма, которые успешно занимаются наставнической деятельностью, воспитывая и помогая молодым специалистам



войти в новый коллектив и стать профессионалами своего дела. Существующая в диспансере система наставничества как творческий и индивидуальный подход к совершенствованию практических навыков и адаптации молодого специалиста является важнейшим фактором, определяющим качество оказания сестринской помощи.

ПРИМЕНЕНИЕ АКУШЕРСКОГО ПЕССАРИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА ПО ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РОДАМ

Дружинина Е.В.,

БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск

Введение. Одним из основных направлений в поиске путей снижения репродуктивных потерь и улучшения здоровья матери и ребенка является профилактика преждевременных родов. Одной из частых причин спонтанных преждевременных родов до 34 недель гестации является истмико-цервикальная недостаточность.

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) – это патологическое состояние шейки матки и перешейка, при котором они не способны противостоять внутриматочному давлению и удерживать увеличивающееся плодное яйцо в полости матки до своевременных родов.

Признаки ИЦН – размягчение, расширение и укорочение шейки матки до 37-й недели беременности при отсутствии угрозы прерывания.

Существует два основных вида коррекции ИЦН: консервативный (применение акушерского пессария) и хирургический (наложение циркулярного шва на шейку матки), основная цель которых – предотвратить раскрытие шейки матки и пролонгировать беременность.

Материалы и методы. На базе перинатального центра областной клинической больницы было проведено исследование, цель которого - сравнить эффективность применения акушерского пессария



«Доктор Арабин» и циркулярного шва на шейку матки у беременных группы высокого риска по развитию преждевременных родов.

В ходе исследования мы изучили типы пессариев, их подбор, показания и противопоказания к использованию, сроки наложения и удаления.

Под наблюдением находилось 153 беременных группы высокого риска по развитию преждевременных родов. В основную группу были включены беременные с пессарием «Доктор Арабин», группу сравнения составили пациентки с циркулярным швом на шейке матки.

Критериями включения в исследование являлись: возраст 18-45 лет, беременность после ЭКО, многоплодная беременность, отягощенный акушерский и гинекологический анамнез, миома матки, диагностированная ИЦН в разные сроки беременности, аномальное расположение плаценты.

Критерии исключения из исследования: юные беременные до 18 лет, преждевременное излитие вод, начало преждевременных родов, плод с аномалиями развития, кровянистые выделения из половых путей, наличие наследственных тромбофилий у беременной, злоупотребление алкоголем и наркотиками.

Итоги исследования. Среди беременных группы высокого риска по развитию преждевременных родов преобладали повторнородящие женщины с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. В структуре экстрагенитальной патологии ведущее место занимали болезни мочевыделительной системы (25,5%). По нашим данным, оптимальный срок для наложения акушерского пессария «Доктор Арабин» – 15-18 недель, для наложения циркулярного шва – 11-14 недель.

Выводы:

1. Применение акушерского пессария «Доктор Арабин» в группе высокого риска по преждевременным родам уменьшает риск развития преждевременных родов и в 1,5 раза эффективнее по сравнению с наложением циркулярного шва на шейку матки.

2. На фоне применения акушерского пессария в сравнении с циркулярным швом в 2,5 раза реже отмечены развитие вагинита во время беременности и внутриутробного инфицирования плода, в 3 раза реже развитие послеродовых гнойно-септических осложнений, в



7 раз уменьшается вероятность развития кровотечения во время беременности и в послеродовом периоде.

Акушерский пессарий «Доктор Арабин» имеет преимущества перед швами на шейке матки:

- применение метода, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях;
- отсутствие необходимости в анестезиологическом пособии;
- безболезненность и простота введения пессария;
- снижение риска инфицирования и травматизма в родах;
- экономическая целесообразность.

Стратегия широкого использования пессариев у беременных из групп высокого риска позволяет снизить частоту преждевременных родов и улучшить перинатальные исходы.

Литература:

1. Кулаков В.И., Серов В.Н., Сидельникова В.М. Преждевременные роды - тактика ведения с учетом сроков гестации // Журнал акушерства и женских болезней, 2002. – Вып.2.

2. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. – М.: «Триада-Х», 2002.

3. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации под ред. акад. В.Н. Серова, акад. РАМН Г.Т. Сухих, 4-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

4. Баринов С.В., Шамина И.В., Лазарева О.В., Ралко В.В., Шкабарня Л.Л., Дудкова Г.В., Клементьева Л.Л., Владимировна О.В. Комплексный подход к ведению пациенток с применением акушерского пессария у беременных группы высокого риска по преждевременным родам, Акушерство и гинекология. - 2016. - №1.



МОЛОДОЙ СПЕЦИАЛИСТ И СОВРЕМЕННЫЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Исабекова М.М.,

БУЗОО «Родильный дом №4», г. Омск

Актуальность темы. До недавнего времени родильные дома придерживались принципов классического акушерства: после родов женщинам не разрешали вставать в течение шести часов, если была произведена операция кесарева сечения, родильница не вставала трое суток, а выписка женщин проводилась только через восемь-девять дней. Не были предусмотрены палаты совместного пребывания матери и ребенка. После родов новорожденные дети находились только в детском отделении. Не практиковались семейно-ориентированные (партнерские) роды. Но сейчас, во времена современных технологий, появилась перинатальная медицина - новое направление, объединившее ученых и практиков различных клинических и фундаментальных специальностей. Специалистами перинатальной медицины являются педиатры и неонатологи, акушеры-гинекологи, неврологи и представители более 15 других специальностей. Благодаря совместной работе этих специалистов, в родильных домах были внедрены современные перинатальные технологии и методы, такие как:

- семейно-ориентированные (партнерские) роды, которые проводятся в индивидуальных родильных залах;
- профилактика гипотермии новорожденных - комплекс мероприятий, выполняемых в течение родов и в первые дни после рождения с целью минимизации потерь тепла у новорожденных;
- мероприятия по поддержке грудного вскармливания. В родильном зале обеспечивается первое прикладывание ребенка к груди не позднее 15-20 минут после рождения продолжительностью не менее 30 минут;
- совместное пребывание матери и ребенка в родовой и послеродовой палате как важнейшее мероприятие по профилактике внутрибольничных инфекций. Исключены транспортировки новорожденных в различные помещения акушерского стационара;



- ранняя выписка. Время пребывания родильницы после физиологических родов не превышает 4 суток, после операции кесарева сечения 5-6 суток.

Молодой специалист легко осваивает принципы работы современных перинатальных технологий, ведь, обучаясь в колледже, уже получает новые, передовые знания для оказания качественной медицинской помощи.

Задачи: основной задачей оказания медицинской помощи роженице, родильнице и новорожденному ребенку является улучшение качества работы и организация благоприятного физического и психоэмоционального состояния во время и после родов с помощью современных перинатальных технологий.

Ход наблюдения. В 2016 г. прошло 2856 родов, из них партнерских - 256 родов (9%), а в 2017 г. - 3029 родов, партнерских - 473 (16%). В 2017 г. доля партнёрских родов выросла на 7%. Женщины были разделены на две группы: 30 человек, рожавшие совместно с партнёром, и 30 женщин, рожавшие без партнёра. В ходе наблюдения, опроса и анкетирования было замечено, что при партнерских родах, благодаря физической и психоэмоциональной поддержке родных, уменьшается продолжительность родов. Присутствие близкого человека способствует предупреждению излишнего использования инвазивных процедур, повышается положительное восприятие от процесса родов, женщина более спокойна, расслаблена, уменьшается количество хирургических вмешательств на 5%, снижается дискомфорт во время родов, уменьшается число травм промежности и влагалища на 10%, увеличивается количество новорожденных по 8-10-бальной шкале Апгар.

В школе материнства при женской консультации родильного дома №4, молодые специалисты провели обучающие немедикаментозные методы устранения боли в родах при поддержке близких людей беременной. Для облегчения боли в родах партнера обучили делать женщине массаж, поглаживание спины, прием дыхательных упражнений и релаксации, предоставили будущим родителям выбор удобных позиций, помогающих облегчить боли при схватках. По итогам анкетирования и опроса, 100% беременных женщин были удо-



влетворены проделанной работой молодых специалистов и подготовкой к родам совместно с партнерами.

В ходе опроса было выявлено, что подготовка к родам приводит только к положительным результатам. Абсолютно все партнеры, прошедшие подготовку к родам, изъявляют желание быть вместе в этот ответственный, важный и самый счастливый момент для любой пары. Совместное психологическое переживание процесса родов способствует сплочению семьи, увеличению степени доверия друг к другу.

К современным перинатальным технологиям так же относится ведение партограммы, благодаря которой можно четко дифференцировать нормальное и anomальное течение родов. Ведение партограммы точно отражает динамику родового процесса, дает возможность своевременно выявить отклонения от нормальной родовой деятельности и определить дальнейшую тактику ведения родов. При партнерских родах в партограмме видна положительная динамика, осложнений в два раза меньше, чем при обычных родах, можно быстро и легко оценить проделанную работу.

Совместное пребывание матери и новорожденного в течение 24 часов в одной палате является своеобразным защитным фактором, т.к. новорожденный обсеменяется микроорганизмами матери, а не резистентными к антибиотикам внутрибольничными штаммами. Кроме того, отсутствие контакта с другими детьми уменьшает риск перекрестного инфицирования новорожденных.

Постоянное пребывание с мамой и сосание груди по первому же требованию

способствуют заселению кишечника ребенка нормальными микроорганизмами и предупреждает развитие кишечных инфекций, уменьшает вероятность развития гипербилирубинемии у новорожденных.

Главным способом лечения и профилактики неонатальной желтухи является грудное молоко. Именно поэтому новорожденного прикладывают к груди с первых минут. Молозиво (первые порции грудного молока) обладает выраженным слабительным действием. Оно способствует выведению вместе с калом и красящего вещества (билирубина), способствует более быстрому восстановлению перво-



начальной убыли массы тела, позволяет ребенку вместе с молоком получить защитные антитела, укрепляющие его иммунитет.

В случае ограничения контакта между матерью и ребенком, матери проявляют меньше материнских чувств, пребывают в состоянии растерянности и имеют более низкую самооценку. Контакт «кожа к коже» между матерью и ребенком, установленный в ближайшее время после родов, помогает начать раннее грудное вскармливание на 85%. Получение ребенком молозива (первого молока), богатого защитными свойствами, способствует более быстрому становлению нормальной микрофлоры кишечника в два раза. Повышению неспецифической защиты организма новорожденного, становлению лактации и сокращению матки у родильниц. Дети, имевшие ранний контакт «кожа к коже», находятся в лучшем взаимодействии с матерью и меньше плачут.

Современные перинатальные технологии улучшают не только клинические, но и медико-экономические показатели на 40%, выражающиеся в уменьшении длительности пребывания родильниц в стационаре, снижении затрат на коммунальные услуги родильного дома, медикаменты и изделия медицинского назначения.

На медико-экономические показатели влияют семейно-ориентированные роды, т.к. уменьшают количество возникновения осложнений (хирургических вмешательств, травм промежности и влагалища), за счет помощи близких людей послеродовое восстановление (физическое и моральное) начинается гораздо быстрее. Благодаря этому повышается количество женщин с ранней выпиской, что позволяет улучшать материальное состояние родильного дома. Обычно на третьи сутки после родов из-за деятельности гормональной системы женщины подвержены послеродовой депрессии, ранняя выписка переключает внимание родильниц на подготовку к выписке, затем на прием подарков и поздравлений. Ранняя выписка снижает риск ИСМП у родильниц с 5,1% до 0,8%, у новорожденных с 7,9% до 1,6%

Квалифицированные акушерки отделения оказывают помощь в работе молодым специалистам. Наставники полностью доверяют своим коллегам. Значительно увеличилось количество принятых молодыми специалистами партнерских родов в 2017 г. Если в 2016 г. из



256 партнёрских родов молодыми специалистами было принято 44 родов, то в 2017 г. из 473 партнёрских родов было принято 144.

В родильном доме молодые специалисты проводят краткие лекционные курсы по избранным темам, практические семинары, конференции на тему современные перинатальные технологии. Разбор клинических случаев с обсуждением эффективности медицинской помощи. Так же в школе молодых специалистов проводится обучение навыкам манипуляционной техники с помощью современных перинатальных технологий. Молодые специалисты с интересом осваивают навыки современных перинатальных технологий и с легкостью применяют их на практике.

Одним из важных показателей качества работы родильного дома являются отзывы пациентов. Анкетирование пациентов показало, что 100% опрошенных удовлетворены качеством работы молодых специалистов с помощью современных перинатальных технологий. На вопросы по грудному вскармливанию и совместному пребыванию с ребенком в послеродовой палате большинство родильниц дали позитивный положительный ответ. С поддержкой мужа хотели бы рожать 88% опрошенных женщин, 4% хотели бы видеть на родах кого-нибудь из родственников, 8% пожелали рожать без поддержки близких. После партнерских родов 97% опрошенных женщин не сомневаются в правильности решения рожать вместе с мужем, довольны его поддержкой в родах. Только 3% скорее довольны, чем нет. Негативно оценивающих этот опыт не было. Если сравнивать впечатления от родов у тех женщин, кто рожал с партнером и тех, чьи роды прошли без поддержки, то заметна разница: в первом случае мамы довольны и отношением медперсонала, и тем, как прошли роды. Во втором случае, большинство женщин поделилось, что на родах не хватало близкого человека для дополнительной поддержки.

Выводы. Участие молодых специалистов в оказании медицинской помощи по современным перинатальным технологиям позволяет получать профессиональное развитие в акушерской сфере. Эти технологии существенно влияют на повышение качества оказываемой медицинской помощи роженице, родильнице и новорожденному ребенку, т.к. способствуют более быстрому физическому и психоэмоциональному восстановлению женщины после родов. Возраст



тает уровень оказания медицинской помощи и повышается престиж акушерской профессии.

Литература:

1. Е.В. Семейкина. Второе рождение // Медицина целевые проекты. – 2012. - № 13. - с. 23-27.

2. Методическое письмо МЗСР России № 15-4/10/2-6796 от 13.07.2011 г. Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий.

ИНТЕГРАЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Исакова Н.В.,

БУЗОО «Городская больница №3», г. Омск

Информационные технологии в области здравоохранения – это обработка медицинской информации, включающая использование как компьютерного оборудования, так и программного обеспечения, которое осуществляет хранение, извлечение, использование данных и знаний медицинского характера.

Инструменты информационных технологий в области здравоохранения включают не только компьютеры, но и клинические протоколы, официальную медицинскую терминологию, информационные и коммуникационные системы, объединенные в базы данных. Информационные технологии применяются в областях сестринского дела, клинической помощи, стоматологии, фармации, профессиональной терапии и биомедицинских исследований.

Основные направления информатизации:

- внедрение систем электронного документооборота;
- электронная медицинская карта;
- персонализированный учет оказания медицинских услуг;
- электронная регистратура;
- ведение электронных регистров;



- электронный лист нетрудоспособности;
- телемедицинские технологии.

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская больница №3» обслуживает население Советского административного округа города Омска общей численностью 49824 человека. В составе больницы функционирует поликлиника на 394 плановых посещения в смену, стационар на 100 коек, централизованное патологоанатомическое отделение, отделение общей врачебной практики.

Поликлиника БУЗОО «Городская больница №3» оказывает многопрофильную первичную медико-санитарную помощь, квалифицированную терапевтическую и другие виды медицинской помощи населению на основании выданных лицензий и сертификатов специалистов.

Для осуществления качественной работы, в соответствии с современными требованиями к медицинским организациям, все структурные подразделения соединены локальной информационной сетью, что позволяет иметь бесперебойную электронную связь с любым специалистом учреждения, как по средствам IP-связи, так и по электронному документообороту.

Основными задачами амбулаторно-поликлинической службы являются:

- своевременное оказание квалифицированной терапевтической, специализированной первичной медико-санитарной помощи и других видов оказания медицинской помощи в пределах компетенций;
- оказание экстренной и неотложной помощи любому пациенту, независимо от его места жительства и прикрепления, при угрожающих жизни состояниях, травмах, отравлениях;
- проведение медицинских осмотров и диспансерного наблюдения прикрепленного населения, для обоснования и разработки системы, конкретных лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий, с оценкой их эффективности;



- организация и осуществление гигиенического обучения и воспитания населения с целью формирования здорового образа жизни;
- обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи населению;
- ведение учетно-отчетной документации, предусмотренной законодательством;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- раннее выявление, диагностика инфекционных заболеваний и отравлений;
- организация и проведение профилактических прививок прикрепленному населению;
- организация и проведение диагностических исследований и обследований.

Базовой информационной системой здравоохранения Омской области является информационная система ТМ МИС. В функциональные возможности системы входят: электронная регистратура, электронная медицинская карта, система статистики, единая нормативно-справочная информация, интеграция с региональным информационным ресурсом.

Регистратура поликлиники компьютеризирована, процесс регистрации пациентов полностью автоматизирован. Регистратор осуществляет заполнение паспортной части талона амбулаторного пациента, проверяет данные страхового полиса, прикрепление пациента к медицинской организации для оказания медицинских услуг. Через регистратуру поликлиники ведется электронная запись на прием к специалистам БУЗОО «Клинический диагностический центр», БУЗОО «Клинический кардиологический диспансер».

На информационном стенде имеются данные о порядке приема пациентов, о времени приема населения главным врачом, адреса и телефоны вышестоящих организаций, об организации внеочередного приема льготной категории пациентов, о перечне групп населения, имеющих право на льготный отпуск лекарств. На первом этаже поликлиники имеется электронное табло расписания приема врачей с указанием номеров кабинетов, фамилий врачей, часов приема.

С 2017 г. в медицинской организации сформирован колл-центр, в функции которого входит информирование населения по вопросам,



связанным с оказанием медицинской помощи, а также запись на прием к специалистам поликлиники и врачам общей практики.

На прием к специалистам поликлиники можно записаться при обращении в регистратуру, через инфомат, на портале Министерства здравоохранения «Электронная регистратура», по телефону колл-центра.

Поликлиника оснащена современным оборудованием для диагностики состояний, угрожающих жизни, открыт кабинет неотложной помощи.

В целях повышения качества, доступности медицинской помощи, а также раннего выявления новообразований функционируют смотровые кабинеты. Вся информация о результатах осмотра вносится в программу «АРМ онколога» (автоматизированное рабочее место онколога), программа позволяет в режиме онлайн отслеживать выявленную патологию и своевременно направить пациента на консультацию к специалисту БУЗОО «Клинический онкологический диспансер».

Для регулирования потока пациентов в поликлинике функционирует кабинет доврачебного приема. Осуществляется распределение пациентов по срочности оказания медицинской помощи, выписываются направления на лабораторные и другие виды исследования, консультации к специалистам КДЦ. Проводят антропометрические исследования, измерение артериального давления, температуры тела, глюкозы в крови. Прием в этом кабинете осуществляет фельдшер, который в рамках своей компетенции, в случае необходимости, назначает пациенту лечение и выдает лист нетрудоспособности сроком на три дня, записывает на повторный прием к врачу-терапевту участковому.

Для повышения доступности и качества медицинской помощи населению за счет оптимизации процессов и сокращения времени пребывания пациента в медицинской организации введен в работу многофункциональный модуль автоматизированного рабочего места врача (АРМ врача), в котором формируется электронная амбулаторная карта пациента.

Модуль привязан к базе страховых компаний. В данном модуле формируется регистр оказанных медицинских услуг в страховую ком-



панию. Имеет следующие возможности: сведения о пациенте; амбулаторный талон; флюорографическое обследование; просмотр посещений пациента; прохождение пациентом дополнительной диспансеризации; лабораторные исследования; инструментальные обследования; данные по вакцинопрофилактике (учетная форма № 063/у); карта диспансерного наблюдения (учетная форма №030/у-04); осмотр пациента (электронная карта пациента, протокол осмотра).

Медицинская сестра вносит в программу данные о пациенте, проверяет прикрепление к медицинской организации, флюорографическое обследование, прохождение дополнительной диспансеризации определенных групп населения, лабораторные обследования. Заполняет талон амбулаторного пациента. Формирует обращение или посещение для дальнейшего составления регистра в страховую компанию, заполняет вместе с врачом электронную амбулаторную карту пациента.

Медицинские сестры в своей работе широко используют новейшие информационные технологии, работают во всех компьютерных программах, которые используются в работе учреждения: электронная регистратура, электронный рецепт, автоматизированное рабочее место врача (АРМ врача), автоматизированное рабочее место врача онколога (АРМ онколога), электронный лист нетрудоспособности.

Для улучшения качества работы с населением медицинскими сестрами ведутся: электронная перепись населения, электронные регистры пациентов с бронхиальной астмой и ХОБЛ, сахарным диабетом, электронная учетная форма «Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг».

Электронная учетная документация ведется в формате документа XL, что в результате увеличивает функциональные возможности, используя документы для составления отчетов, списков, планов, формирования заявок для льготного лекарственного обеспечения по всем видам льгот.

Внедрение информационных технологий на амбулаторно-поликлиническом этапе позволяет модернизировать оказание медицинской помощи, уйти от рутинной бумажной работы, открывает новые возможности по сокращению времени пребывания пациента в



медицинской организации, ведет к повышению доступности медицинской помощи и удовлетворенности населения.

Литература:

1. Акименков А.М. Программный модуль для защиты информации и распределения доступа пользователей к персональным данным / А.М. Акименков // Врач и информационные технологии. 2012, № 1. - С. 48-53.

2. Ахмедов М.А. К вопросу оптимизации первичной медико-санитарной помощи сельскому населению / Р.С. Шамсутдинов, М.А. Ахмедов // Бюл. НИИ общественного здоровья РАМН. - М., 2005. Вып. 1. — С. 143-147.

3. Бальзамова Л.А. Эффективность использования ресурсов здравоохранения в амбулаторно-поликлинических учреждениях: дисс. канд. мед. наук. М., 2004. - 164 с.

4. Блинов А.В. Научное обоснование совершенствования первичной медико-санитарной помощи населению, оказываемой врачом общей практики при разных формах ее организации в крупном городе: Дисс. канд.мед. наук. Санкт-Петербург, 2011. – 174 с.

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Карагузова Д.М.,

БУЗОО «Городская поликлиника № 1», г. Омск

Сердечно-сосудистые заболевания представляют собой группу болезней сердца и кровеносных сосудов, в которую входят:

1. ишемическая болезнь сердца – болезнь кровеносных сосудов, снабжающих кровью сердечную мышцу;

2. болезнь сосудов головного мозга – болезнь кровеносных сосудов, снабжающих кровью мозг;

3. болезнь периферических артерий – болезнь кровеносных сосудов, снабжающих кровью руки и ноги;



4. ревмокардит – поражение сердечной мышцы и сердечных клапанов в результате ревматической атаки, вызываемой стрептококковыми бактериями;

5. врожденный порок сердца – существующие с рождения деформации строения сердца;

6. тромбоз глубоких вен и эмболия легких – образование в ножных венах сгустков крови, которые могут смещаться и двигаться к сердцу и легким.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире: ни по какой другой причине ежегодно не умирает столько людей, сколько от ССЗ. По оценкам, в 2015 г. от ССЗ умерло 17,7 миллиона человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире. Из этого числа 7,4 миллиона человек умерли от ишемической болезни сердца и 6,7 миллиона человек в результате инсульта. Более 75% случаев смерти от ССЗ происходят в странах с низким и средним уровнем дохода.

Факторы риска ССЗ. В развитии ССЗ играют роль многие факторы риска. На некоторые из них можно повлиять, на другие нельзя. Те, на которые можно повлиять, называются устранимыми, а на которые не получается, неустранимыми.

К неустранимым факторам риска относятся возраст, пол, раса и наследственность.

К устранимым факторам относят употребление табака, нездоровое питание и ожирение, отсутствие физической активности и вредное употребление алкоголя, повышенное кровяное давление, диабет, гиперлипидемия, эмоциональный стресс, перегрузки и монотонность в работе.

Исходя из вышесказанного, комплексная профилактика ССЗ включает:

1. адекватную физическую нагрузку;
2. здоровое рациональное питание;
3. минимизацию стрессовых воздействий на организм;
4. отказ от вредных привычек;
5. регулярное обследование состояния своих сосудов и сердца в медицинских центрах.



Физкультура — ваш главный помощник. Польза лечебной физкультуры не вызывает сомнений, поскольку, во-первых, при активных занятиях, особенно на свежем воздухе, происходит насыщение клеток и тканей организма кислородом, во-вторых, усиливается кровообращение, укрепляется сердечная мышца. Предпочтительнее аэробные занятия, при которых увеличивается частота сердечных сокращений – ходьба, бег, лыжные прогулки, езда на велосипеде. Помимо аэробных нагрузок, пользу для организма несет гимнастика.

Есть ряд неперемных условий выполнения комплексов лечебной гимнастики:

1. Заниматься разрешается только при хорошем самочувствии.
2. Занятие необходимо проводить в хорошо проветренном помещении.
3. Одежда должна быть легкой и не стесняющей движений.
4. Длительность занятий - не более 20-20 минут.
5. Все упражнения следует выполнять без резких движений.
6. Рекомендуются соблюдать постепенность и последовательность в увеличении нагрузки.
7. При выполнении упражнений следует делать вдох через нос, выдох через рот.

Можно выполнить следующие упражнения:

- Вращение сжатыми в кулак кистями, а также ступнями, выставленными на носок (20 раз в одну и в другую стороны).
- Ритмичное сжатие-разгибание кистей рук (30 раз).
- Повороты корпуса вправо-влево с разведенными в стороны руками (10 раз).
- Махи прямой ногой вперед, руки при этом тянутся к носочку (10 махов каждой ногой).
- Выпады вперед поочередно каждой ногой (10-20 раз).
- Вертикальный подъем ног с целью профилактики болезней сосудов ног (1-2 минуты).

Этот комплекс можно включить в утреннюю гимнастику или выполнять в любое удобное время.

Для правильного построения своих тренировок нужно придерживаться следующих правил:

- Любая нагрузка должна начинаться с разминки.



- Систематичность предполагает не менее 3 занятий в неделю.
- Пульс не должен превышать значения в 120-140 ударов в минуту.
- При возникновении головокружений, боли в области сердца или тошноты, занятие прекратить.

Здоровое питание – большой шаг на пути к здоровью. Профилактика заболеваний сосудов требует адекватного сбалансированного питания. Одной из главных причин этих заболеваний является недостаточное потребление полиненасыщенных жирных кислот, которые отвечают за липидный обмен в организме.

Режим питания- 4- 5 раз в день небольшими порциями.

Овощи, фрукты. Их употреблять в достаточном количестве. Углеводы, богатые клетчаткой, способствуют повышению моторной функции кишечника, усилению выведения из организма холестерина и продуктов его обмена.

Крупы. Гречневая, овсяная, пшеничная помогают выведению холестерина.

Хлеб. Лучший ржаной. Белый и сдоба - ограничено из-за повышенной калорийности. Торты, пирожные содержат животные жиры, яйца: их употребление резко ограничивают.

Жиры. Исключаются животные жиры, сало, колбасные изделия, масло сливочное. Разрешаются любые растительные масла в свежем виде и в готовку.

Мясные продукты. В мясе "летающих, бегающих животных": говядине, свинине, баранине, курице, индюшке есть холестерин. В двигающихся частях тела его больше, поэтому у курице, индюшке он накапливается в голени, крыльях, а меньше его в грудке. Употребление мясных блюд ограничивают до 2- 3 раз в неделю. Разрешается белое мясо птицы, нежирные сорта говядины, свинины без жира, как в вареном, так и в тушеном. Исключаются субпродукты.

Рыбные продукты. Рыба не содержит холестерина. Рыбу рекомендуют употреблять в большом количестве в тушеном и вареном виде, в том числе и жирную: камбалу, скумбрию.

Молочные продукты. Рекомендуются молоко, кефир, йогурты, творог. Их рекомендуют употреблять 1%-ной жирности. Исключить сметану, как жирный продукт. Сыр употреблять в ограниченном количестве.



Так же рекомендуются употребления биологически активных добавок (витаминные и минеральные комплексы).

Стресс – удар по сосудам. Механизм действия стресса на сердечно-сосудистую систему известен: вырабатывается гормон адреналин, который заставляет сердце учащенно биться, а сосуды при этом спазмируются и сужаются. Из-за этого повышается давление, сердечная мышца изнашивается.

Для профилактики спазмов сосудов по этой причине человеку необходимо:

- Чаще бывать на природе, вдали от городской суеты.
- Учиться не допускать близко к сердцу мелкие неприятности.
- Дарить себе как можно больше позитивных эмоций.
- Долой вредные привычки!

Курение и здоровые сосуды несовместимы. Никотин спазмирует сосуды, поэтому артериальное давление повышается. Кроме этого, на них откладываются бляшки, которые и являются основной причиной ССЗ. Поэтому для профилактики образования тромбов и разрушения стенок сосудов от курения необходимо отказаться.

Еще одной губительной привычкой является неумеренный прием алкоголя. Любители горячительных напитков должны знать, что систематическое употребление алкоголя, неважно какого, провоцирует замену мышечных слоев миокарда на жировые. Вывод один – максимально сократите употребление алкоголя.

К вредным привычкам можно отнести и долгое вечернее просиживание перед телевизором или компьютером. Человек, лишаящий себя сна, изнашивает свое сердце, ведь и ему требуются периоды отдыха. Для того чтобы сердце не испытывало перегрузок, рекомендуется спать не менее 8 часов в день, причем это время можно распределять в течение дня.

С помощью профилактики могут быть предотвращены до 75% преждевременных сосудистых нарушений. Гимнастика, физические упражнения, ходьба должны прочно войти в повседневный быт каждого, кто хочет сохранить работоспособность, здоровье, полноценную и радостную жизнь.



Литература:

1. Журнал о здоровье и лечении сердечно-сосудистых заболеваний «СосудИнфо» (Электронный ресурс). – Режим доступа: <http://sosudinfo.ru/zdorovie-i-profilaktika/serdechno-sosudistye-zabolevaniya>
2. Сайт ВОЗ (Электронный ресурс). – Режим доступа: [http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
3. Ивашкин В.Т. Школа для больных ИБС. Часть 1: Методическое пособие / В.Т. Ивашкин, О.М. Драпкин, при поддержке компании "Д-р Редди`с". - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 272 с.

РОЛЬ АКУШЕРКИ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОК

Качанова И.А.,

БУЗОО «Городская больница № 9», женская консультация, г. Омск

Диспансеризация в гинекологии - это активное выявление ранних стадий заболевания, своевременное наблюдение и проведение комплексного лечения, предупреждение развития и распространения болезни, осуществление мероприятий по оздоровлению условий труда и быта. Диспансеризации подлежат больные с хроническими воспалительными процессами органов малого таза, нарушениями менструального цикла, миомами матки, опухолями придатков, пролапсом половых органов, фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки и тела матки.

Цель диспансеризации - это снижение заболеваемости и инвалидности, увеличение средней продолжительности жизни и активной трудоспособности.

Проблемы сохранения репродуктивного здоровья женщин в России стоят очень остро. В последние годы уровень гинекологических заболеваний неуклонно растет. Несмотря на все возрастающие контингенты населения, подвергающиеся профилактическим осмотрам с



применением цитологического скрининга, процент активного выявления больных раком остается весьма низким.

Не снижаются показатели онкологических заболеваний – рак тела матки, яичников, шейки матки. Рак молочной железы помолодел, оперируются юные девушки. Наблюдается увеличение заболеваемости синдрома поликистозных яичников. Заболевание синдрома поликистозных яичников в гинекологии считается одной из самых главных причин бесплодия.

*Структура гинекологической заболеваемости
по женской консультации БУЗОО «ГБ № 9»*

Показатели	2016	2017
Миомы матки	161	175
Кисты яичников	28	45
Онкопатология	142	137
Аномальные маточные кровотечения репродуктивного возраста	7	8
Аномальные маточные кровотечения в постменопаузе	2	4
Полипы эндометрия	36	43
Менопаузальный синдром	16	18
Пролапс половых органов	19	21
Дистрофические изменения вульвы	20	19
Эндометриоз	11	20
Воспалительные заболевания органов малого таза	35	58
Эктопии, цервициты	79	73
Дисплазии шейки матки	60	77

Из таблицы видно, что в структуре заболеваемости первое место занимают миома матки, затем онкопатология, кисты яичников, воспалительные заболевания органов малого таза, патология шейки матки и другая патология.

При выявлении заболевания пациентка ставится на диспансерный учет, составляется план обследования и решается вопрос о дальнейшем наблюдении. Диспансерный учет осуществляется в течение трех-пяти лет, в зависимости от нозологии заболевания.

Особую тревогу вызывает здоровье молодого поколения. Количество воспалительных заболеваний репродуктивных органов среди



15-17-летних возросло в 50 раз, а нарушение менструального цикла стало скорее нормой, чем отклонением от нее. В результате женское бесплодие неуклонно растет. Большое влияние на этот процесс оказывают аборты. Поэтому одним из путей решения проблемы сохранения здоровья женщины является предупреждение непланируемой беременности. Все мероприятия должны быть направлены на профилактику абортов, хотя за последние годы в Омской области, как и в целом по России, наметилась положительная тенденция в соотношении роды/аборт.

Частота абортов на 1000 женщин фертильного возраста

	Российская Федерация	Омская область	Женская консультация ГБ № 9
2015	21.0%	16.6%	6,5%
2016	19,4%	15.2%	4,8%
2017	17.0%	15.0%	4,2%

Так как гинекологическая патология среди женщин репродуктивного возраста приводит к повышению частоты невынашивания беременности, осложнений беременности и родов, а также способствует росту заболеваемости новорожденных, эффективное решение проблемы гинекологической заболеваемости является одним из неперенных условий воспроизводства здорового поколения, а также сохранения здоровья семьи в целом.

Важная роль в правильной организации диспансеризации гинекологических пациентов принадлежит акушерке. Она владеет знаниями компьютерных программ, позволяющих оперативно отследить весь процесс наблюдения, обследования и лечения конкретной пациентки, непосредственно на приеме выдает талон на обследование в диагностический центр, онкодиспансер, что сокращает сроки обследования и профильного лечения.

Акушерка оформляет контрольную карту Ф-30/у, в которой указывается диагноз, план лечения, контрольные явки. Ежемесячно просматривает картотеку диспансерных пациентов, приглашает их на профилактический осмотр, на обследование по плану. Акушерка хо-



рошо знает всю диспансерную группу, проводит патронаж на дому, выясняет причину длительной неявки и проводит беседу о целесообразности наблюдения.

Если пациентка недостаточно серьезно оценивает свое заболевание, игнорирует советы врача, не осознает преимущество профилактических мероприятий на течение болезни – акушерка грамотно и деликатно объясняет необходимость в диспансерном наблюдении.

Акушерка находится в постоянном контакте с пациентами, уделяя большое внимание санитарно-гигиеническому обучению населения. Проводит индивидуальные беседы, в качестве дополнительной информации имеет возможность предложить разнообразные листовки и брошюры с тематикой конкретного заболевания.

Важнейшая задача акушерки – создать у пациентки правильное представление о факторах риска и причинах, вызывающих заболевание, и ее ответственности за собственное здоровье.

Литература:

1. Айламазян Э.К. Акушерство: Учебник для медицинских вузов. – СПб: СпецЛит, 2003. – 528 с.
2. Альбицкий В.Ю. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России / В.Ю. Альбицкий, А.Н. Юсупова, Е.И. Шарапова, И.М. Волков. - М., 2010. – 44 с.
3. Приказ МЗ РФ № 869н от 26.10.2017г. «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».
4. Приказ МЗ РФ № 572н от 01.11.2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»».
5. Приказ МЗ РФ №455 от 23.09.2003 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации».



УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Кокорина И.В.,

*БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников»,
г. Омск*

Психиатрическая помощь на современном этапе осуществляется многими организационными формами работы, которые предоставляются как на амбулаторном, так и на стационарном этапах. Включаются и промежуточные звенья по оказанию психиатрической помощи, такие как отделения интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП), психиатрическое дневное медико-реабилитационное отделение, дневные стационары.

Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи для взрослого населения организовано в соответствии с нормативным документам и предназначено для оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в проведении активной терапии в связи с ухудшением психического состояния при отсутствии показаний к недобровольной госпитализации.

Принципы работы отделения воплощают в себя современный подход к лечению, реабилитации и социальной адаптации лиц, страдающих психическими расстройствами. Данная модель предполагает оказание психиатрической помощи единой полипрофессиональной бригадой. Деятельность отделения направлена на сокращение числа пациентов, направляемых в психиатрический стационар в связи с обострением психических расстройств, профилактику нарушений рекомендованного режима лечения, восстановление нарушенных взаимоотношений в социальной сфере. Таким образом, медицинская сестра является членом полипрофессиональной бригады, выполняет достаточно широкий спектр функций в лечебном процессе.

Непосредственно в отделении медицинская сестра занимается:

- ведением медицинской документации в соответствии с номенклатурой дел (вся информация о пациенте вводится в базу данных АСУ, которая должна быть точной, достоверной и является конфиденциальной);



- выдачей лекарственных препаратов;
- организацией контроля своевременного обследования пациентов (анализы, консультации специалистов);
- контролем за своевременным парантеральным введением лекарственных средств (инъекционных пролонгированных препаратов).

Медицинская сестра вышеназванного отделения не только работает с медицинской документацией и выдачей лекарственных средств во время визитов пациентов в отделение, но и осуществляет непосредственную помощь пациенту на дому (выезд к пациенту). Как правило, это пациенты, требующие особого внимания, интенсивной помощи. Приезжая домой, медицинская сестра оценивает его жилищные и социальные условия, психическое состояние, контролирует прием лекарственных средств и их хранение.

Помимо контроля хранения, использования лекарственных препаратов в таблетированной форме, постановки инъекций, оказывается большой объем помощи по эмоциональной поддержке пациента, работа с его родственниками, индивидуальные беседы по модулю: «Правильный прием и хранение лекарственных средств», по вопросам независимого проживания - распределение денежных средств, вопросы личной гигиены, приготовления пищи, уборки помещения и др. в соответствии с уровнем его адаптации. Вместе с тем, пациенту даются задания, которые должны быть выполнены к следующему посещению. Кроме того, медицинская сестра своевременно доводит информацию лечащему врачу о состоянии пациента, о соблюдении режима лечения; оценивает материально-бытовые условия, адекватность распределения денежных средств, психологический климат в семье, и при необходимости оказывает адекватную помощь по выявленным проблемам.

При выполнении врачебных назначений на дому ситуации возникают самые разнообразные. Конечно, если пациент проживает вместе с родственниками, которые понимают заболевание пациента и сотрудничают с медработниками, выполнение назначений осуществить гораздо проще. Беседуя с пациентом и его родственниками, медицинская сестра интересуется его деятельностью в течение дня, дает рекомендации по режиму: по соблюдению дневной активности, по участию в домашних делах (с учетом его физического и психиче-



ского состояния).

Бывают ситуации, когда пациент проживает один, либо родственники пациента по разным причинам не участвуют в процессе лечения. Иногда они недоброжелательно настроены как к медицинским работникам, так и самому процессу лечения. В таких ситуациях приходится быть наиболее внимательной, убедительной, потратить больше времени на разъяснение необходимости лечения, успокоить пациента, при необходимости пригласить его на прием к врачу, если это возможно. Обо всех изменениях в состоянии пациента сообщить врачу своевременно. Со всеми пациентами медицинские сестры знакомы лично, видят часто и могут заметить изменение состояния.

Использование такого комплексного подхода дает положительный эффект у психически больных, сохраняет социальные взаимосвязи, оживляет эмоциональную сферу, повышает уровень ответственности за процесс лечения, в целом повышая качество жизни пациентов. Поэтому пациенты всегда с удовольствием обращаются в отделение, оно востребовано, всегда пользуется популярностью.

Литература:

1. Роль специалиста по социальной работе и социального работника в полипрофессиональной бригаде по оказанию психиатрической помощи: Пособие для социальных работников / Под ред. д.м.н., проф. И. Я. Гуровича. — М.: Московский НИИ психиатрии МЗ Росздрава РФ, 2003. — 31 с.
2. Гурович И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация / И.Я. Гурович А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова. — М: ИД Медпрактика-Д. - 2007. — 492 с.



ОРГАНИЗАЦИЯ КОНСУЛЬТАТИВНОГО ПРИЕМА АКУШЕРКИ КАК ПРИМЕР РАСШИРЕННОЙ АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКИ

Копина А.Б.,

БУЗОО «Клинический родильный дом № 6», г. Омск

В послании Президента РФ В.В. Путина федеральному собранию (1 марта 2018 г., г. Москва) сказано: «всё наше здравоохранение должно строиться вокруг человека. Это строгое и полное соблюдение требований к качеству лечения, защита прав пациентов, современные здания медицинских учреждений и, конечно, квалифицированный и вежливый персонал».

Важная роль в реализации поставленной задачи отводится обеспечению доступности медицинской помощи, усилению профилактической направленности, решению задач медико-социальной помощи.

Акушерское дело остается важнейшей составной частью, располагающей значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения ожидаемых потребностей общества в услугах системы здравоохранения. Сегодня акушерки и медицинские сестры играют значимую роль в сохранении репродуктивного здоровья, планировании семьи, обеспечении доступности медицинских услуг, усилении профилактической направленности, внедрении пациент-ориентированных и семейно-ориентированных моделей медицинской помощи.

Это ставит перед нами вопрос о возможности перераспределения ролей между акушеркой и врачом-акушером-гинекологом, расширения полномочий акушерки (безусловно, в пределах своей компетенции), повышения ее зоны ответственности перед пациентом. А расширение сестринской, акушерской практики стало одним из стратегических направлений программы развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010-2020 годы.

Позвольте поделиться с вами своим опытом применения расширенной акушерской практики, которая реализуется в бюджетном учреждении здравоохранения «Клинический родильный дом № 6» города Омска с марта 2017 года. Клинический родильный дом №6



относится к медицинским организациям родовспоможения 3 уровня. В его структуру входит акушерский стационар на 165 коек, женская консультация на 196 посещений в день и 2 филиала женской консультации на 92 и 24 посещения соответственно.

Филиал женской консультации, в котором я работаю старшей акушеркой, организован в 1997 году, зона обслуживания - 23136 человек женского населения, из них женщин репродуктивного возраста - 12987, старше 60 лет - 3688.

В нашем подразделении развернуто 6 акушерско-гинекологических участков. В структуру филиала входят кабинеты консультативного приема, процедурный кабинет, кабинет функциональной диагностики, кабинет УЗИ, клиническая лаборатория, стерилизационная.

На 1 января 2018 года укомплектованность врачами-акушерами-гинекологами составила 80%, акушерками - 86%. Все акушерки - это опытные специалисты, имеют сертификат по специальности и квалификационные категории, причем 83% из них высшую, 17% - первую.

В целях повышения доступности и удовлетворенности медицинской помощью, уменьшения очередности, а также сокращения времени ожидания приема, нами был рассмотрен вопрос о расширении функций акушерки путем осуществления самостоятельных приемов.

Для реализации этой задачи проведена подготовительная работа. Одним из первых этапов определены критерии к квалификации, профессиональному уровню акушерок, которые были согласованы с администрацией, а также Советом по акушерскому делу нашей медицинской организации. Таковыми критериями явились:

- стаж работы в подразделении не менее 5 лет;
- наличие высшей квалификационной категории;
- знание направлений социальной психологии и стрессоустойчивость.

Вторым этапом проведен хронометраж рабочего времени акушерок и анализ консультативного приёма пациенток врачом-акушером-гинекологом по его значимости, который позволил определить его адресность и приоритеты в очередности приёма пациенток, позволяющих предоставить дифференцированный объем консультации.



В результате, нами был сделан вывод о необходимости перераспределения потоков пациенток на врачебный и акушерский приемы. Выделены четыре группы пациенток, которых можно было направить на приём к акушерке.

Первая группа - беременные женщины, относящиеся к низкой группе риска до срока беременности 22 недель.

Вторая группа - женщины, проходящие обследование для раздельного диагностического выскабливания, оперативного лечения, лечения эктопии шейки матки, которые в дальнейшем направляются на специализированный прием в кабинет патологии шейки матки или гинекологическое отделение.

Третья группа - женщины с подтвержденным фактом беременности по УЗИ, обратившиеся в женскую консультацию для ее прерывания.

Четвертая группа - женщины, желающие сдать контрольные мазки на степень чистоты и цитологическое исследование по назначению врача.

При осуществлении самостоятельных приемов акушерки руководствуются исключительно основами законодательства в области охраны здоровья граждан, где отражены основные принципы охраны материнства и детства во всех сферах деятельности акушерок.

Следует отметить, что все впервые обратившиеся за медицинской помощью в текущем году пациентки, а также беременные при постановке на учет по беременности, имеющие открытый лист нетрудоспособности направляются на прием к акушеру-гинекологу, который осуществляется в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», на основе листов маршрутизации и учетом возникновения осложнений в период беременности. Лишь после проведенного первичного осмотра, формирования диагноза, определения дальнейшей тактики повторная явка осуществляется к акушерке.

Во время приема беременных акушерка проводит сбор анамнеза, осмотр женщины, применяет приемы Леопольда-Левицкого, выслушивает и оценивает сердцебиение плода с помощью акушерского стетоскопа, фетального доплера, оценивает результаты лабораторных исследований, определяет сроки дальнейших обследований, запол-



няет рецептурные бланки по назначениям врача на получение дополнительных лекарственных препаратов. По показаниям осуществляет взятие мазка на степень чистоты. Большое внимание на приеме акушеркой уделяется репродуктивному просвещению, которое является единственной возможностью повышения информированности по вопросам рационального репродуктивного поведения - вопросы рационального и правильного питания во время беременности и кормления грудью, соблюдения режима, исключения вредных факторов, значимости регулярного наблюдения и современных перинатальных технологий, обследования мужа и ближайших родственников. С этой целью акушерка использует все методы и средства санитарного просвещения, что существенно повышает эффективность её работы.

Осуществляя прием гинекологических пациенток, акушерка также оценивает результаты и объем проведенных лабораторных исследований, определяет дальнейшую маршрутизацию пациентки, объясняет важность и значимость регулярного диспансерного наблюдения. Большое внимание уделяет вопросам гигиенического обучения и воспитания населения, сохранению репродуктивного здоровья, профилактике заболеваний.

Подобный подход в организации консультативных приемов помог нам достичь следующих результатов:

1. Сохранение качественных показателей отделения.

Нами были проанализированы качественные показатели работы филиала женской консультации за 2016-2017 годы (напомню, что акушерские приемы были организованы с марта 2017 года). Основные показатели, характеризующие работу подразделения, не ухудшились, а по некоторым показателям улучшились. Выполняется план посещений по женской консультации, причем акушерские посещения в 2017 году составили 15% от общего числа принятых, сохраняется высоким процент ранней явки среди вставших на учет беременных женщин, снизилось количество презклампсий, самопроизвольных выкидышей, уменьшился процент осложнений второй половины беременности, увеличился процент оздоровления гинекологических пациенток. Однако за отчетный период обращает на себя внимание небольшое увеличение процента преждевременных родов. Заведу-



ющей подразделением был проведен структурный анализ данного показателя, опровергнувший его связь с акушерскими приемами. Все женщины с преждевременными родами относились к группе высокого риска и наблюдались в течение всей беременности у акушеров-гинекологов.

2. Сохранение показателя выполнения планового задания по посещениям филиала женской консультации (103% - 110%).

3. Сокращение на 40 минут времени ожидания приема, затраченного пациентами на посещение женской консультации. В настоящее время пациентке необходимо на посещение женской консультации 25 - 30 минут.

4. С целью изучения мнения пациенток по поводу реализации акушерских приемов, нами было проведено анкетирование, которое показало, что 87% респондентов удовлетворены качеством проведенных акушерских консультаций и высказались за их сохранение. Уменьшилось количество жалоб со стороны пациенток, меньше стало возникать конфликтных ситуаций, связанных с ожиданием приёма, что является еще одним положительным результатом организации акушерских приемов.

5. Так же хочется отметить, что если до внедрения расширенной акушерской практики нагрузка на одного акушера-гинеколога составляла 30 - 35 человек в смену, то с внедрением акушерских приемов ее удалось снизить до 20 - 25 человек, что способствует повышению и эффективности качества оказываемой медицинской помощи, адресности и исключает акушерско-гинекологические осложнения.

6. Очень важным, на мой взгляд, моментом является повышение статуса акушерки, её самооценки в глазах коллег и пациентов, что мотивирует её на непрерывное повышение профессионального уровня, самообразование, интеллектуальное и личностное самосовершенствование, создаёт благоприятную почву для научно-исследовательской деятельности акушерок и является основополагающим на этапе подготовки к аккредитации специалистов.

На примере своей медицинской организации мы убедились в том, что акушерки готовы к самостоятельной роли в реализации лечебно-диагностического процесса, расширению своих полномочий, тем самым внося вклад в повышение эффективности работы всего подраз-



деления, доступности и качества медицинской помощи, сохранение и укрепление здоровья женского населения, что является одной из главных задач российского здравоохранения.

Литература:

1. Послание Президента РФ В.В. Путина Федеральному собранию от 01.03.2018г.
2. Программа развития сестринского дела в РФ на 2010-2020 гг.

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Корольчук Н.М., Паршина С.Ю.,

БУЗОО «Наркологический диспансер», г. Омск

Существует огромная категория людей, у которых работа занимает почти всю их жизнь, а семья, увлечения, друзья и свободное время находятся как бы на периферии. Трудоголики были всегда, но эмоциональная вовлеченность в работу сейчас выглядит совершенно иначе.

Работа всегда идет в комплекте с трудностями, с которыми надо мириться — коллективом, местными обычаями, начальниками и коллегами, политикой коллектива. Каждому человеку по силам влиять на критическую массу вокруг себя, отчего его собственный опыт в рабочем коллективе будет позитивным. В работе очевидно, что агрессивный, постоянно защищающийся и нападающий коллега делает это из слабости и неумения распорядиться своим эмоциональным состоянием. Нужно отталкиваться от собственных потребностей — искать комфортную среду для работы, создавать ее и заботиться о себе. Общаться с приятными людьми и избегать неприятных - это ежедневная задача каждого из нас.

Если человек чувствует эмоциональное выгорание и ему подворачивается другая, более многообещающая работа, есть вероятность, что его карьера может пойти по другому сценарию. Но чаще всего



люди переходят с одной работы на другую с похожим внутренним состоянием и собственным контекстом и на новом месте воссоздают ту систему отношений, от которой они в свое время убежали. Обвинение окружающих — это главный подход, который объясняет неэффективную работу и выгорание вообще.

Выгореть можно не только на очень нервной работе, но и на монотонной работе без рациональной нагрузки. Если не использовать мышцы, они атрофируются. Есть ли какие-то особенности у эмоционального выгорания в кризис? Как компании и коллективы решают свои проблемы сейчас — конструктивно и деструктивно?

Никакие внешние причины, никакая конкуренция и никакой прессинг не помешают тем, кто действительно нацелен на результат, открыть собственное дело и привести его к успеху. Выживать надо, но это не отменяет того, что человек, который горит, верит, любит и делает что-то искренне, может изменить многое.

Многие специалисты не понаслышке знакомы с синдромом эмоционального (так же известного как профессионального) выгорания. Особенно это касается тех, кто в ходе своей деятельности использует преимущественно коммуникативные инструменты, воздействует на окружающих через общение и работает с большим количеством людей. Профессиональные форумы медиков (и не только) переполнены темами о том, что все надоело и сожалением о выбранной профессии и потерянном времени. Врачи и медицинские сестры испытывают более сильное выгорание по сравнению с обслуживающим персоналом больниц, причем выше уровень наблюдается у медицинского персонала наркологических отделений.

Приступая к дежурству, медицинская сестра наркологического отделения обязана проверить соответствие больных списку в суточном дневнике отделения, познакомиться с вновь поступившими пациентами, получить информацию от сдающей смену медицинской сестры о характере поведения пациентов, дополнительных требованиях по наблюдению, уходу, изменениями в режиме наблюдения. Она должна лично убедиться в том, что каждый пациент находится на месте, посмотреть, чем он занят. Изымаются все режущие, колющие, острые предметы и спички, в связи с чем необходим регулярный



осмотр пациентов и палат. Особое внимание обращается на пациентов, находящихся на усиленном режиме наблюдения.

Существуют общие правила, обязательные для всего медицинского персонала, независимо от выполняемых ими обязанностей. Прежде всего, необходимо терпеливое, доброжелательное и внимательное отношение к пациентам даже в тех случаях, когда они проявляют агрессивные тенденции. Вместе с тем медицинская сестра должна быть бдительна и постоянно помнить о том, что поступки пациентов бывают неожиданные и вследствие этого иногда приводят к трагическим последствиям.

Медицинские сёстры, младший персонал на дежурствах должны быть одеты в строгий медицинский халат, медицинскую шапочку. Неуместны броские украшения, демонстративные причёски, яркий макияж и всё, что может привлечь повышенное внимание пациентов. В карманах халата не должны находиться острые предметы, ключи от дверей отделения, шкафов с медикаментами. Пропажа ключей требует принятия срочных мер по их поиску, ибо может повлечь побеги пациентов из отделения.

Выгорание — это «опустошение», «эрозия души» под воздействием факторов профессиональной среды и с учетом личностных особенностей. Развитию этого состояния способствует необходимость работы в одном и том же напряженном ритме, с большой эмоциональной нагрузкой личностного взаимодействия с различным, в т.ч. и трудным контингентом. Вместе с этим развитию синдрома способствует отсутствие должного вознаграждения (в т.ч. не только материального, но и морального, эмоционального) за выполненную работу, а это заставляет человека думать, что его работа не имеет ценности для него самого, коллектива, структуры, общества. Так же немаловажным фактором развития эмоционального выгорания являются дестабилизирующая организация деятельности и неблагоприятная психологическая атмосфера: нечеткая организация и планирование труда; недостаточность необходимых денежных средств; наличие бюрократических моментов; многочасовая работа, имеющая трудноизмеримое содержание; высокая невозможность влиять на принятие решений; двусмысленные, неоднозначные требования к работе,



необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реалиям.

Кроме того, эмоциональное выгорание заразно, и подверженные стрессу руководители служат негативной моделью для своих подчиненных.

Признаки возникновения синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер: частое поглядывание на часы; усиление сопротивления выходу на работу; откладывание встреч, в т.ч. с пациентами, клиентами; частые опоздания (поздний приход на работу и поздний уход с работы); утрата творческих подходов к решению проблем; работа становится более усердной, и на нее затрачивается все больше времени, а достижения становятся меньше; уединение и игнорирование коллег; увеличение употребления меняющих настроение психоактивных веществ (включая кофеин и никотин); утрата способности к удовлетворению своих потребностей в развлечениях и восстановлении здоровья; подверженность несчастным случаям; утрата чувства юмора; присутствие постоянного чувства неудачи, вины; частые приливы гнева; чувство обиды и горечи; повышенная раздражительность, проявляемая на работе и дома; появление ощущения придирчивого отношения окружающих; частое появление чувств обескураженности, бессилия, творческой деятельности; предпочтение мероприятиям по снятию стресса; более частое упорное посещение мысли оставить работу; все чаще проявляется неспособность концентрировать внимание; появление признаков ригидного мышления, сопротивляющегося изменениям; появление подозрительности и недоверчивости, негуманного и циничного отношения к пациентам; появление менталитета жертвы, а также озабоченности собственными потребностями и личным выживанием.

На физиологическом уровне наблюдается нарушение сна, частые длительно текущие незначительные заболевания, повышенная восприимчивость к инфекционным заболеваниям, утомляемость — усталость и истощение на протяжении целого дня, ускорение нарушений психического и соматического здоровья. При обнаружении большинства из этих признаков уже нужно бить тревогу.

Нас же сейчас интересует не только то, как распознать и диагностировать первые признаки эмоционального выгорания, но и понять



причину возникновения этого синдрома у себя вообще и у своих коллег в частности, обратить внимание на особенности протекания этого состояния именно в среде медицинских работников, найти приемлемые для себя пути профилактики, способы защиты себя и своих друзей, коллег, а также пути решения, если это становится действительно серьезной проблемой.

Каждому из нас необходимо стать своим собственным высококвалифицированным специалистом по устранению стресса и научиться устанавливать или переустанавливать приоритеты и думать об изменении образа жизни, внося перемены в нашу повседневную рутину.

Рекомендации по профилактике синдрома эмоционального выгорания. На ранних этапах, еще на стадии «медового месяца», используйте прием «профилактика радостью»: в каждом, по вашему мнению, негативном событии пытайтесь найти что-то хорошее, какие-то позитивные моменты и, отталкиваясь от этого, делайте то, что вам нужно сделать. Не забывайте про музыку. Хорошая музыка (а если при этом вы еще и станцуете) оказывает потрясающее воздействие на эмоциональное состояние. Почитайте хорошую позитивную книгу с динамичным, увлекающим и при этом легким сюжетом, найдите своего автора. Критерий простой — после прочтения возникает ощущение душевного подъема, радости. Обязательно найдите возможность подпитаться энергетически у природы. Простая прогулка по парку восстанавливает душевное равновесие лучше любого лекарства. Помните, что в здоровом теле — здоровый дух, поддерживайте хорошую физическую форму наиболее приятным для вас способом, откажитесь от чрезмерного курения и злоупотребления алкоголем. Пейте витамины. Занимайтесь сексом — это не только всплеск эндорфинов, но и прекрасное средство повышения общего тонуса организма. Очень важно окружить себя позитивными людьми. Людями, у которых есть цель в жизни, которые любят жизнь и готовы делиться этой любовью. И общайтесь с ними без традиционных посиделок «под градус». Это важно, потому что если обсуждать проблемы и анализировать бурлящие эмоции на трезвую голову, вероятность возникновения выгорания снижается. Если уж никак не получается бывать на выставках и посещать галереи, зайдите в цветочный мага-



зин. Полюбуйтесь на разнообразие и красоту цветов, ощутите аромат — это не займет много времени и практически всегда по пути.

Одним из способов предотвращения синдрома эмоционального выгорания является обмен профессиональной информацией с коллегами, что дает ощущение более широкого мира, чем существующий внутри отдельного коллектива. Для этого существуют различные способы — профессиональные сообщества, конференции и пр. В качестве профилактики выгорания специалисты так же рекомендуют уход от ненужной конкуренции (бывают ситуации, когда ее нельзя избежать, но чрезмерное стремление к выигрышу порождает тревогу, делает человека агрессивным, что способствует возникновению синдрома эмоционального выгорания).

Эти меры необходимо уже применять четко и полностью осознанно, а если необходимо, то и под контролем.

И самое главное — помните, работа — это еще не вся жизнь, а всего лишь ее часть. Наполните остальную часть заботами о себе, своих близких и любимых и приятным время препровождением.

Литература:

1. Таткина Е.Г. Синдром эмоционального выгорания медицинских работников как объект психологического исследования // Вестник ТГПУ. - 2009. - № 11 (89) - С. 131 – 133.

2. Ласовская Т.Ю., Алмадакова О.А., Зеленская В.В. Динамика уровня психологического стресса, депрессии и симптомов СЭВ у врачей-интернов разных специальностей на этапе прохождения интернатуры // Журнал «Медицина и образование в Сибири» (Электронный ресурс). - 2014. - № 4. - Режим доступа: http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1522

3. Цергой Т.А. Влияние условий профессионального выбора на сформированность синдрома эмоционального выгорания у педагогов профессионально-технического образования // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология (Электронный ресурс). - 2008. - № 7. - Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-usloviy-professionalnogo-vybora-na-sformirovannost-sindroma-emotsionalnogo-vygoraniya-u-pedagogov-professionalno>



4. Куренков С.В. Современные подходы к противодействию синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников: Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Наука и социум». – 2017. - Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-podhody-k-protivodeystviyu-sindroma-emotsionalnogo-vygoraniya-u-meditsinskih-rabotnikov>

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОЙ МОДЕЛИ ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОГО ЭТАПА ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Кузюкова О.И.,

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

Главным требованием, предъявляемым к лабораторной диагностической информации, является качественное объективное отражение состояния внутренней среды организма и выявление ее изменений.

Традиционно выделяют три этапа лабораторных исследований: преаналитический, аналитический и постаналитический. Преаналитический начинается от назначения анализа клиницистом, включает подготовку пациента к лабораторным исследованиям, процедуру взятия биологического материала, его пробоподготовку и заканчивается установкой биоматериала в современные автоматические анализаторы. При этом 20% времени затрачивается на подготовительные манипуляции вне стен лаборатории. К сожалению, именно этот процесс в большинстве случаев не контролируется лабораторией, так как в ней задействован совершенно другой персонал. Но именно на эту часть преаналитического этапа приходится большинство допустимых ошибок (68%), которые влияют на качество получаемых результатов.

Некачественный биоматериал приводит к повторным заборам крови у пациентов, неэффективным затратам на повторные исследования с использованием дорогостоящих тест-систем, увеличению за-



трат на сервисное обслуживание и ремонт анализаторов, увеличению времени постановки диагноза и неправильному лечению.

Говоря о пациент-ориентированной модели преаналитического этапа, прежде всего, нужно иметь в виду, что медицинские работники должны обеспечить качественный результат лабораторных исследований, тем самым оказывая влияние на качество медицинской помощи и удовлетворенность пациента предоставляемыми лабораторными услугами. Пациент-ориентированный подход предусматривает деликатное отношение к пациенту, привлечение его к сотрудничеству и осознание им ответственности за свое здоровье, улучшение взаимодействия между пациентами и медицинскими работниками.

Для того чтобы привлечь пациента к сотрудничеству на преаналитическом этапе, необходимо, чтобы он знал и понимал влияние целого ряда факторов на многие лабораторные показатели для получения достоверных результатов анализов. Специалисты клинической лабораторной диагностики уже давно осознали, что многие факторы способны повлиять на результаты лабораторных исследований, медицинские работники других специальностей, большей частью, не знают о влиянии этих факторов. При отсутствии такой вспомогательной информации, врачи-клиницисты могут дать неправильную интерпретацию полученного результата и предпринять в отношении пациента неверные действия. Нужно придавать огромное значение обучению как медицинских лабораторных техников (фельдшер-лаборантов), так и практикующих врачей и сестринского персонала, участвующих в получении биологического материала, правильной подготовке к исследованиям, чтобы специалисты смогли научить пациентов соблюдению необходимых требований, которые влияют на качество лабораторных исследований.

Проблемы, связанные с правильной подготовкой и сдачей анализов на различные виды лабораторных исследований можно решить, давая подробные письменные или устные инструкции пациентам и предупреждая о том, что в случае нарушения рекомендаций анализ будет недостоверный. С этой целью рекомендуется во всех медицинских организациях проводить обучающие семинары, мастер-классы, конференции, опираясь на признанные международные и отечественные стандарты проведения преаналитического этапа ла-



бораторных исследований. Правильное применение информации должно привести к сокращению ненужных исследований, уменьшению материальных расходов и к лучшему пониманию результатов исследований. Рассмотрим некоторые факторы, приводящие к изменению фактических показателей здоровья.

Взятие проб крови у пациента для исследований рекомендуется производить в ранние утренние часы после 12-ти часового ночного голодания (базовое состояние). Диета, физические упражнения, эмоциональный стресс, суточные колебания некоторых показателей, положение тела при взятии крови, принимаемые пациентом лекарственные средства вызывают изменения в базовом состоянии пациента и могут оказать существенное влияние на результаты лабораторных исследований.

После 48 часов голодания может увеличиваться концентрация билирубина в крови; голодание в течение 72 часов снижает уровень глюкозы в крови у здоровых людей до 2,5 ммоль/л, увеличивает концентрацию триглицеридов, свободных жирных кислот без значительных изменений концентрации холестерина. Употребление жирной пищи может повысить в крови уровень калия, триглицеридов и активность щелочной фосфатазы. Определенные виды пищи и режимы питания могут оказать влияние на ряд показателей сыворотки и мочи. Например, потребление большого количества мяса, т.е. пищи с высоким содержанием белка, может увеличить содержание мочевины и аммиака в сыворотке, количество уратов (солей кальция) в моче. Напитки, богатые кофеином, увеличивают уровень свободных жирных кислот и вызывают выход в кровь адреналин, норадреналин из надпочечников и мозга, прием алкоголя увеличивает в крови уровень лактата, мочевой кислоты и триглицеридов. Длительное голодание (2 - 4 недели) способно снижать концентрацию общего белка, холестерина, триглицеридов, мочевины, липопротеидов в крови. И наоборот, выведение креатинина и мочевой кислоты почками с мочой повышается. Длительное голодание тесно связано со снижением расхода энергии, и, как следствие, в крови снижается концентрация гормонов щитовидной железы – общего тироксина (Т4), а еще большей степени триодтиронина (Т3).



Физическая нагрузка может оказывать преходящее влияние или иметь длительное воздействие на различные параметры гомеостаза. Физические упражнения активируют свертываемость крови и функциональную активность тромбоцитов. Длительная физическая нагрузка увеличивает в крови уровень половых гормонов. Не следует сдавать кровь сразу после физиотерапевтических процедур, инструментального обследования, рентгенологического и ультразвукового исследований, массажа и других медицинских процедур. При контроле лабораторных показателей в динамике рекомендуется проводить повторные исследования в одинаковых условиях – в одной лаборатории сдавать кровь в одинаковое время суток.

Степень влияния психического стресса (страх перед взятием крови, предоперационный стресс и т.д.) на результаты лабораторных тестов часто недооценивается. Между тем, под его влиянием в крови может наблюдаться преходящее повышение количества лейкоцитов в крови (лейкоцитоз), снижение уровня железа, увеличение уровня альдостерона, кортизола, пролактина, самотропного и тиреотропного гормонов и повышение концентрации альбумина, глюкозы, инсулина, фибриногена и холестерина. Сильное беспокойство, если оно сопровождается гипервентиляцией, вызывает дисбаланс кислотно-основного состояния с увеличением концентрации лактата и жирных кислот в крови.

При проведении лабораторных исследований необходимо учитывать и суточные ритмы колебаний некоторых показателей гомеостаза. Уровень некоторых гормонов в крови в послеобеденные часы снижается, в то время как число эозинофилов и уровень железа повышаются. Так, концентрация калия ниже после обеда по сравнению с утренними часами, тогда как концентрация кортизола возрастает в течение дня и снижается ночью. В ряде случаев при назначении лабораторных исследований необходимо учитывать сезонные колебания уровня ряда показателей. Так, содержание трийодтиронина (Т3) на 20% ниже летом, чем зимой.

Некоторые лекарственные средства могут оказывать существенное влияние на результаты лабораторных исследований. Например, прием аспириносодержащих препаратов при определении времени длительности кровотечения должен быть отменен за 7-10 дней до



проведения исследования. Если этого не сделать, можно получить неправильный результат исследования. Если принимаемый пациентом лекарственный препарат может повлиять на результат анализа, то при невозможности его отмены сотрудники лаборатории должны об этом знать. Среди других факторов, влияющих на результаты исследований, имеют значение возраст, пол, беременность, температура окружающей среды, курение табака.

Возвращаясь к пациент-ориентированной модели преаналитического этапа, необходимо помнить, что пациент по складу своего мышления, глубине переживаний, силе психоэмоционального напряжения, отношению к себе и к окружающим отличается от здорового человека. Особенно длительное заболевание для многих людей является тяжелой травмой, которая сама по себе ухудшает самочувствие, физическое состояние, а также причиняет серьезные нарушения психоэмоциональной сферы.

Пациент должен быть уверен в высоком профессионализме специалистов, в их порядочности, доброте и сочувствии. Поэтому при общении сестринского персонала с пациентами и их родственниками речь должна быть сдержанная, спокойная, тон деловой, действия спокойные, без суеты. Совершенно недопустимым в работе следует считать сообщение пациенту результатов исследований, тем более трактовать пациенту значение полученных результатов.

Правильное этическое общение с пациентами способствует установлению обстановки эффективной коммуникации и сотрудничества, положительно влияет на качество лабораторных исследований.

Литература:

1. Антонов В.С. К вопросу об обеспечении достоверности результатов лабораторных исследований // Клин. лаб. диагностика. – 1997. - № 5. - С.46-47.
2. Кишкун А.А. Современные технологии повышения качества и эффективности клинической лабораторной диагностики. - М.: РАМЛД, 2005. - 528 с.



НОВАЯ РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТА ПЕРВИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Лисовик А.А.,

БУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер №4» г. Омск

Совершенствование первичной медико-санитарной помощи является одной из приоритетных задач отечественного здравоохранения. Медицинская сестра традиционно играет значительную роль в системе общественного здравоохранения. В структуре медицинских кадров медицинских организаций сестринский персонал представляет собой одну из самых многочисленных групп медицинских работников. В большинстве случаев именно сестринский персонал является первым, последним и наиболее постоянным медицинским работником, находящимся в контакте с пациентом (в случае ухудшения состояния здоровья пациента в условиях стационара, оказания первой доврачебной помощи, психологической поддержки пациентам и их родственникам).

На современном этапе развития общества профессия медицинской сестры рассматривается не только как одна из самых массовых, но и как одна из наиболее социально значимых. Сестринское дело как комплексная медико-санитарная дисциплина, имеющая медико-социальное значение, призвано поддерживать и охранять здоровье населения.

В ходе проводимых реформ в области сестринского дела повышается роль сестринского персонала в организации профилактических, лечебных, диагностических, реабилитационных мероприятий на всех уровнях медицинского обслуживания населения независимо от профиля оказания медицинской помощи.

Первичная медико-санитарная помощь выступает наиболее важным звеном здравоохранения, так как данный вид помощи является основным, наиболее доступным, экономически и социально приемлемым видом массовой медицинской помощи. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» первичная медико-санитарная по-



мощь оказывается амбулаторно, а также в условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому. Основными видами первичной медико-санитарной помощи выступают первичная доврачебная, врачебная и специализированная медико-санитарная помощь. В оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи главная роль принадлежит специалистам со средним медицинским образованием фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, здравпунктов, поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, отделений (кабинетов) медицинской профилактики, центров здоровья. Особое значение сестринского персонала в условиях первичной медико-санитарной помощи заключается в использовании современных технологий профилактики, в том числе по формированию медицинской активности населения.

В реорганизации оказания медицинской помощи по принципу врача общей практики, проводимой в последние годы, отводится медицинской сестре роль гораздо более значительную, чем ранее. В условиях увеличения объема работы врача общей практики, медицинская сестра не может оставаться просто помощницей врача, исполнительницей его назначений. Она должна взять на себя определенный объем самостоятельной работы и выполнять ее профессионально и с полной ответственностью.

Необходимо активное привлечение медицинских сестер к организации различных форм внебольничной помощи: дневных стационаров, стационаров на дому, центров амбулаторной хирургии и медико-социальной помощи, консультативно-диагностических служб и служб ухода на дому.

Дневной стационар предназначен для оказания медицинской помощи лицам, нуждающимся в стационарном лечении, не требующем круглосуточного медицинского наблюдения. В условиях дневного стационара в обязанности медицинской сестры входит предоставление информации пациентам о предстоящем лечении, оказание психологической поддержки, наблюдение за состоянием пациента до проведения процедур, во время и после них, контроль показаний приборов и систем, ведение необходимой документации.



В настоящее время в обслуживании сельского населения особое внимание уделяется использованию стационарзамещающих технологий (активный сестринский патронаж, койки, отделения, учреждения сестринского ухода, фельдшерско-акушерские пункты дневного пребывания). Необходимость развития стационарзамещающих технологий определяется как потребностью населения в данном виде медицинской помощи, так и рациональным и эффективным использованием финансовых средств и материально-технических ресурсов здравоохранения. Дефицит врачебных кадров, обслуживающих сельское население, существенно отражается на доступности и качестве медицинской помощи. Учитывая квалификацию и потенциальные возможности сестринского персонала, можно значительно расширить объем лечебно-диагностических мероприятий, выполняемых при обслуживании пациентов в районных центрах и сельских населенных пунктах.

Так, например, активный патронаж больных на дому является важной частью самостоятельной работы медицинской сестры. В задачу медицинской сестры при патронаже входит наблюдение за динамикой состояния больного, соблюдением им диеты и режима, правильностью приема лекарственных препаратов. Кроме стандартных мероприятий (выполнение инъекций, процедур, измерение физиологических показателей, осмотра), уровень профессиональной подготовки медицинской сестры позволяет поручить ей выполнение на дому таких видов деятельности как взятие биологических материалов для исследования, снятие электрокардиограммы, проведение физиотерапевтических процедур. Важным компонентом сестринского патронажа является обучение пациента самоконтролю за своим состоянием и оказанию самопомощи при его ухудшении. Членов семьи пациента медицинская сестра обучает приемам и правилам ухода, выполнению несложных медицинских манипуляций и оказанию доврачебной помощи при ухудшении состояния. Таким образом, медицинская сестра должна не только хорошо владеть манипуляционной техникой, но и помогать пациенту адаптироваться к новым условиям.

В России в течение длительного времени деятельность сестринского персонала рассматривалась в качестве второстепенной, не имеющей самостоятельного значения. Основным критерием её оценки являлось правильное выполнение манипуляций, врачебных назна-



чений. На сегодняшний день признается тот существенный вклад, который вносит данная профессиональная группа в реализацию мероприятий, направленных на охрану здоровья населения, и более полно осознается необходимость совершенствования сестринского дела. От работы медицинского персонала в немалой степени зависит результат деятельности всей системы здравоохранения, качество и количество предоставляемых медицинских услуг, объемы финансовых и материально-технических затрат.

Качественное осуществление сестринского ухода облегчает врачебную задачу, оптимизирует лечебно-диагностический процесс и сокращает его сроки. Врачебная деятельность и сестринское дело являются самостоятельными, но дополняющими друг друга профессиями. Основными задачами врачей являются профилактика, диагностика и лечение заболевания. При этом медицинская сестра акцентирует своё внимание на решении существующих и выявлении потенциальных проблем пациента, тем самым реализует все этапы сестринского процесса (собирает анамнез, ставит предварительный диагноз и в дальнейшем постоянно следит за поведением больного, сообщает врачу обо всех изменениях, участвует в обходе больных врачом). Врачи и медицинские сестры имеют общие цели и стратегические задачи и реализуют их, применяя специальные методы и технологии, которыми они владеют в силу полученного ими образования.

Таким образом, можно утверждать, что организация самостоятельной деятельности медицинской сестры на уровне оказания первичной медико-санитарной помощи способствует повышению доступности и качества медицинской помощи населению, реализации творческого потенциала медицинской сестры и росту значимости специалистов со средним медицинским образованием в системе здравоохранения.

Литература:

1. Вахитов Ш.М., Нуриева Э.В. Роль медицинских сестер в современном здравоохранении // Казанский медицинский журнал, 2010. Том 91. - № 2. - С. 260-263.



2. Шляфер С.И. Кадровый потенциал сестринской службы Российской Федерации // Главная медицинская сестра. - 2011. - № 7. - С. 20-28.

3. Венглинская Е.А., Парахонский А.П. Роль и задачи медицинских сестер с высшим образованием в современном обществе // Альманах сестринского дела. - 2013. - № 1. - С. 34-41.

4. Тарасенко Е.А. Перспективные направления организации работы сестринского персонала: зарубежный опыт и уроки для России // Здравоохранение. - 2014. - № 8. - С. 94-101.

5. Егорова А. Практика медсестры в США // Медицинская сестра. - 2013. - № 3. - С. 36-39.

6. Стрелец Г.Н. Оценка работы медицинского персонала в условиях бригадной системы оплаты труда // Главная медицинская сестра. - 2010. - № 8. - С. 21-24.

7. Камынина Н.Н. К вопросу о перспективах развития сестринского дела // Медицинская сестра. - 2011. - № 2. - С. 35-40.

8. Бирюкова И.В. Использование сестринского потенциала в работе участковой службы по оптимизации профилактики рака молочной железы // Главная медицинская сестра. - 2013. - № 7. - С. 38-51.

ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВО ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ УСЛОВИЯХ

Лудын Т.Н., Гирфанова Е.П.,

*БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников»,
г. Омск*

В современном мире с постарением населения возросла доля лиц позднего возраста с теми или иными психическими отклонениями. Решение вопросов об обеспечении, с одной стороны, достойного содержания больных людей старшего поколения и с другой - минимизация финансовой и ресурсной нагрузки на общество на сегодняшний день очень актуальны и требуют пристального внимания.



Одним из инструментов повышения доступности и качества медико-социальной помощи пожилым с психическими расстройствами является внедрение пациент-ориентированной системы обслуживания, определяемой как комплекс мероприятий на длительный период тем пожилым, которые не могут без нее существовать.

В Омской областной психиатрической больнице такую помощь оказывают в геронтопсихиатрическом комплексе, структурной единицей которого является отделение интенсивного оказания психиатрической помощи для лиц пожилого возраста.

Основной контингент отделения - это пациенты:

- с неорганическими психическими заболеваниями (шизофрения, аффективные психические расстройства, поздние параноиды, психозы на фоне слабоумия и др.);
- с психическими расстройствами при характерных для позднего возраста или встречающихся преимущественно в этом возрасте органических церебральных процессах (церебрально-сосудистого генеза, болезни Альцгеймера, болезни Пика, хорее Гентингтона и др.);
- нуждающиеся в коррекции неблагоприятного влияния на прогноз болезни характерных для периода старения и старости социальных и психологических факторов. К ним относятся: изменение жизненного стереотипа, утрата близких людей, социального престижа, одиночество, трудности обеспечения независимого (самостоятельного) проживания в обществе в связи с ограничением подвижности, болезнью и др.

Оказание помощи пациентам и их семьям проводится посредством патронирования, динамического наблюдения, проведения лечения (медикаментозная терапия, лечебно-диагностические процедуры и т.д.), обучения уходу за пациентами и психосоциальной реабилитации на дому. В задачи службы входит не только оказание помощи на дому, но и просто регулярное общение с пожилым человеком, изолированным от мира.

В основу деятельности отделения положен метод бригадного ведения пациента. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ № 566 н, служба укомплектована врачами, медицинскими сестрами, в том числе медицинской сестрой для координации взаимодействия членов бригады, специалистом по социальной рабо-



те, социальными работниками, медицинским психологом и младшим медицинскими сестрами, прошедшими подготовку по вопросам гериатрической психиатрии.

Особенности работы медицинских сестер отделения отражают два основных момента. Во-первых, это организация тесного взаимодействия в группе специалистов и умение работать в команде. Во-вторых, специальные умения работать с пожилым пациентом и задействовать членов семей в качестве ресурсов.

В этом контексте деятельность медицинской сестры организована в следующих направлениях:

1. *Медицинская сестра – координатор* индивидуальной сестринской работы с пациентами. Она регулирует расписание посещения пациентом или членами семей отделения, определяет необходимость и частоту посещения пациента на дому другими членами бригады. Составляет краткую информацию и оценивает потребность пациента в дальнейших вмешательствах (консультация психиатра, терапевта, госпитализация и т.д.) и с помощью прочих членов бригады разъясняет пациенту, семье, а если необходимо и другим людям цели, преследуемые лечением, в каком виде оно будет проводиться и его особое значение для каждого индивидуума.

2. *Медицинская сестра – непосредственный исполнитель лечебно-диагностических манипуляций.* При выезде на дом она проводит забор анализов, плановое медикаментозное лечение, динамическое наблюдение, контролирует прием препаратов и организует уход за пациентом. В случае активного участия семьи в лечении пациента медицинская сестра подготавливает членов семьи к осуществлению их роли.

3. *Медицинская сестра – участник диагностики психических расстройств.* Использование в работе четких диагностических методов и критериев, опросников и тестов способствовало значительному расширению сестринской практики. Медицинская сестра при необходимости оказывает первую доврачебную психиатрическую помощь, проводит первичную идентификацию симптомов и синдромов заболевания, оценку когнитивных функций (MMSA) и нарушений жизнедеятельности (ADL) и определяет негативно влияющих на заболевание условий или образа жизни. Все это обуславливает необходимость



вдумчивого и ответственного профессионального поведения медицинской сестры, владение ей в совершенстве доступными вспомогательными методами диагностики.

4. *Медицинская сестра и ближайшее окружение пациента.* Следующим немаловажным аспектом в работе медицинской сестры является формирование конструктивных партнерских отношений с семьей пациента. Ведь адекватная забота о пациентах во многом зависит от доброй воли и навыков неформальных лиц, осуществляющих уход и которые часто оказываются неподготовленными к тому, чтобы в течение длительного времени нести бремя связанных с этим психосоциальных проблем. Сестринская психообразовательная работа по программе «Поддержка в семье», включающая в себя как организацию ухода за пациентом, режима повседневной активности, управление приемом лекарственных препаратов, так и организацию быта, способствует успешной адаптации и эффективному функционированию пациента. Медицинская сестра должна помочь семье понять и приспособиться к новому физическому статусу и поведению пациента. А вовлечение семьи в терапевтический и реабилитационный процесс становится ключевым для его результативности. Кроме того, осуществление медицинской сестрой телефонного патронажа пациентов и их родственников позволяет контролировать состояние пациентов, консультировать по лечению и просто уделять внимание пожилым пациентам, так как для них самое важное знать, что они кому-то нужны.

5. *Медицинская сестра и психопрофилактика.* Немаловажным аспектом работы медицинской сестры является проведение профилактических мероприятий в области психогигиены, раннего распознавания патологических состояний. Нередко наблюдается большая чувствительность к стрессам, развивающаяся в семьях, где есть психически больные, которая приводит к стремлению временно госпитализировать стариков с нарушениями психики и дать возможность родным восстановить свое психическое равновесие. С другой стороны разъяснительная работа с членами семьи о психическом заболевании пациента, правилах поведения и обучение превентивным мероприятиям позволяет налаживать внутрисемейные отношения и предотвращать госпитализацию. Распространение знаний, ознакомление



населения с вопросами, касающимися психических расстройств и психогигиены, является лучшей возможностью изменить общественное мнение о психиатрии в целом, психической болезни, прогноза и доступного лечения.

6. *Медицинская сестра и непрерывность обслуживания пациента.* Как уже говорилось ранее, отделение является структурной единицей оказания комплексной помощи пожилым с психическими расстройствами. Работа медицинской сестры тесно взаимосвязана с работой сестринского персонала стационарных отделений и работой геронтологических кабинетов диспансера. Кроме того, по роду своей деятельности ей приходится контактировать со специалистами общесоматической сети, социальными службами и общественными организациями по оказанию медико-социальной помощи пациентам. В обязанность медицинской сестры входит обеспечение преемственности, координирование доступного обслуживания пациента, действуя в качестве «связного», и широкое использование своего умения общаться с людьми.

Таким образом, представленная сестринская помощь пациентам пожилого возраста с психическими расстройствами отвечает современным требованиям и имеет ряд преимуществ для самого пациента, ухаживающего персонала и родственников:

- Помощь оказывается пациенту без отрыва его от родной привычной среды. Отсутствие смены привычной обстановки способствует установлению теплых, доверительных отношений между медицинским персоналом, пациентом и родственниками, что повышает эффективность мероприятий по уходу.
- Сестринский персонал не отвлекается на других пациентов, уделяет максимум внимания, использует индивидуальный подход к пациенту. Специально разработанные тесты и методы исследования психического статуса пациента и когнитивных нарушений позволяют выявить функциональные возможности, найти соответствующие способы налаживания контакта и взаимопонимания с пациентом и тем самым оптимизировать процессы лечения и ухода.
- Изменение функций медицинской сестры вызывает большую ответственность за укрепление здоровья, профилактическую деятельность и непрерывность лечения, требующих разнообразных коор-



динированных видов обслуживания в течение всего периода болезни.

Как и в любом новом виде деятельности, в области здравоохранения об эффективности службы помощи пожилым с психическими расстройствами можно судить лишь на основании каких-либо точных методов оценки. Эта оценка должна включать ответы на ряд важных вопросов, касающихся числа пациентов, которым оказывается эффективная помощь, стоимости такого обслуживания, времени, требуемого на сестринское обслуживание, и количества необходимого персонала; основных потребностей пациентов и их семей; способов их удовлетворения, что, в свою очередь, требует в дальнейшем привлечения особого внимания к проведению соответствующих сестринских исследований.

Литература:

1. Приказ МЗ РФ от 28.07.1999 г. № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в РФ».
2. Беспалова Г.Н. Опыт введения должности медицинской сестры-координатора психосоциальной работы в психиатрической больнице // Главная медицинская сестра. - 2008. - № 7. - С. 61-76.
3. Введенская Е.С., Введенская И.И. Обоснование дифференцированных видов методико-социальной помощи пожилым // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1993. - № 3. - С. 19-21.
4. Дуглас С. Нефармакологические вмешательства при деменции // Обзор современной психиатрии. – 2005. - Вып. 25.
5. Лица, осуществляющие уход, как партнеры в оказании психиатрической помощи людям пожилого возраста / Jan R. Oyebode // Обзор современной психиатрии. – 2007. - Вып. 33. (Электронный ресурс). - Режим доступа: <http://www.psyobsor.org/com.html>
6. Оценка психологических потребностей лиц, обеспечивающих уход за больными // Обзор современной психиатрии. – 2004. - Вып. 22 (Электронный ресурс). - Режим доступа: <http://www.psyobsor.org/com.html>.



ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ МЕТОДИКИ – ТРАНССФЕНОИДАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА. РОЛЬ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

*Моисеева Т.Ф., Балашова О.В., Морозова О.С.,
БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск*

Актуальность. В последние годы главным направлением деятельности операционных блоков является внедрение высокотехнологичных, ресурсосберегающих, малоинвазивных методов диагностики и лечения, которые позволяют снизить травматичность операций, длительность послеоперационного периода.

Ежегодно в БУЗОО «ОКБ» выполняется более 14000 операций, внедряются высокотехнологичные методы хирургического лечения, одним из них является трансфеноидальное удаление аденомы гипофиза.

Аденома гипофиза – распространенная патология, она занимает третье место среди всех опухолей центральной нервной системы и составляет от 7 до 18% всех внутричерепных новообразований. По данным эпидемиологических исследований, распространённость клинических случаев аденом гипофиза составляет 1,6 на 100000 человек населения.

Ранее удаление аденом гипофиза производилось с помощью большой травмирующей операции, сопровождающейся трепанацией черепа, и отличалось тяжелым, длительным послеоперационным течением, наличием осложнений практически у всех оперированных пациентов (ликворея - 63,8%), воспалительными осложнениями (менингит, энцефалит - 10,4%), высокой летальностью (22,4%).

В настоящее время проблема лечения аденомы гипофиза во многом решена путем внедрения малоинвазивной трансфеноидальной хирургии, данным способом удаляется более 80% аденом. Ежегодно выполняется более 20 данных операций. В связи с этим, возрастает роль операционных медицинских сестер, так как именно они совместно с врачами обеспечивают освоение и успешное применение инновационных методик.



Цель: оптимизировать работу операционных медицинских сестер при обеспечении операции - трансфеноидальное удаление аденомы гипофиза, путем разработки и внедрения СОП «Обеспечение операции - трансфеноидальное удаление аденомы гипофиза».

Практическая значимость. Внедрение стандартной операционной процедуры «Обеспечение операции - трансфеноидальное удаление аденомы гипофиза» в практическую деятельность операционных медицинских сестер позволит повысить качество подготовки и обеспечения оперативного вмешательства, свести к минимуму возникновение возможных осложнений.

Задачи:

1. Изучить особенности обеспечения операции - трансфеноидальное удаление аденомы гипофиза, выделить факторы, влияющие на время оперативного вмешательства и возникновение осложнений.

2. Разработать стандартную операционную процедуру для операционных медицинских сестер «Обеспечение операции - трансфеноидальное удаление аденомы гипофиза» и внедрить ее в практическую деятельность.

3. Проанализировать экономическую эффективность внедрения малоинвазивной методики - трансфеноидальное удаление аденомы гипофиза в БУЗОО «ОКБ».

Методы:

1. Аналитический;
2. Статистический.

Материалы исследования. Для внедрения в отделении методики - трансфеноидальное удаление аденомы гипофиза, операционные медицинские сестры прошли специальную подготовку:

1. Старшей операционной медицинской сестрой была проведена техническая учеба по вопросам анатомии зоны турецкого седла, состава набора микрохирургических инструментов, особенностей их дезинфекции, стерилизации, подготовки к работе эндоскопического оборудования;

2. Врачом-нейрохирургом проведена техническая учеба, где подробно освещены вопросы обеспечения эндоскопической операции, ход оперативного вмешательства, особенности доступа, гемостаза,



работы с синтетическим имплантом "Реперен-ST", возможные осложнения.

Разработана и внедрена в практическую деятельность стандартная операционная процедура для операционных медицинских сестер «Обеспечение операции - трансфеноидальное удаление аденомы гипофиза».

В процессе разработки стандартной операционной процедуры проанализированы особенности применения эндоскопической аппаратуры, изучены требования к операционным медицинским сестрам по управлению эндоскопической стойкой (биполярная коагуляция, осветитель, видеосистема, специализированный микроинструментарий) и устранению простейших неисправностей во время вмешательства. До начала операции необходимо проверить каждый прибор на «холостом ходу». Применяемый инструментарий является очень хрупким и требует бережного обращения и особого ухода. Инструмент имеет антиотражающую поверхность, не дает бликов в операционной ране, хранится и транспортируется в специальных контейнерах отдельно, для предупреждения механических повреждений.

Проанализированы задачи операционной медицинской сестры при поступлении пациента в операционную: необходимо придать ему положение на операционном столе «лежа на спине», обратить внимание на фиксацию головы пациента в скобе типа «Mayfield», для исключения возможности ее смещения в процессе операции, что может негативно повлиять на ход операции.

Особенностью доступа к аденоме гипофиза является ограниченное операционное поле с большой глубиной, в связи с этим применяется нейронавигация, на данном этапе операционная медицинская сестра должна приготовить специализированные инструменты и гемостатические материалы. В ходе доступа к дну турецкого седла, нельзя сдвинуться в сторону ни на один миллиметр, при повреждении пролегающих рядом крупных сосудов возникает массивное кровотечение, остановить которое очень сложно. От скорости и четкости работы операционной медицинской сестры зависит эффективность гемостаза.

Врач-нейрохирург осуществляет доступ к дну турецкого седла с использованием электротрепана HiLAN XS Motor System, операцион-



ная медицинская сестра собирает рабочую рукоятку строго по инструкции. При неверной сборке аппарат не сработает, потребуются повторная сборка, и это может повлиять на длительность оперативного вмешательства.

Для удаления опухоли используется ультразвуковой дезинтегратор, в некоторых случаях применяются кюретки разных размеров, под различным углом. Необходимо четко ориентироваться в их назначении.

После удаления опухоли производится остановка кровотечения с использованием гемостатической рассасывающейся матрицы Surgiflo, на которую операционная медицинская сестра надевает специальную насадку для эндоскопических операций. Существуют особенности разведения этого материала, поэтому необходимо знать технику разведения Surgiflo.

Для пластики дна турецкого седла, при эндоскопическом эндоназальном трансфеноидальном удалении опухолей хиазмально-селлярной области, впервые в России на базе БУЗОО «ОКБ» апробирован и внедрен в практику синтетический имплантат "Реперен-ST". Операционные медицинские сестры при работе с имплантом соблюдают особый порядок, хранят в специальной салфетке, подают хирургу отдельным стерильным пинцетом, особенно тщательно соблюдают традиционные методы асептики для профилактики имплантационных осложнений.

Анализ экономической эффективности. Внедрение высокотехнологичной методики операции - трансфеноидальное удаление аденомы гипофиза позволило:

1. Сократить время оперативного вмешательства на 62%.
2. Уменьшить сроки пребывания пациентов в стационаре на 35%.
3. Повысить экономическую эффективность, снизить на 62% затраты на лечение.
4. Снизить количество послеоперационных осложнений (кровотечений с 91,3% до 73,3% и ликворею с 63,8% до 13,3%).
5. Снизить летальность с 22,4% до 0,83%.
6. Повысить радикальность оперативного вмешательства и избирательность удаления аденомы гипофиза.



Выводы. Высокий профессиональный уровень операционных медицинских сестер играет важную роль в обеспечении высокотехнологичных операций. Обеспечить преимущества методики операции - транссфеноидальное удаление аденомы гипофиза позволяет внедрение в практическую деятельность операционных медицинских сестер стандартной операционной процедуры «Обеспечение операции - транссфеноидальное удаление аденомы гипофиза». От качества работы операционной медицинской сестры в команде с хирургами зависит не только скорость выполнения операции, но и ее исход, снижение уровня возможных осложнений, повышение качества оказания медицинской помощи нашим пациентам.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕТСКОЙ ПУЛЬМОНОЛОГИИ

Некрасова В.М.,

БУЗОО «Областная детская клиническая больница», г. Омск

В наше время представление о медицинской сестре становятся наиболее шире, чем просто о помощнике врача, а её обязанности не ограничиваются автоматическим исполнением врачебных назначений. Медсестра занимает статус высокопрофессионального и взаимозаменяемого участника на любом этапе.

Ведущие направления инновационного процесса включают в себя:

- современные технологии и методики в области лечения и профилактики заболеваний;
- повышение стандартов качества медицинской помощи и контроля на каждом этапе, избавление от непрофессиональной работы;
- формирование личной ответственности за пациента;
- постоянное повышение квалификации и профессиональных знаний, навыков, умений;
- новое распределение обязанностей между сестринским персоналом.



Качество сестринской помощи в детской пульмонологии напрямую зависит от грамотного использования потенциала медицинских сестер за счет введения новых форм ухода и навыков практической деятельности, а также умения специалиста применять инновационные технологии. В результате, к каждому пациенту возможен индивидуальный подход, а это повышается качество обслуживания. Применяя инновационные технологии на практике, медсестры достаточно быстро и качественно реализуют лечебно-диагностический процесс.

Небулайзерная терапия - является одним из видов ингаляционной терапии, применяемой при заболеваниях органов дыхания. Наиболее широкое применение небулайзерная терапия получила в лечении бронхиальной астмы, муковисцидоза, пневмонии и ХОБЛ как высокоэффективный способ доставки лекарственного средства непосредственного в бронхи.

Слово "небулайзер" происходит от латинского "nebula" (туман, облачко). Небулайзер – устройство, превращающее жидкое вещество в аэрозоль для медицинских целей".

Основной целью ингаляционной (небулайзерной) терапии является достижение максимального местного терапевтического эффекта в дыхательных путях при отсутствии побочных эффектов.

Задачи небулайзерной терапии:

1. Уменьшение бронхоспазма.
2. Улучшение дренажной функции дыхательных путей.
3. Санация верхних дыхательных путей и бронхиального дерева.
4. Уменьшение отека слизистой.
5. Уменьшение активности воспалительного процесса.
6. Улучшение микроциркуляции бронхов и легких.
7. Защита слизистой оболочки от действия аллергенов.

Преимущества ингаляционной небулайзерной терапии:

- Возможность использования, начиная с самого раннего возраста, при любом физическом состоянии больного и независимо от тяжести заболевания, в связи с отсутствием необходимости синхронизировать вдох с потоком аэрозоля.
- Доставка большей дозы препарата и получение эффекта за более короткий промежуток времени.



- Возможность правильно и точно дозировать лекарственные средства.
- Возможность проведения ингаляций в домашних условиях.
- Небулайзеры - единственные средства доставки лекарственного препарата в альвеолы.
- При необходимости - подключение в контур подачи кислорода и ИВЛ.

Подготовка к проведению ингаляции. Ингаляции проводят через 1 - 1,5 часа после приема пищи или физической нагрузки. Перед ингаляцией нельзя применять отхаркивающие средства, полоскать горло растворами антисептических средств.

Приготовление раствора для ингаляции. Растворы для ингаляций должны быть на основе физиологического раствора (0,9% хлорида натрия) с соблюдением правил антисептики. Для заполнения небулайзеров ингаляционным раствором идеально подходят шприцы. Рекомендуется использовать объем наполнения небулайзера 2-4 мл.

Проведение ингаляции. Ингаляция при помощи небулайзера проводится через мундштук или лицевую маску. Оба способа считаются эффективными. Маска должна плотно прилегать к лицу.

- Во время ингаляции больной должен находиться в положении сидя, не разговаривать и держать небулайзер вертикально. Детей до года удерживать на руках сидя, в вертикальном положении.
- При заболеваниях глотки, гортани, трахей, бронхов следует вдыхать аэрозоль через рот. После глубокого вдоха ртом следует задержать дыхание на 2 секунды, затем сделать полный выдох через нос. Лучше использовать загубник или мундштук, чем маску.
- При заболеваниях носа, околоносовых пазух и носоглотки необходимо использовать для ингаляций современные небулайзеры – Пари синус и Пари Тиа.

Специальные носовые насадки (канюли назальные), вдох и выдох необходимо делать через нос, дыхание спокойное, без напряжения.

После ингаляции стероидных препаратов и антибиотиков необходимо тщательно полоскать рот. Рекомендуется прополоскать рот и горло кипяченой водой комнатной температуры.



Кинезитерапия (от лат. Kinesio – движение) - это один из методов физического лечения, очищения трахеобронхиального дерева от вязкого секрета, что способствует улучшению и повышению качества жизни. Кинезитерапия означает «лечение движением» (в данном случае необходимо двигать мокроту, чтобы удалять ее из легких).

Особое значение кинезитерапия имеет при хронических заболеваниях органов дыхания, в том числе при муковисцидозе, обеспечивая в первую очередь эффективность медикаментозного лечения. Кинезитерапия включает в себя различные методы дыхательной гимнастики и дренажа бронхиального дерева, гигиену верхних дыхательных путей, общую ЛФК, проведение ингаляционной терапии, физическую активность пациента.

Цель кинезитерапии - устранить бронхоспазм, тренировка дыхательной мускулатуры и, главное, очистить бронхиальное дерево от мокроты, поддерживая верхние дыхательные пути в постоянно функциональном состоянии.

Правила проведения кинезитерапии. Для эффективных занятий кинезитерапией необходимо соблюдать определенные правила, нарушение которых может вызывать осложнения. Обязательным условием правильного выполнения дыхательных упражнений является участие носового дыхания. При муковисцидозе носовое дыхание часто отсутствует из-за хронических ринитов, гайморитов, полипов, аденоидов. Поэтому необходимо тщательно контролировать работу носа, очищая носовые ходы до занятия, а при необходимости и во время занятия с помощью назального душа Пари Монтесоль.

Техника носового дыхания: вдохнуть носом, задержать дыхание и медленно через сомкнутые губы выдохнуть.

В течение всего занятия необходимо дробно, по одному глотку выпивать 100 – 200 мл жидкости (соленой минеральной воды без газа или простой воды). Не рекомендуются соки, чай, кофе, молоко, которые могут вызвать нежелательные явления со стороны пищеварения.

Важно соблюдать правильную последовательность всех этапов по подготовке и проведению занятия:



1 этап – ингаляция бронхолитика, чтобы максимально увеличить просвет и стабилизировать бронхи для адекватной вентиляции легких.

2 этап – ингаляция муколитика для разжижения мокроты и более легкой эвакуации ее во время занятия.

3 этап – проведение кинезитерапии с максимальным удалением мокроты из дыхательных путей.

4 этап – ингаляция антибиотиков.

5 этап - ингаляция кортикостероидов.

Кинезитерапия должна назначаться при муковисцидозе всем пациентам с момента постановки диагноза. Комплекс упражнений проводится по индивидуальной схеме для ежедневного выполнения, в зависимости от возраста ребенка, его навыков психологического состояния, а также особенностей течения бронхолегочного процесса и имеющихся осложнений.

Таким образом, ингаляционная небулайзерная терапия и кинезитерапия являются высокоэффективными методами при обструкции дыхательных путей, что дает возможность предотвратить ухудшение состояния без использования травмирующих психику детей парентеральных манипуляций, позволяет снизить частоту госпитализаций и улучшить качество жизни.

Литература:

1. Улащик В.С. Общая физиотерапия: Учебник / В.С. Улащик, И.В. Лукомский. - 3-е изд., стереотип. - Мн.: Книжный Дом, 2008. - 512 л.
2. Боголюбов В.М. Общая физиотерапия: Учебник / В.М. Боголюбов, Г.Н. Пономаренко. - СПб.: Правда, 1999. – 480 с.
3. Клячин Л. М. Физиотерапия: Учебник. / Л. М. Клячин, М. Н. Виногоорова - 2-е изд. - М.: Медицина, 1995. - 240 с.
4. Пономаренко Г. Н. Физические методы лечения.: Справочник. - 2-е изд. - СПб, 2002. - 299 с.
5. Физиотерапия при кистозном фиброзе (муковисцидозе): Пособие для пациентов, родителей, физиотерапевтов и врачей / пер. с англ. М.Д. Горшкова. – М.: Медицина, 2005. – 140 с.



6. Хрущев С.В. Физическая культура детей с заболеваниями органов дыхания: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений / С.В. Хрущев, О.И. Симонова. – М.: Академия, 2006. – 304 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОГО УХОДА ЗА МАЛОМОБИЛЬНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ НА ДОМУ

Новичкова Т.А., Киселева Г.А.,

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

Пациент-ориентированный подход к оказанию медицинской помощи - это важнейший принцип соблюдения права человека на здоровье. Основная цель пациент-ориентированности – это удовлетворенность пациента, которая является результатом соотношения его ожиданий и фактически оказанной медицинской помощью, когда ожидания совпадают, либо превосходят ее.

В связи с увеличением числа пациентов с хроническими заболеваниями (патологией сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, нарушениями функции опорно-двигательного аппарата), изменением демографической ситуации - увеличением числа лиц пожилого и старческого возраста перед сестринским персоналом встает задача по организации и проведению ухода на дому за тяжелобольными и неподвижными пациентами. Эта группа пациентов требует к себе наибольшего внимания сестринского персонала.

Конечно, тяжелобольной неподвижный пациент нуждается в медицинской помощи и интенсивном сестринском уходе. Но, такой пациент не нуждается в повседневном врачебном наблюдении и активном лечении. Эти люди чувствуют себя лучше в спокойной домашней обстановке при создании благоприятных условий и психологической поддержке.

Целями ухода за тяжелобольным пациентом на дому являются:

- создание физического, социального, психологического комфорта;
- уменьшение выраженности клинических проявлений заболевания;
- улучшение качества жизни;



- профилактика возможных осложнений;
- установление психологического контакта, выявление нарушенных потребностей.

Чтобы обеспечить партнерские взаимоотношения и осуществлять необходимый уход, медицинской сестре нужно вызвать чувство доверия к себе. Сделать это бывает трудно, во-первых, потому, что пожилые люди часто забывчивы, во-вторых, из-за того, что они плохо слышат, видят и не всегда хорошо ориентируются в окружающей обстановке. Всё это требует от медицинской сестры большого внимания, терпения, искусства общения, а иногда даже и чувства юмора. Осуществляя уход, медицинская сестра должна благожелательно и внимательно расспросить пациента о том, что его беспокоит, чего бы он хотел и что ему мешает. Во время общения важно внимательно следить за пациентом: часто мимика, интонация, телодвижение скажут больше, чем слова.

Нужно выяснить у пациента, ощущает ли он боль (где и от чего она возникает, когда проходит), уточнить наличие жара, озноба, испытывает ли он страх, дискомфорт, головокружение, хочет ли пить или есть и др. Надо следить за его основными физиологическими показателями: температурой, пульсом, АД, частотой дыхательных движений, физиологическими отправлениями. Необходимо помнить, что часто больные люди раздражительны, стремятся к покою, плохо переносят шум, с трудом воспринимают информацию, легко устают даже от малых усилий.

Таким образом, содержание сестринского ухода за тяжелобольным пациентом включает в себя несколько пунктов:

1. Обеспечение физического и психического покоя - для создания комфорта, уменьшения действия раздражителей.
2. Контроль соблюдения постельного режима для создания физического покоя, профилактики осложнений.
3. Изменение положения пациента через 2 часа для профилактики пролежней.
4. Проветривание палаты, комнаты для обогащения воздуха кислородом.



5. Мониторинг состояния пациента (измерение температуры, АД, подсчет пульса, частоты дыхания) для ранней диагностики осложнений и своевременного оказания неотложной помощи.

6. Контроль физиологических отпавлений (стул, мочеиспускание) для профилактики запоров, отеков, образования конкрементов в почках.

7. Мероприятия по соблюдению личной гигиены для создания комфорта, профилактики осложнений.

8. Смена нательного и постельного белья для создания комфорта, профилактики осложнений.

9. Кормление пациента, помощь при кормлении для обеспечения жизненно важных функций организма.

10. Обучение родственников мероприятиям по уходу для обеспечения комфорта пациенту.

11. Создание атмосферы оптимизма для обеспечения максимально возможного комфорта.

12. Организация досуга пациента для создания максимально возможного комфорта и благополучия.

13. Обучение приемам самоухода для поощрения, мотивации к действию.

14. Проведение реабилитационных мероприятий (лечебной физкультуры, массажа и др.) для восстановления нарушенных функций организма.

Принципы ухода за пациентом включают в себя безопасность, конфиденциальность, уважение достоинства, информирование и общение, независимость, инфекционную безопасность. При уходе за тяжелобольными медицинская сестра обязана соблюдать:

- стандарты технологий ухода за пациентом,
- технологии выполнения манипуляций и процедур,
- стандарты ведения медицинской документации по уходу за пациентом,
- технологии санитарно-противоэпидемических мероприятий,
- принципы, обозначенные в Этическом кодексе медицинской сестры России,
- своевременно и точно выполнять назначения врача.



Часто больной человек занимает вынужденное положение (лежащее, малоподвижное), грозящее разного рода осложнениями. Получив разрешение у лечащего врача, необходимо активизировать пациента в пределах возможного: сделать ему легкий массаж, проводить с ним гимнастику, лечебную физкультуру, менять положение в кровати. Медицинская сестра должна знать о последствиях длительного пребывания в постели, неподвижности пациента, отрицательного влияния на организм человека ограниченного двигательного режима. У тяжелобольного неподвижного человека высок риск развития пролежней в результате длительного сдавливания мягких тканей. Образованию пролежней, травм способствует влажная неопрятная постель со складками и крошками. Основной причиной образования пролежней является плохой уход за пациентом. Возникновение пролежней сопровождается болью, депрессией, нарушениями двигательной активности, что ведет к нарушению удовлетворения жизненно важных потребностей в полном объеме, и пациент становится зависимым от окружающих людей, а также присоединением инфекции (абсцессы, септические артриты, сепсис).

Основной целью работы медицинских сестёр отделений врачебной практики и участковых медицинских сестер по уходу является не только оказание квалифицированной медицинской помощи, но и проведение обучения родственников навыкам ухода за пациентами, правильному отношению к пожилым людям членов семьи и общества. Эта работа требует от сестринского персонала особой чуткости, сострадания, терпения и профессионализма. Предоставление родственникам пациента эмоциональной и практической поддержки, обучение основам ухода, разъяснение планов лечения и происходящих в состоянии пациента перемен, поддержание близких в уверенности, что с пациентом всегда поступают наилучшим для него образом - всё это смягчает тяжесть стресса, в котором пребывают родственники. Особенность отношений больного человека, его семьи и медицинской сестры в том, что они базируются на принципах взаимного сотрудничества и партнерства.

В обязанности медицинских сестёр входит обучение родственников проведению гигиенических мероприятий. Нужно объяснить и показать, как правильно умыть пациента, мыть ему голову, обраба-



тывать рот, стричь ногти, проводить туалет промежности, менять памперсы. Члены семьи пациента обучаются также выполнению несложных манипуляций и оказанию доврачебной помощи при ухудшении состояния. При выборе средства для обработки кожи и лечения пролежней необходим индивидуальный подход. Необходимо предоставлять родственникам информацию о нахождении ближайшего ортопедического салона, салона проката, где они могут подобрать необходимые предметы по уходу за больными членами семьи. Обязательно нужно обучать методам медицинской эргономики по осуществлению смены постельного и нательного белья, перемещению пациентов, рассказывать о простых приспособлениях, которые могут значительно облегчить жизнь самому пациенту и его семье.

В задачу медицинской сестры при посещении на дому нетранспортабельного пациента входит наблюдение за динамикой состояния здоровья, соблюдением им диеты и режима, правильностью приёма лекарственных средств. Очень важным компонентом сестринского патронажа является обучение пациента самоконтролю за своим состоянием и оказанию самопомощи при его ухудшении. Медицинская сестра осуществляет при необходимости внутривенные вливания и инъекции, взятие биоматериала на исследования, снятие ЭКГ.

Конечной целью осуществления комплексного ухода на дому для пациентов является стабилизация течения заболевания, улучшение состояния здоровья, снижение количества осложнений и уменьшение затрат на лечение.

Таким образом, преимуществами оказания медицинской помощи при пациент-ориентированном подходе к организации ухода за тяжелобольными пациентами на дому является:

- сокращение сроков госпитализации;
- сокращение числа вызовов скорой помощи;
- сокращение посещений врачей-специалистов;
- сокращение числа лабораторных исследований и инвазивных процедур;
- ранние вмешательства, благодаря раннему выявлению обострений заболеваний;
- повышение качества выполнения лечения;



- повышение уровня ухода пациента за собой, контроля пациентом собственного поведения;
- повышение приверженности лечению и правильному применению лекарственных препаратов.

Литература:

1. Мычко, О.В. Паллиативная помощь // Медико-социальная помощь на дому. Пособие для медицинских сестер милосердия / БОКК; под ред. д-ра мед. наук проф. В.П. Сытого. – Минск: Белсэкс, 2011. – С. 178–210.
2. Справочник семейной медсестры. В 2 т. Т.2/авт. – сост.Б.Н. Джерелей. – М.:АСТ; Донецк: Сталкер, 2005.- 638 с.
3. Тарновская, И.И. Основы ухода в домашних условиях: Справочное пособие / И.И. Тарновская. – Минск: УП «Илатан-М», 2001. – 404 с.

БУДУЩЕЕ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ – НАШ ВЗГЛЯД

Оганесян А.Т., Пинигин К.С.,

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

Актуальность темы. Современная клиническая лабораторная диагностика – одна из самых стремительно развивающихся сфер медицины. Повсеместно происходит централизация и роботизация лабораторной диагностики. Но применяемое диагностическое оборудование очень дорогое и объемное, что затрудняет обеспечение необходимой доступности и своевременности проведения исследований. Решить эту проблему поможет чиповая лабораторная диагностика – лабораторная диагностика будущего.

Наша цель – информирование медицинского сообщества и популяризация сведений об инновационной технологии усовершенствования процесса лабораторной диагностики заболеваний для повышения доступности, своевременности и достоверности исследований, что обеспечит скорейшее выздоровление пациентов.



Концепция «лаборатория – на - чипе» была предложена еще в начале 90-х годов прошлого века в качестве одного из путей интеграции всех стадий биохимического анализа в едином устройстве.

Ключевым элементом «лаборатории – на - чипе» являются микрофлюидные устройства - биочипы. Главным элементом любого микрофлюидного устройства служит матрица из сотен наночастиц на одном квадратном миллиметре, которые являются миниатюрными аналогами реакционных пробирок. Каждая ячейка содержит молекулярные зонды – тестовые молекулы, которые способны отделять клетки, проводить скрининг лекарственных средств, обнаруживать определенные белки и специфично связываться только со строго определенными молекулами биологического материала для распознавания заболевания на геномном уровне. Чипы способны анализировать линейные молекулы ДНК и РНК, находить мутацию в генах, сравнивать «больные» и «здоровые» ДНК. Причем, вместо недель или даже месяцев на проведение исследования уйдут лишь сутки, а то и часы. После определения заданных параметров при помощи компьютерной программы на экран выводится результат анализа. Технология позволяет одновременно проводить несколько исследований, что невозможно при стандартной схеме диагностики.

Благодаря «чиповой» лабораторной диагностике, исследования можно проводить непосредственно у постели тяжелобольных пациентов, точно диагностировать то или иное заболевание, оценивать вероятность возникновения ещё до проявления у пациента клинических симптомов, а также подобрать эффективную терапию.

Преимущества использования «чиповой» лабораторной диагностики перед обычными методами исследования биоматериала:

- миниатюрность оборудования и простота в использовании,
- высокая скорость и качество проведения анализа,
- использование малого количества образца и реагентов для исследования.

Применение «чиповой» лабораторной диагностики позволит решить задачи:

- общедоступности, своевременности и точной постановки диагноза;
- выявления новых подтипов заболеваний, метаболизма лекарственных препаратов;



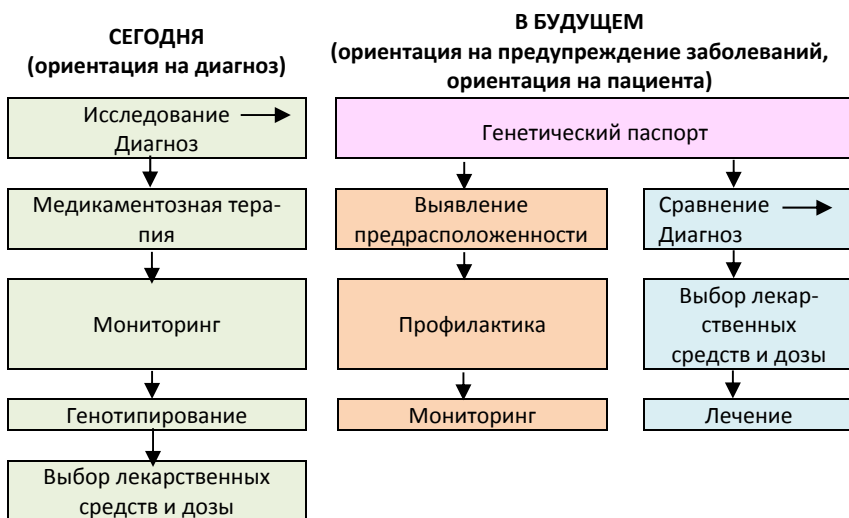
- прогнозирования течения и клинического исхода заболеваний;
- разработки и создания более простых и дешевых диагностических тестов на основе микрочипов;
- обеспечения скорейшего выздоровления пациентов;
- создания генетического паспорта человека.

Технология «чиповой» лабораторной диагностики позволяет создать генетический паспорт человека. Поскольку здоровье во многом определяется генами, биочипы, нацеленные на геномный анализ, создадут основу такого паспорта, который должен выдаваться каждому человеку при рождении. Получив генетический паспорт, можно будет определить, какая система организма требует внимания, как следует правильно питаться, какой лучше препарат принимать. Благодаря генетическому паспорту, станет возможно спрогнозировать те проблемы со здоровьем, с которыми человек столкнется в будущем, и не допустить их. Появится возможность устанавливать степень предрасположенности пациента к таким заболеваниям как сахарный диабет, инфаркт миокарда, онкологические заболевания, остеопороз, тромбофилия и многие другие тяжелые недуги. Работая лично с каждым человеком через генетический паспорт, медицина будущего станет индивидуальной. Она будет направлена только на пациента, а не на заболевание. Генетический паспорт станет своеобразным штрих-кодом, присвоенным каждому человеку природой.

Своевременная ранняя и качественная лабораторная диагностика заболеваний поможет предупредить развитие патологии и улучшить качество и продолжительность жизни каждого человека.



Схема ориентации в подходе к выбору профилактических и лечебных мер на основе генетической информации



ИЗ ЗАПИСОК МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ О ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Осипова А.А.,

АСУСО ОО «Нежинский геронтологический центр», г. Омск

Все чаще начинаю задумываться: «Что меня ждет в старости? Какой я буду со своими мыслями и чувствами, как я буду жить и какие заболевания я буду лечить?». Когда десять лет назад я внезапно для себя решила стать медицинской сестрой, а эта профессия для меня всегда была в почете, но не желанна, о том, что работать я буду в доме для престарелых людей, я не думала и в помине. Мне кажется, что я, как и большинство людей, представляла жизнь пенсионера в доме престарелых без родных и друзей очень скучной и можно даже ска-



зять мрачной. Не зря знаменитый французский моралист Жан Лабрюйер говорил: «С точки зрения милосердия смерть хороша тем, что кладет конец старости. Смерть, упреждающая одряхление, более своевременна, чем смерть, завершающая его», а попробуйте увидеть смысл. Для меня он заключается в том, что многие люди в пожилом возрасте просто увядают от тоски, и смерть им кажется лучшим выходом. А ведь если посмотреть статистику, большинство пожилых людей умирают от сердечно-сосудистой патологии, а уж потом от всего остального. Так вот, вернемся к моему первому знакомству с домом престарелых, в котором я, по счастливой для меня случайности, работаю вот уже почти десять лет.

Как сейчас вспоминаю, весна 2008 года, моя государственная практика и вот уже совсем скоро начнется самостоятельная жизнь. Прожив всю жизнь через дорогу от своей собственной работы, я даже не представляла, что скрывается за воротами бетонного забора окружающего ее. Как оказалось, в геронтологическом центре не так уж и плохо. Старички обеспечены всем необходимым, и жизнь у них не настолько пустая и серая, как мне казалось. Вся работа центра строится на оказании помощи пожилым людям даже в самых простых и не столько заметных для нас делах, как умыться, причесаться, подстричь ногти и многое другое. Все сотрудники центра добры и вежливы, а у многих улыбка просто не сходит с лица. Да, работа тяжелая и люди разные, но руководители всегда стараются подбодрить и поддержать тебя в новых начинаниях. Через полтора месяца я поняла, что без этой работы жить я не смогу. Спросите, что меня привлекло? Скорее всего, желание сотрудников центра помочь пожилым людям справиться с одиночеством, тоской, сложившейся жизненной ситуацией и развитием осложнений уже имеющих у них заболеваний.

Проведя небольшое исследование в условиях нашего центра, я выяснила, что заболевания сердечно-сосудистой системы занимают лидирующие позиции, а смертность от них не настолько велика. Давайте я попробую объяснить!

Со временем сосуды изнашиваются, засоряются и в них возникают различные патологии, так что возраст здесь играет просто огромную роль. Со временем обмен веществ начинает ухудшаться, понемногу расходуя все ресурсы и так стареющего тела человека. В



условиях моей работы не только физические факторы оказывают негативное влияние на здоровье пожилого человека. Резкие изменения в его психологическом состоянии, социально-экономическом балансе, стрессовые ситуации и многое другое, все это повышает риск возникновения и прогрессирования заболеваний. Естественно, что все вышеперечисленные факторы в совокупности только ухудшают положение, если человек не принимает какие-либо профилактические меры, а многие пожилые люди в нашем центре зависят от вредных привычек и ведут не очень здоровый образ жизни, не говоря уже о различных хронических заболеваниях, конечно, они находятся в потенциальной зоне риска. Своей работой мы стараемся не только предотвратить развитие осложнения, но и пытаемся снизить психологические нагрузки, которые не редко оказывают негативное влияние на состояние здоровья человека. Если у пожилого человека возникли резкие перемены в жизненной обстановке, а переезд в центр - это, конечно же, стресс, то это резко сказывается на работе сердечно-сосудистой системы. Именно по этой причине мы следим не только за физическим, но и за психологическим здоровьем, ведь пожилым людям так же требуется ощутить свою значимость, быть полезными в обществе, а особенно чувствовать связь с семьей, а на это влияют факторы не только характера самого человека, но и окружающих его людей. Большая часть проблем и осложнений возникает из-за отсутствия альтернативных личных и социальных интересов. Негативная нервная обстановка и большая чувствительность людей создают большой фактор риска, который становится причиной осложнений имеющегося заболевания.

А вы когда-нибудь видели, как умирают люди? Это зрелище не из приятных, поэтому вся наша работа направлена на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний по разным направлениям. Очень большое место отводится организации питания в центре. Конечно, в учреждении есть повара и медицинская сестра по диетическому питанию, но это только основные приемы пищи. Так как некоторые продукты питания, особенно в чрезмерном их количестве, оказывают негативное влияние на нервную систему. Чтобы исключить загрязнение сосудов, избыточный вес и другие явления в отделении организована постоянная санитарно-просветительная работа с целью орга-



низовать и показать, как правильно и полезно съесть не самые «вкусные» продукты. Мы часто на наглядных картинках и специально разработанных пособиях показываем, что ждет пожилого человека и его родственников, если не соблюдать диету и есть запрещенные продукты в неограниченных количествах. Проводим работу с родственниками по лечебному питанию и спискам запрещенных продуктов. Иногда приходится приводить примеры. Например, если жирное мясо осложняет ситуацию, то рыба и рыбий жир помогают улучшить липидный обмен и снизить развитие атеросклероза. Наше меню разнообразно и содержит дополнительные витамины.

Всем известно, что физические упражнения и активный образ жизни, в целом, оказывают положительное влияние на организм и на работу сердечно-сосудистой системы в частности. В нашей работе с пожилыми людьми это является мощным стимулом для запуска восстановительных процессов, а также нормализации работы внутренних органов. Для активного занятия спортом в нашем центре есть кабинет лечебно-профилактической физкультуры, в котором работают грамотные специалисты, которые своевременно повышают свою квалификацию и осваивают новые методы работы и технологии. Так, с недавнего времени, к широкому списку утренней гимнастики, силовым упражнениям на тренажерах, скандинавской ходьбе, индивидуальным занятиям с инструктором и ритмичным упражнениям добавились танцы на стульях. Специальная методика скандинавской ходьбы, а теперь и танцев на стульях адаптировалась под возраст наших пожилых людей, так как во время занятий ЛФК улучшается кровоснабжение в организме и все физиологические функции приходят в норму, организм обновляется и омолаживается, что очень заметно сказывается на самочувствии пожилого человека. В любом случае, для каждого человека мы подбираем индивидуальные нагрузки и их увеличение. В целом, здесь играет большую роль даже не увеличение нагрузок и количество времени занятий, а их регулярность и мотивирование человека не пропускать их. Это помогает стимулировать органы кровообращения и поддерживать себя постоянно в норме.

Исходя из всего вышесказанного, предлагаю проводить профилактику заболеваний с молодости и не допускать развитие осложне-



ний в старости, ведь еще Гиппократ говорил: «Любую болезнь легче предотвратить, чем лечить».

Литература:

1. Профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы (Электронный ресурс). – Режим доступа: <http://noalone.ru/infocentr/zdorove/profilaktika-zabolevaniy-serdca/>

ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКА У ДЕТЕЙ

Остапчук О.Ю.,

БУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер», г. Омск

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации среди детей и подростков остается весьма напряженной. Показатель заболеваемости туберкулезом детей и подростков является наиболее чутким индикатором состояния эпидемиологической обстановки. При этом у детей можно встретить не только случаи туберкулеза легких, но и деструктивные его формы. В настоящее время у детей отмечается весьма высокий уровень множественной лекарственной устойчивости.

Современная диагностика первичной туберкулезной инфекции у детей проводится, в основном, с помощью применения туберкулиновых проб. Но существуют и альтернативные методы.

Для диагностирования инфекционного заболевания медицина постоянно разрабатывает современные высокоэффективные способы его выявления.

Распространенная проба Манту. Проводится в ходе массовых процедур скрининга различных социальных групп и категорий общества. Является универсальным способом, но отличается высокой погрешностью. Реакция Манту (туберкулиновая проба) - на сегодняшний день в России основной метод профилактического обследования детей на инфицирование туберкулезом.



Инновационным средством диагностики считается диаскинтест. Он является дополнительным методом диагностики туберкулеза и позволяет определить наличие или отсутствие микобактерий tbc (туберкулеза) в организме. Диаскинтест является более специфичным тестом, поскольку в его состав входят белки, вызывающие иммунную реакцию в организме только на микобактерии, вызывающие туберкулез.

Этот тест, по сравнению с реакцией Манту, позволяет определить не только наличие возбудителя, но и активность микобактерий, вызывающих само заболевание. Диаскинтест не исключает и не заменяет реакцию Манту, а только дополняет ее, либо проводится по назначению фтизиатра в тех случаях, когда нельзя сделать Манту, например, при подтвержденной аллергии на компоненты пробы.

Метод ПЦР. Он основан на выделении генетического сходства возбудителя в имеющемся материале – моче. Используется в качестве подтверждающего исследования. Способен выявлять малейшее присутствие микобактерий, но касательно начальной стадии его эффективность минимальна.

Анализ крови Т-спот (T-SPOT). Лабораторный тест для диагностики туберкулезной инфекции. Т-спот способен диагностировать как скрытое заражение туберкулёзом, так и активную фазу заболевания. Этот способ определения носительства туберкулеза очень чувствителен и информативен, он позволяет исключить ложноположительные реакции на носительство микобактерии туберкулеза. Исследование характеризует высокая клиническая эффективность: очень низкий уровень ложно-негативных результатов и высокая надёжность обнаружения инфицированных пациентов. Но пока очень дорогой для большей массы населения.

Активная туберкулезная инфекция диагностируется по комплексу клинических симптомов, медицинской истории пациента, данным рентгенологических исследований и результатам прямых методов лабораторного выявления *Mycobacterium tuberculosis* в мокроте или мазках (микробиологические культуральные методы, выявление ДНК возбудителя с применением ПЦР).

Диагностика латентной инфекции затруднена отсутствием клинических и рентгенологических признаков заболевания, а также от-



сутствием возбудителя в пробах доступного биоматериала. Однако ее выявление важно для определения лиц, нуждающихся в контроле и превентивной терапии.

В настоящее время существуют два подхода к выявлению вероятной латентной инфекции:

1. *in vivo*: внутрикожные тесты с очищенным или рекомбинантным туберкулезным аллергеном (проба Манту, Диаскинтест);
2. *in vitro*: оценка ответа иммунных клеток обследуемого на антигены микобактерий туберкулеза по высвобождению гамма-интерферона (IGRA-тесты).

Оба подхода основаны на оценке характера иммунной реакции человека на антигены возбудителя, т. е. не являются методами прямого выявления инфекционного агента.

В связи с достаточно высокой распространенностью туберкулеза в нашей стране Министерство здравоохранения РФ рекомендует ежегодно проводить скрининговое обследование детей в возрасте от 1-го года до 17-ти лет на наличие туберкулезной инфекции (в том числе при поступлении в детские сады и школы). Профилактическое скрининговое обследование обычно проводят с использованием внутрикожных проб. При наличии определенных противопоказаний или информированном отказе родителей от применения внутрикожных проб ребенку допускается назначение альтернативных методов обследования. Они включают исследование крови, основанное на выявлении высвобождения гамма-интерферона специфически sensibilizированными лимфоцитами.

Правильное и качественное проведение туберкулинодиагностики у детей позволяет достоверно выявить заболевание туберкулеза в самые короткие сроки и позволяет своевременно начать лечение.

Литература:

1. Приказ МЗ РФ от 29.10.2009 г. № 855 «О внесении изменения в приложение № 4 к приказу МЗ РФ от 21.03.2003 г. № 109».
2. Приказ МЗ РФ от 29.12.2014 г. № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания»



3. Постановление Главного государственного санитарного врача по Омской области от 01.11.2016 года № 444 с 01.03.2016 года «О возможности использования Диаскинтеста при проведении массовой и индивидуальной иммунодиагностики туберкулеза в условиях медицинских организаций общей лечебной сети».

4. Письмо МЗОО от 27.12.2016 г. № 10157 «О внедрении аллергена бактериального туберкулёзного рекомбинантного (АТР) в стандартном разведении - Диаскинтест для массовой иммунодиагностики туберкулеза у детей в возрасте с 8 до 17 лет в медицинских организациях Омской области».

5. Приказ МЗ РФ от 21.03.2017 г. № 124н «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза».

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

***Ошвинцева Н.В., Гурина Л.А., Клименко А.С., Верещагина С.А.,
Райхерт О.В., Дьякова Н.А.,***

*БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова»,
г. Омск*

Психиатрическое диспансерное отделение для взрослого населения является структурным подразделением БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова». Отделение обслуживает население города и области, имеет штатную численность в соответствии с нормативами.

В диспансере трудится множество сотрудников: участковые врачи-психиатры, медицинские сестры участковые, медицинские сестры по медицинской социальной помощи, психологи, специалисты по социальной работе. Открыты кабинет семейного консультирования, кабинет по обслуживанию населения сельских районов, кабинет геронтоприема. В структуре диспансерного отделения организован и функционирует процедурный и прививочный кабинеты. С 2014 г. от-



крыт кабинет первого психотического эпизода, клиентами которого являются пациенты молодого возраста, впервые перенесшие психотический эпизод.

Психиатрическая помощь осуществляется врачами-психиатрами и медицинскими сестрами участковыми 5 округов. Каждый округ имеет от 6 до 9 участков, возглавляет округ старший врач и старшая медицинская сестра.

Основными направлениями работы являются:

- Систематическое динамическое наблюдение за состоянием пациентов с целью предупреждения рецидивов болезни и социально-опасных действий.
- Оказание специализированной лечебной помощи.
- Решение вопросов трудовой и социальной реабилитации.
- Проведение психосоциальной реабилитации с пациентами и их родственниками.
- Помощь в оформлении инвалидности, определении в дома-интернаты.
- Проведение санитарно-просветительской работы.

Внедренная в 2014 г. программа «Электронный рецепт» улучшила качество обслуживания пациентов, сократилось время ожидания выписки рецептов. Для удобства посетителей выписка рецептов ведется в утренние и вечерние часы.

Амбулаторное лечение в психиатрическом диспансерном отделении осуществляется на общих принципах сохранения социализации пациентов (сохраняется привычная для них среда и уклад жизни, имеются возможности для самореализации).

Для наиболее эффективной реализации данных принципов работы в диспансерном отделении сформирована полипрофессиональная бригада, состоящая из врача-психиатра, специалиста по социальной работе, психолога, социального работника, медицинской сестры с заранее определенными обязанностями каждого специалиста, его ролью в комплексном лечении. Определен порядок ведения учетной и медицинской документации. Полипрофессиональную бригаду возглавляет врач-психиатр. В психиатрическом диспансерном отделении для взрослого населения сформированы 5 полноценных полипрофессиональных бригад, в соответствии с округами, проводится совет бри-



гад, на которых формируется индивидуальный план лечебно-реабилитационных мероприятий для каждого пациента.

Особая роль в деятельности психиатрического диспансерного отделения в общем и в работе полипрофессиональных бригад в частности возлагается на медицинских сестер по медико-социальной помощи (МСП). В настоящее время коллектив сестринского персонала ПДО для взрослого населения составляет 28 человек, из них медицинских сестер по МСП 19 человек.

В ходе выполнения своих должностных обязанностей медицинские сестры по медико-социальной помощи руководствуются законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» и другими нормативными документами.

Согласно группам динамического наблюдения, медицинская сестра по МСП посещает пациентов на дому и осуществляет контроль за приемом и хранением психофармакологических препаратов в домашних условиях, осуществляет мониторинг состояния пациентов и их взаимоотношений с родственниками в семье, проводит обследование материально-бытовых условий проживания, при необходимости сопровождает пациента в различные учреждения.

В ходе реализации комплекса социально-реабилитационных мероприятий медицинская сестра по МСП так же обучает родственников уходу и наблюдению за пациентами с психическими расстройствами, выполнению санитарно-эпидемических требований ухода за такими пациентами.

Медицинскими сестрами по МСП совместно со специалистами по социальной работе разработаны и проводятся тренинги навыков независимого проживания, начиная с элементарных (личной гигиены, и самообслуживания), вплоть до более сложных навыков повседневной жизни; эмоциональной и вербальной самоактуализации; уверенного поведения и самопредъявления; социального взаимодействия и общения; эффективного разрешения проблем и конфликтных ситуаций; когнитивный тренинг. Пациенты и их родственники занимаются в группах само- и взаимопомощи, функционируют досуговые группы.

Важной составляющей деятельности медицинской сестры по МСП для взрослого населения является организации и проведение санитарно-просветительской работы среди пациентов, родственни-



ков, населения, проведение консультаций по вопросам здорового образа жизни и питания, по укреплению здоровья и профилактике различных заболеваний.

Таким образом, медицинская сестра по медико-социальной помощи психиатрического диспансерного отделения принимает участие не только оказании квалифицированной медицинской и психофармакологической помощи пациентам, но и оказывает непосредственное влияние на формирование здорового образа жизни и адаптацию пациентов и их родственников в сложившихся жизненных обстоятельствах.

Литература:

1. Закон РФ от 2 июля 1992г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изменениями и дополнениями).

2. Приказ МЗ РФ № 834н от 15.12.2014г «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».

3. Приказ МЗ РФ от 20.12.2012г № 1181н «Об утверждении порядка назначения и выписывания медицинских изделий, а также форм рецептурных бланков на медицинские изделия и порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»

4. Гурович И.Я. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. Второе издание / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер. – М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2007.

5. Гурович И.Я. Актуальные проблемы совершенствования внебольничной психиатрической помощи // Актуальные вопросы организации психиатрической помощи, лечения и социальной реабилитации психически больных. - С.: 1978. – С. 5-19.



РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА» В БУЗОО «ГК БСМП №2»

Панина Н.В., Никифорова Е.А.,

*БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
№ 2», г. Омск*

Проект «Бережливая поликлиника» возник на основе производственной концепции управления некоторых крупных предприятий, которая позволяет избавиться от потерь и добиться процветания компании и носит название «Бережливое производство». Бережливое производство предполагает вовлечение в процесс оптимизации бизнеса каждого сотрудника и максимальную ориентацию на потребителя, в нашем случае на пациента и устранения потерь. Возникла как интерпретация идей производственной системы компании Toyota американским исследователем Тайити Оно, создававшим производственную систему в 1950-е годы. МЗ РФ совместно с Управлением внутренней политики Президента РФ и экспертами ГК «Росатом» был разработан проект «Бережливая поликлиника».

Цель проекта: улучшение доступности и качества оказания медицинской помощи пациентам в поликлинике.

Принципы бережливости предусмотрены в трех направлениях:

- бережливое отношение к пациентам (комфорт и сервис, доброжелательность персонала, снижение времени ожидания, разделение потоков пациентов);
- эргономика персонала (выравнивание нагрузки врачей, медицинских сестер, медрегистраторов, исключение ненужных перемещений);
- экономия ресурсов (переход на электронный документооборот, сокращение бумажной документации, отказ от лишних отчетов, перемещений, переделок, дублирования процессов, оказание услуг по принципу «единого окна»).

Этот образ бережливой поликлиники вдохновил наш коллектив на внедрение проекта. Впоследствии были поставлены следующие задачи:



- Уменьшение времени пребывания пациента в поликлинике «Снижение времени протекания процессов».
- Разделение потоков пациентов на условно «больных» и «здоровых».
- Создание комфортных условий пребывания пациента в поликлинике.
- Визуализация маршрутизации потоков пациентов в поликлинике.

Определены ожидаемые результаты:

- Увеличение времени работы врача непосредственно с пациентом не менее чем в 2,5 раза.
- Сокращение времени оформления записи на прием к врачу не менее чем в 2 раза.
- Сокращение очереди в регистратуру и у кабинетов не менее чем в 2 раза.
- Уровень удовлетворенности пациентов качеством процесса оказания медицинской помощи составит не менее 80%.
- Внедрение автоматизированного мониторинга доступности первичной медико-санитарной помощи.

Внедрение проекта «Бережливая поликлиника» в амбулаторно-поликлиническом лечебно-диагностическом структурном подразделении БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №2» начато в апреле 2018 г., формировался на основании перечня выполняемых видов услуг оказания первичной медико-санитарной помощи (доврачебная, неотложная, врачебная, специализированная, профилактическая). Поликлиническое подразделение в своем составе имеет 10 участков, обслуживающих взрослое население (19169 человек приписного населения) с проектной мощностью 263 посещения в смену (выполняет 352 посещения в смену).

Методы исследования: картирование процессов, хронометраж, построение диаграмм и графиков.

Учитывая комплекс необходимых преобразований, был разработан план последовательных шагов внедрения проекта:

1. Создание проектного офиса.
2. Обучение группы проектного офиса принципам и инструментам бережливого производства.
3. Составление дорожной карты на улучшение.



4. Составление тактического плана реализации проекта с недельной детализацией.

5. Организация сбора проблем и предложений от пациентов (клиентов), медперсонала.

6. Определение наиболее проблемных процессов и их анализ текущего состояния при помощи инструментов бережливого производства и диаграмм.

7. Проведение картирования текущего состояния проблемных процессов.

9. Составление карты потока будущего состояния.

10. Составление карты потока целевого состояния.

11. Составление плана работ по достижению целевого состояния.

12. Организация работы по составлению недельных планов с ежедневной детализацией.

13. Организация системной работы по мониторингу выполнения намеченных планов.

Что уже удалось реализовать:

1. Создана рабочая группа, определены лидеры проекта (руководитель - министр здравоохранения, заместитель – главный врач БУЗОО «ГК БСМП № 2»).

2. Выявлены первоначальные проблемы внедрения самого проекта и пути их устранения, преобразования. Осуществили сбор информации о ключевых проблемах в организации работы поликлиники методом анкетирования. Провели хронометраж времени затрат пациента при обращении в регистратуру за получением справки о состоянии здоровья, выписки из амбулаторной карты; за оказанием неотложной помощи и записи на прием; сдачи биологических материалов на исследования; проведении первого этапа диспансеризации. Проведение анкетирования сотрудников поликлиники для выявления ключевых проблем организации рабочего процесса.

Чтобы выявить проблемы, посмотрели глазами пациента, проанализировали передвижение пациентов от входа в поликлинику до выхода, определили, куда идет пациент в рамках одного потока, искали, как сократить передвижение и сделать пребывание удобным. Важным этапом стал анализ потока создания ценностей и потерь, в котором весь объем работы, выполняемый персоналом:



Ценности:

1) Работа, которую необходимо выполнить для обеспечения потребностей пациента (осмотр, исследования, процедуры, забор биоматериала и др.).

2) Работа, которую необходимо выполнить во время профессиональных действий (соблюдение инфекционной безопасности, заполнение документации и т.п.).

3) Периодическая работа в определенные периоды времени (транспортировка биоматериала в лабораторию, получение расходных материалов у старшей медицинской сестры, транспортировка медицинского инструментария в ЦСО и т.д.).

Потери – все остальное, что не относится к ценностям.

3. Создана дорожная карта на основании выявленных проблем для каждого участка преобразований.

4. Утвержден тактический план мероприятий (ТПР).

5. Проведена оптимизация работы регистратуры (создание call-центра, обеспечение информационного сопровождения (единый образец стенда расположения кабинетов, новый образец расписания по профилям медицинской помощи), организация работы рабочих окон регистраторов, распределение нагрузки между специалистами).

6. Организовано рабочее место администратора зала.

7. Выделена ставка картоноши.

8. Организована межкабинетная запись по технологии «врач-врач» и запись на повторный прием без регистратуры.

9. Организовано движение «здоровых» и «больных» пациентов.

10. Разделены потоки «здоровых» и «больных» пациентов при осуществлении забора крови, так же при прохождении ЭКГ и УЗИ.

11. Организация выписки электронного листка нетрудоспособности.

12. Внедрение системы «электронная очередь».

13. Проведено дополнительное профессиональное обучение персонала.

14. Разработана схема маршрутизации.

15. Начат переход на электронный документооборот.

16. Разрабатывается шаблон осмотра пациентов для врачей в региональной медицинской информационной системе «ТМ МИС».



17. Разрабатываются стандарты бесконфликтного общения.

Взвези с этим столкнулись с проблемами:

- Ремонт и перепланировка регистратуры.
- Необходимо организовать для ожидания пациентов дополнительные места.
- Приобретение медицинской мебели в регистратуру (перегородки, картотечные шкафы, мягкой мебели, стульев).
- Оборудование рабочих мест компьютерной техникой.

Согласно анализу и обсуждению полученных результатов рабочей группы на данном этапе было отмечено:

- Увеличение времени работы врача непосредственно с пациентом не менее чем в 1,5 раза.
- Сокращение времени оформления записи на прием к врачу не менее чем в 1,5 раза.
- Сокращение очереди в регистратуру и у кабинетов – не менее чем в 2 раза.
- Сократилось время дозвона в регистратуру в 2 раза.
- Уровень удовлетворенности пациентов качеством процесса оказания медицинской помощи составит не менее 70%.

В рамках развития информационных технологий 96% рабочих мест было компьютеризировано и подключено к защищенным каналам связи; 100% врачей имеют электронные цифровые подписи для визирования листов нетрудоспособности, в 30% ведутся электронные амбулаторные карты.

Из проделанной работы видна необходимость дальнейшего внедрения проекта «Бережливая поликлиника».

Литература:

1. Вумек Джеймс П., Джонс Даниел Т. Бережливое производство. Как избавиться от потерь и добиться процветания вашей компании. — М.: Альпина Пабlishер, 2011.
2. Арженцов В.Ф. Применение принципов бережливого производства в медицине / В.Ф. Арженцов // Управление качеством в здравоохранении. — 2018. — N 1. — С. 14-18



3. Вергазова Э. Бережливая поликлиника. Неожиданные проблемы и как их решить / Э. Вергазова // Зам. гл. врача. — 2018. — № 3. — С. 14-25.

4. Научная электронная библиотека (Электронный ресурс). - Режим доступа: <http://elibrary.ru/defaultx.asp>

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Разумова Н.В.,

БУЗОО «Городская поликлиника №12», г. Омск

Здоровье – наибольший дар природы. Человек получил от природы чрезвычайно совершенный организм прекрасной формы с универсальной стойкостью к трудностям жизни – холода и жары, ран и ядов, страхов и нервных потрясений, голода и заболеваний. К сожалению, не все одинаково наделены даром здоровья. С годами здоровье ослабевает, а болезней становится всё больше.

Здоровый образ жизни объединяет всё, что способствует выполнению человеком профессиональных, общественных и бытовых функций в оптимальных для здоровья условиях и выражает ориентированность личности в направлении формирования, сохранения и укрепления как индивидуального, так и общественного здоровья.

Здоровый образ жизни предполагает в первую очередь разумный режим труда и отдыха, рациональное питание, достаточную физическую нагрузку на организм, соблюдение правил личной и общественной гигиены, умение вести себя в стрессовых ситуациях и правильно разряжаться от нервно-психических перегрузок и в то же время исключает курение, злоупотребление спиртными напитками, самолечение. Несоблюдение этих элементов здорового образа жизни резко повышает вероятность развития различных болезней. Люди, ведущие нездоровый образ жизни,отягощены факторами риска, оказывающими отрицательное воздействие на организм человека по-



степенно, незаметно, но, в конечном счете, ведущими к серьёзным нарушениям здоровья.

Пропаганда здорового образа жизни (ЗОЖ) является компонентом первичной и вторичной профилактики заболеваний. В первичной профилактике пропаганда ЗОЖ может быть направлена на изменение образа жизни, общественных норм поведения больших групп населения. Во вторичной профилактике пропаганда ЗОЖ направлена на предупреждение рецидивов и прогрессирования болезни у тех, у кого она уже есть.

Можно определить следующие основные направления в деятельности по формированию здорового образа жизни:

1. Создание информационно-пропагандистской системы повышения уровня знаний всех категорий населения о негативном влиянии факторов риска на здоровье, возможностях его снижения.

2. Второе важное направление формирования здорового образа жизни - так называемое «обучение здоровью».

3. Меры по снижению распространенности курения и потребления табачных изделий, снижению потребления алкоголя, профилактика потребления наркотиков.

4. Побуждение населения к физически активному образу жизни, занятиям физической культурой, туризмом и спортом, повышение доступности этих видов оздоровления.

Профилактическое направление было и остаётся основополагающим принципом охраны здоровья населения, то есть фундаментом в формировании у населения культуры здоровья признана стать валлеологическая грамотность медицинских кадров, создание условий для мотивации к сохранению здоровья.

Медицинские сёстры – значимая профессиональная группа, которая должна участвовать в решении поставленных приоритетных задач. Только развитие новых ролей медицинской сестры в формировании структуры здорового образа жизни, в профилактике заболеваний и реабилитации выздоравливающих могут способствовать успеху общего дела.

Работа с пациентами по формированию ЗОЖ сегодня крайне востребована, и одним из лучших её вариантов является школа здоровья. Идея школ здоровья – это взаимная ответственность пациента



и медицинского работника, культура поддержания и улучшения здоровья. При этом на медицинского работника накладываются новые обязанности, такие как: обучение пациента, мотивация его на здоровый образ жизни, мониторинг за изменением его психологического состояния, при выявлении у него хронических неинфекционных заболеваний. Основной целью работы медицинской сестры является оказание помощи группе лиц для достижения ими физического, психологического и социального благополучия в сложившихся условиях.

Успешному профилактическому консультированию способствует доверительная атмосфера общения медицинской сестры и пациента, взаимопонимание и чувство сопереживания, а также эффективная обратная связь (умение слушать, обсуждать, четко разъяснять цели обсуждения). Советы воспринимаются лучше и действуют более убедительно, если они проводятся с акцентом на положительные ассоциации, не содержат трудновыполнимых рекомендаций и не воспринимаются пациентами как что-то для них неестественное, требующее усилий и дополнительных средств. Желательно сопровождать советы выдачей письменных рекомендаций, памяток, брошюр, рецептур рекомендуемых блюд, наглядных, хорошо иллюстрированных таблиц, схем.

Одной из наиболее доступных и перспективных форм профилактической работы считается проведение информационных акций (тематических). Эти акции приурочены к различным датам и направлены на повышение образовательного уровня населения по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболеваний, а также пропаганду идей сестринского дела, повышение социального имиджа медицинских работников, развитие идей научно обоснованной сестринской практики.

Наряду с традиционными функциями, сегодня на медицинскую сестру амбулаторно-поликлинической службы возложены такие функции как самостоятельное консультирование, обучение, информирование и психологическая поддержка пациента. Современные тенденции в развитии первичной медико-санитарной помощи населению способствуют внедрению новых форм работы и ведут к всевозрастающей самостоятельной роли медицинской сестры в проведении мероприятий, направленных на профилактику и раннее выяв-



ление туберкулеза, онкологических заболеваний, выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

Важно понимать, что деятельность по формированию здорового образа жизни представляет собой долгосрочную и постоянно действующую информационно-обучающую систему, направленную на работу с различными группами населения, эффективность которой, возможно, можно будет оценить только через несколько лет.

Каждый человек имеет большие возможности для укрепления и поддержания своего здоровья, для сохранения трудоспособности, физической активности до глубокой старости. Здоровье человека является важнейшей ценностью жизни. Его нельзя ни купить, ни приобрести, ни за какие деньги, его нужно оберегать и охранять, развивать и совершенствовать, улучшать и укреплять. Надо обязательно продумывать свои жизненные задачи и цели, чтобы выделить тем самым время для укрепления своего здоровья.

Литература:

1. Васильева О.С., Журавлева Е.В. Здоровый образ жизни - теоретические представления и реальная ситуация - Школа здоровья, 2015 - 155 с.
2. Казаин Э.М., Блинова И.Г., Литвинова Н.А. Основы индивидуального здоровья человека. - М: Издательство «Владос», 2014. - 346 с.
3. Марков В.В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней. - М.: Издательский центр «Академия», 2015. – 37 с.
4. Максимова Т.М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. - М.: ПЕРСЭ, 2008. - 192 с.
5. Тюхлова И.Н. Формирование здорового образа жизни. – 2013.- 35 с.



РОЛЬ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СЕКЦИИ «АКУШЕРСКОЕ ДЕЛО» В РАЗВИТИИ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

Саимова Т.В.,

БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск

Введение. Актуальность вопросов охраны материнства и детства, рождаемости и смертности, активного внедрения современных перинатальных и вспомогательных технологий, рыночных отношений и конкуренции между медицинскими организациями ведет не только к необходимости координации деятельности, защиты чести и достоинства профессии, прав и интересов специалистов, но и требует их объединения для реализации основных направлений и задач, стоящих перед службой охраны материнства и детства.

Именно с этой целью в 2011 году в структуре Омской профессиональной сестринской ассоциации организована специализированная секция «Акушерское дело», которая объединяет 725 акушерок из 66 медицинских организаций г. Омска и области (01.04.2018 г.), что составляет 76% от общего числа акушерок региона. Профессиональное самоопределение - одна из наиболее острых и актуальных тем работы секции, а цифры численности акушерок, представляющих нашу ассоциацию, достаточно внушительны, чтобы влиять на развитие профессии.

Задачи. Сегодня проведено правовое регулирование деятельности акушерки, определены требования к её квалификации, права на осуществление профессиональной деятельности. Федеральным государственным образовательным стандартом регламентированы требования к профессиональным компетенциям, которыми должен обладать выпускник медицинского колледжа по специальности «Акушерское дело» в результате изучения профессиональных модулей физиологического и патологического акушерства.

Но мы понимаем, что с учётом новых подходов к ведению беременности и родов, увеличением числа беременностей, сочетанных с экстрагенитальной патологией, внедрением современных перинатальных технологий, пациент-ориентированной и семейно-ориентированной моделей оказания медицинской помощи, измене-



нии требований к уровню профессионального образования специалистов со средним медицинским образованием ряда областей, акушерки должны иметь высшее образование с присвоением квалификации бакалавра.

Столь тщательная подготовка необходима для достижения необходимого уровня автономии профессии – возможности выполнять свою роль самостоятельно в рамках квалификации. Это позволит акушеркам проводить прегравидарную подготовку на этапах прегравидарного консультирования и осуществления рутинных профилактических рекомендаций; не участвовать, а самостоятельно вести беременных, причём не только с физиологической беременностью; не только принимать нормальные роды, но и вести их. Особенно это актуально для обеспечения доступности медицинской помощи в труднодоступных районах, несмотря на маршрутизацию пациенток в зависимости от группы риска. Сегодня в нашем регионе есть примеры расширенной акушерской практики - это организация консультативного приёма акушерки в филиале женской консультации БУЗОО «Клинический родильный дом № 6».

Повышение уровня профессиональной компетентности акушеров через развитие и совершенствование системы непрерывного профессионального образования, стратегическое направление деятельности секции- с этой целью ежегодно проводятся региональные тематические конференции на актуальные темы акушерства и гинекологии: вопросы невынашивания беременности, грудного вскармливания, онкологической патологии, психологические особенности при общении с матерями - вот неполный перечень вопросов, которые смогли прослушать за период создания секции около 500 акушеров. Мы стали участниками и спикерами всероссийских форумов и международного конгресса, где представляли результаты научно-исследовательской деятельности и доказательной практики. В копилке печатных изданий секции - две опубликованные в журнале «Вестник РАМС» научно-исследовательские работы. Для подготовки к аккредитации специалистов, в эру общения в формате видео, наиболее востребованной и популярной, стала форма непрерывного профессионального образования с использованием вебинаров. Это перспективное направление в работе секции, чтобы идти в ногу со временем.



Нормативное регулирование практики – один из основных вопросов, над решением которого сегодня работает Ассоциация. Да, сегодня отсутствует федеральный профессиональный стандарт, но специализированной секцией «Акушерское дело» с целью повышения профессионализма и качества оказания акушерской помощи пациенткам разработаны методические рекомендации по организации работы акушерки родового блока, приёмного отделения, которые используются в профессиональной деятельности акушерок региона. Эта работа продолжается и сейчас – разрабатываются стандартные операционные процедуры, основная цель которых исключение профессиональных ошибок.

Сегодня отсутствуют критерии определения границы компетенции акушерки, разделения ответственности акушерки и врача, профессионально регламентированные морально-этические и правовые основы участников родового процесса, критерии отбора беременных, рожениц, родильниц с которыми может работать акушерка самостоятельно. Именно поэтому секцией был сделан первый шаг в сторону устранения этических и правовых барьеров в деятельности акушерки – разработан Кодекс профессиональной этики акушерки РФ, который утверждён в 2018 году на Координационном совете Ассоциации медицинских сестер России. В нём отражена профессиональная позиция акушерки и акушерская практика с учётом развития вспомогательных репродуктивных и современных перинатальных технологий, признания и уважения права не только женщины, но и семьи.

Не у каждой профессии есть свой профессиональный праздник. А у акушерок он есть – Международный день акушерки, а роль специализированной секции заключается в обозначении важности профессии акушерки, прежде всего, самими акушерками, привлечении внимания общественности, повышении информированности населения о работе акушерок в системе охраны репродуктивного потенциала будущих матерей, рождения здоровых детей, ведении беременности и родов. Ежегодно к этому дню проводятся профессиональные, профессионально-творческие конкурсы. Фотографии акушерок региона (Л.А. Костенко, А.Д. Айтжанова) внесены в регистр Европейского регионального офиса ВОЗ, опубликованы на ресурсах международных организаций, РАМС и ОПСА. 23 акушерки стали победителями



Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» в номинациях «Лучший акушер», «За верность профессии», «Лучший молодой специалист». Шесть акушерских отделений медицинских организаций региона имеют звание «Лучший сестринский коллектив», по итогам конкурса ОПСА. Эти специалисты и коллективы заслуживают уважения за неравнодушное отношение к выбранной профессии, и с каждым годом их становится больше.

Резюме. Мы понимаем, что обозначенные выше проблемы являются не только барьерами развития профессии, но и её перспективами, для реализации которых отведена миссия специализированной секции «Акушерское дело». Мы призываем в наши ряды молодых, активных, небезразличных к своей профессии специалистов. Сегодня наш девиз: «Акушерки прокладывают путь к оказанию качественной помощи». Кому-то он покажется амбициозным, но без объединения усилий, совместной работы и диалога не будет эффективности акушерской модели непрерывной помощи – от установления беременности до послеродового периода. Значит мы на правильном пути.

Литература:

1. Материалы XXVI Европейского конгресса перинатальной медицины, симпозиума Европейской ассоциации акушеров: СПб, 2018.
2. Сайт Омской профессиональной сестринской ассоциации (Электронный ресурс). – Режим доступа: <http://www.opsa.info>.

РОЛЬ АКУШЕРКИ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ

Салтыкова О.А.,

БУЗОО «Клинический родильный дом № 6», г. Омск

Состояние репродуктивного здоровья населения - важнейшая составляющая социально-демографического развития страны, которая во многом определяет уровень развития общества в целом. На



состояние репродуктивного здоровья женщины в России значительное влияние оказывают культурные, исторические и социально-экономические факторы. В современном обществе женщины не торопятся выполнить свою репродуктивную функцию и откладывают рождение первого ребёнка на более поздний возраст, мотивируя это необходимостью получения образования, реализацией себя в профессии, достижением определённого материнского статуса и стабильности.

Если в 2001 - 2006 годы пик рождаемости приходился на возраст 20 - 24 года, то в период 2006 - 2011 годы на 25 – 29 лет, а в 2011 - 2016 уже 28 - 34. Вместе с тем отмечается снижение среднего возраста первого сексуального контакта, большинство молодых людей начинают вести половую жизнь в возрасте 17-18 лет. Причём 41% не использует никакие методы контрацепции при первом сексуальном контакте.

Нужно ли говорить о том, что всё вышеперечисленное приводит к тому, что к моменту, когда женщина желает иметь ребёнка, она уже имеет целый багаж гинекологических проблем, таких как эрозия шейки матки, вирус папилломы человека, хронический эндометрит, нарушение менструальной функции, инфекции передающиеся половым путём. Мало кто из женщин задумывается, что все эти заболевания могут иметь отдалённые последствия в виде бесплодия, внематочной беременности, невынашивания. Более того, все эти причины ведут к перинатальным потерям. В связи с этим большое значение в современном здравоохранении приобретает прегравидарная подготовка, которая является одним из направлений профилактики невынашивания беременности.

Прегравидарная подготовка - комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на оценку состояния здоровья и подготовку половых партнёров к зачатию, вынашиванию беременности и рождению здорового ребёнка; обеспечение оптимального уровня их физической и психологической готовности к наступлению беременности на основе оценки факторов риска и проведение мероприятий по уменьшению или устранению их воздействия.



В целом её следует рассматривать как реализацию конституционного права каждого гражданина РФ на охрану здоровья и медицинскую помощь, меру государственной защиты и поддержки семьи, материнства и детства. Прегравидарная подготовка необходима обоим будущим родителям, поскольку и мужчинам, и женщины в равной мере обеспечивают эмбрион генетическим материалом и совместно несут ответственность за здоровье ребёнка. В настоящее время существует клинический протокол «Прегравидарная подготовка», утверждённый Президиумом правления репродуктивной медицины в июне 2016 года, который регламентирует целесообразность соблюдения следующих этапов прегравидарной подготовки:

1. Прегравидарное консультирование.
2. Первичное обследование.
3. Рутинные профилактические рекомендации.
4. Углублённое обследование и лечебно-профилактические мероприятия.

Командная, целенаправленная, планомерная работа врача-акушера-гинеколога и акушерки на всех этапах прегравидарной подготовки принципиально важна. Именно поэтому акушерка должна быть теоретически подготовленной, компетентной в вопросах планирования семьи, послеродовой контрацепции, стратегии перинатальных и акушерских рисков.

Первым этапом прегравидарной подготовки является прегравидарное консультирование. Основная роль акушерки - это репродуктивное просвещение, которое является единственной возможностью повышения информированности будущих родителей по вопросам рационального репродуктивного поведения. С этой целью акушерке необходимо использовать все методы и средства санитарного просвещения, что существенно повысит эффективность прегравидарного консультирования. Желательно уже с первого этапа акушерке начинать психологическую подготовку к будущим родам, что является одним из важнейших направлений снижения числа осложнений беременности, родов и способствует рождению здорового ребёнка.

Второй этап – первичное обследование, целью которого является выявление возможных факторов риска для будущей беременности. Обследование имеет скрининговый характер. Базовый объём пер-



вичного обследования в рамках прегравидарной подготовки разделён на пять направлений и включает следующее: сбор анамнеза, акушерско-гинекологическое обследование, лабораторные исследования, инструментальное обследование, консультации смежных специалистов. Роль акушерки на этом этапе выписать в полном объёме необходимые направления на исследования, объяснить пациентке графику работы и месторасположение лабораторий, правила подготовки к исследованиям, своевременная систематизация полученных результатов исследований, контроль выполнения назначенных врачом обследований и консультаций. Перечисленные мероприятия позволят уменьшить время ожидания на приём к врачу, исключат потерю результатов исследований, и как следствие, их повторное назначение, что в свою очередь повысит удовлетворённость пациентов качеством оказания медицинской помощи.

Третий этап прегравидарной подготовки - рутинные профилактические рекомендации. Они даются всем условно здоровым парам. На этом этапе возрастает роль акушерки при проведении санитарно-просветительной работы по вопросам питания, вакцинопрофилактики, приёма витаминов и микроэлементов, фолатов, профилактике железодефицитных состояний.

Четвёртый этап прегравидарной подготовки - углубленное обследование и лечебно-профилактические мероприятия. В связи с ростом в Российской Федерации заболеваемости сахарным диабетом, заболеванием щитовидной железы, ожирением, на четвёртом этапе проводится более тщательное обследование и коррекция выявленных нарушений у женщин, страдающих эндокринными заболеваниями, болезнями мочевыделительной системы, сердечно-сосудистой системы, заболеваниями желудочно-кишечного тракта и анатомических нарушений женских репродуктивных органов. Оно основано на выявлении факторов риска при первичном обследовании женщин с отягощённым анамнезом, а также при нарушении состояния здоровья отца.

В нашей медицинской организации проводится прегравидарная подготовка супружеских пар, и я хочу поделиться опытом работы. В женской консультации БУЗОО «КРД № 6» организован кабинет сохранения и восстановления репродуктивной функции, где любая па-



циентка может получить подробную консультацию по поводу профилактики нежеланной беременности и консультацию по прегравидарной подготовке, что позволяет повысить уровень знаний о значении репродуктивного здоровья, проводить занятия с будущими родителями по планированию семьи.

Количество женского населения на обслуживаемой территории остаётся на высоком уровне, однако следует отметить, что число абортс ежегодно уменьшается. Снижение количества абортов является хорошим показателем в работе кабинета сохранения и восстановления репродуктивной функции. Удельный вес охвата контрацепцией социально-неблагополучных женщин составляет 89,7%. Охват контрацепцией после родов 95,7%, после прерывания беременности 90,3%, после преждевременных родов 98,2%. Благодаря результативной работе кабинета в нашем учреждении отмечается высокий процент охвата контрацепцией и снижение количества абортов, что является основным направлением по профилактике невынашивания беременности и прегравидарной подготовки.

В КРД № 6 женщины имеют возможность по показаниям пройти специализированный приём по невынашиванию беременности, специалисты которого по вопросам невынашивания беременности взаимодействуют с сотрудниками кафедры медицинского университета, клинического диагностического центра и медико-генетической консультации городского клинического перинатального центра.

В современных условиях одним из стратегических направлений Ассоциации медицинских сестёр России и Омской профессиональной сестринской ассоциации является повышение качества и доступности сестринской помощи, расширение роли сестринского персонала в практическом здравоохранении. Я считаю, что участие акушерок в прегравидарной подготовке супружеских пар является одним из примеров расширенной сестринской практики и способствует осознанию супругами ответственности за своё здоровье и здоровье будущего ребёнка, своевременности проведения комплекса профилактических мероприятий перед беременностью, что является одним из важных направлений снижения числа перинатальных и акушерских осложнений.



Литература:

1. Материалы Федеральной службы государственной статистики МЗ РФ.
2. Перинатальная медицина. От прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству // Материалы научной программы общероссийской конференции. – СПб.: 2016.
3. Прегравидарная подготовка. Клинический протокол. – М., 2016.

ЗНАЧИМОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА КРИЗИСНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Светлая Г.Д.,

БУЗОО «Городской клинический перинатальный центр», г. Омск

С апреля 2012 г. на базе женской консультации № 1 открыт Центр кризисной беременности в целях оказания правовой, психологической и медико-социальной помощи, услуг по охране репродуктивного здоровья женщинам из социально незащищенных групп населения и женщинам, находящимся в сложной жизненной ситуации.

Центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, - это структурное подразделение БУЗОО «Городской клинический перинатальный центр». Центр координирует работу 10 кабинетов кризисной беременности Омска и 32 районных больниц Омской области.

Семьей социального риска считается семья, имеющая трудно разрешимые проблемы для полноценного развития всех его членов. Факторы социального риска: доходы в семье ниже прожиточного минимума, многодетность при низких доходах, несовершеннолетние беременные, употребление беременной (членами семьи) алкоголя, наркотиков, курение беременной, одинокие и безработные беременные женщины, инвалидность беременной, наличие инвалидов в семье, асоциальный образ жизни.



Основные задачи и функции Центра и кабинетов медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации:

- медико-социальный патронаж;
- оказание медико-психологической помощи женщинам и членам их семей;
- оказание социально-психологической помощи несовершеннолетним;
- осуществление мероприятий по предупреждению аборт и социального сиротства;
- социально-психологическая помощь несовершеннолетним беременным;
- профилактика насилия в семье.

Для эффективной работы с асоциальными женщинами проводятся совместные выезды специалиста по социальной работе и акушерки на дом с целью определения социальных условий проживания и выяснения желанная ли беременность. На основе полученных сведений о женщине и условиях ее проживания, беременная ставится на учет в женской консультации.

Формы работы специалистов Центра:

1. Психолог: беседы, дискуссии, индивидуальное консультирование, групповые занятия.
2. Юрисконсульт: обеспечение защиты прав и интересов женщин.
3. Специалист по социальной работе: диагностика, индивидуальное консультирование, групповые занятия, беседы.

Специалисты Центра сопровождают женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в предоставлении правовой, юридической, социальной помощи. Социальное сопровождение осуществляется путем привлечения организаций, представляющих такую помощь, на основе межведомственного сопровождения: органы полиции, миграционная служба, паспортно-визовая служба, отдел предоставления мер социальной поддержки, Центр занятости, общественные и религиозные организации.

Можно выделить следующие группы женщин, которые наиболее часто обращались к специалистам центра в 2018 г.:



- сохраняющие беременность в медицинских организациях - 476
- после самопроизвольного прерывания беременности - 11
- относящиеся к группе матерей-одиночек - 21
- женщины с послеродовыми депрессиями - 14
- направленные на медицинский аборт - 30
- с конфликтными ситуациями в семье, на работе - 25.

Центр активно сотрудничает с общественной организацией «Нечаянная радость», общественной католической организацией «Каритас», со СМИ - телеканал «ТелеОмск-АКМЭ», ГТРК «Иртыш», ГТРК «12 канал», газеты «Вечерний Омск», «Ваш Ореол». На основании этого сотрудничества выпущены фильмы: «Во имя жизни» и «Подари мне жизнь». В 2015 г. начато сотрудничество с газетой и сайтом благотворительного центра помощи детям «Радуга». С 2013 г., по предложению Фонда социально-культурных инициатив, возглавляемого Медведевой С.В., Центр проводит акции «Подари мне жизнь!», «Неделя против аборт». Основная цель - это привлечение внимания общественности к проблемам аборта в Российской Федерации.

Литература:

1. Приказ МЗ и СР РФ от 01.06.2007 г. «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях».
2. Приказ МЗ России № 572н от 01.11.2012 г. «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи».
3. Радзинский В.Е. Учебник для акушерских отделений средних специальных медицинских учебных заведений. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
4. Распоряжение МЗОО от 28.06.2011 г. № 230-р «О создании центров медико-социальной поддержке беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации».



РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ ШКОЛЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Скоцырских Л.А.,

*БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской
помощи № 2», г. Омск*

Больные гипертонической болезнью в большей мере предрасположены к возникновению атеросклероза, особенно артерий мозга, сердца, почек. Всё это указывает на необходимость систематического проведения мер личной и общественной профилактики данного заболевания, его своевременного лечения.

Гипертоническая болезнь заслуживает особенного внимания потому, что она ведёт к сильному понижению и иногда к потере умственной и физической работоспособности в зрелом возрасте, когда человек может принести максимальную пользу обществу. Кроме того, она является одной из основных помех здорового долголетия.

Профилактика гипертонической болезни по вопросам питания требует особого внимания. Рекомендуются избегать чрезмерного употребления мяса и жиров. Диета должна быть умеренно калорийной, с ограничением содержания белков, жиров и холестерина. Это помогает предупредить развитие гипертонической болезни и атеросклероза.

У людей с избыточным весом следует прибегать к разгрузочным диетам. Ограничение в диете должно соответствовать трудовой деятельности. Кроме того, существенное недоедание способствует развитию гипертонической болезни, вызывая изменение реактивности высших отделов центральной нервной системы. Правильный режим питания без образования избыточного веса должен быть достаточным для предупреждения функциональных расстройств высшей нервной системы. Систематический контроль веса - лучшая гарантия правильного пищевого режима.

Человек, страдающий гипертонической болезнью, должен быть умерен в приёме жидкости. Распределять питьё надо равномерно - нельзя выпивать сразу помногу. Дело в том, что жидкость быстро всасывается из кишечника, наводняя кровь, увеличивая её объём, что повышает нагрузку на сердце.



Переутомление больного сердца вызывает склонность к отёкам, а избыток жидкости тем более усугубляет её. Следует исключить употребление солений, столовую соль ограничить. Избыточное потребление соли ведёт к нарушению водно-солевого обмена, что способствует гипертонии. Спиртные напитки, курение также ускоряют развитие заболевания, поэтому они должны быть категорически запрещены больным гипертонией. Никотин является ядом для сосудов и нервов. Большое значение имеет целесообразное распределение часов работы и отдыха. Длительная и напряжённая работа, чтение, умственное переутомление, особенно у лиц, предрасположенных к гипертонической болезни, способствует её возникновению и развитию.

Особое внимание следует уделять физической культуре. Она является своеобразной мерой защиты, тренирующей нервно-сосудистый аппарат больных гипертонической болезнью, уменьшает явления, связанные с нарушениями нервной системы: головную боль, головокружения, шум и тяжесть в голове, бессонницу, общую слабость. Упражнения должны быть просты, ритмичны, выполняться в спокойном темпе. Особенно большую роль играют регулярная утренняя гигиеническая гимнастика и постоянные пешеходные прогулки, в особенности перед сном, продолжительностью не менее часа.

Обязательная диспансеризация пациентов с гипертонической болезнью:

- Повторные профилактические осмотры, повторные измерения артериального давления.
- Раннее и полное распознавание болезни среди соответствующих коллективов с обращением особого внимания на случаи временного повышения артериального давления (гиперреактивность).
- Подробное ознакомление с факторами, которые могут быть причиной гипертонии.
- Изучение реакции (главным образом со стороны нервной, сердечно-сосудистой систем) больных гипертонией на условия их работы, т.е. детальное ознакомление с профессией для решения вопроса пригодности ее для данного пациента.



- Обобщение статистических данных о движении заболеваемости гипертонической болезнью в зависимости от различных факторов (возраста, профессионального стажа, рода работы).
- Перевод с одного вида работы на другую по медицинским показаниям.
- Лечение больных в ночных, дневных санаториях на предприятиях, а также санаторно-курортный отбор и учет эффективности санаторного лечения.
- Систематическое диететическое, физиотерапевтическое и лекарственное лечение больных гипертонической болезнью в поликлинических условиях с подробным учетом методов и результатов лечения пациента в стационаре.

Проведение диспансеризации при гипертонии в широком плане является в настоящее время одной из наиболее насущных задач Всемирной организации здравоохранения.

Задачи медицинской сестры по профилактике артериальной гипертонии:

1. Проведение бесед:

- о значении соблюдения режима труда и отдыха, пищевого режима;
- о влиянии курения и приема алкоголя на уровень артериального давления;
- о режиме дня: активный образ жизни, ежедневные прогулки на свежем воздухе.
- о рациональном и сбалансированном питании (употребление в пищу продуктов с пониженным содержанием соли, запрещенных и разрешенных продуктов);
- о снижении массы тела;
- о своевременном лечении заболеваний, на фоне которых повышается артериальное давление;
- об исключении интенсивных психоэмоциональных нагрузок (стрессов, конфликтных ситуаций дома и на работе).

2. Создание школ здоровья для пациентов с артериальной гипертонией:

- обучить адекватному отношению к своему заболеванию;
- обучить навыкам помощи и самопомощи;



- донести информацию о гипертонической болезни, методах исследования и современных методах лечения;
- ориентировать на здоровый образ жизни.

Реабилитация пациентов с гипертонической болезнью должна быть строго индивидуальной и планироваться в соответствии со следующими принципами:

1. Реабилитация лиц с пограничной артериальной гипертензией и больных гипертонической болезнью 1 стадии проводится, как правило, немедикаментозными методами (бессолевая диета, лечебная физкультура, аутогенная тренировка и др.). Лишь при отсутствии эффекта назначают лекарственные средства.

2. У больных I и II стадии ведущая роль в реабилитации принадлежит медикаментозной терапии, которая должна носить комплексный характер. Вместе с тем необходимо систематически выполнять и профилактические мероприятия, среди которых существенное место занимают средства физической культуры.

3. Физическая нагрузка пациентов должна соответствовать его состоянию, стадии процесса и форме заболевания.

4. В процессе физической реабилитации необходима направленная тренировка пациентов для стимуляции восстановительных процессов в организме.

5. Постепенная адаптация организма пациента к возрастающей физической нагрузке.

6. Двигательная активность пациентов должна осуществляться при тщательном и систематическом врачебном контроле.

7. Конечной целью физической реабилитации пациентов гипертонической болезнью должно стать повышение их физической работоспособности.

Решению этих проблем может способствовать внедрение новых форм привлечения к обучению и заинтересованности в сохранении здоровья без осложнений. Опыт работы показывает необходимость повышения уровня знаний об артериальной гипертензии среди населения.

Участие медицинских сестер в деятельности обучающих школ здоровья для пациентов является свидетельством того, что на сегодняшнем этапе ими уже взят на себя довольно большой объем само-



стоятельной работы, которая проводится на высоком профессиональном уровне.

Литература:

1. Биверс Д.Г., Лип Г., О' Брайен Э. Артериальная гипертензия. - Бином, 2011. - 136 с.
2. Джанашия П.Х. Артериальная гипертензия. – М.: Миклош, 2007. - 168 с.
3. Круглов В.И. Артериальная гипертензия.- Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. - 128 с.
4. Крюков Н.Н. Артериальная гипертензия в общеврачебной практике: инновации в диагностике, лечении и профилактике: науч.-практ. пособие / Минздравсоцразвития СО, ГОУ ВПО СамГМУ Росздрава, ГУЗ СО "ГНПЦ", Центр артериальной гипертензии г. Самары. - Самара: Волга-Бизнес, 2008. - 180 с.
5. Кузнецов С.И. Артериальная гипертензия и артериальная гипотония: инновации комбинированной терапии: науч.-метод. пособие / Минздравсоцразвития СО, ГБОУ ВПО "СамГМУ", ГУЗ СО "Гериатрический науч.-практ. центр". - Самара: Волга-Бизнес, 2011. - 288 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Соколовская С.А.,

БУЗОО «Областная детская клиническая больница», г. Омска

Снижение перинатальной заболеваемости и смертности является одной из основных задач в системе охраны материнства и детства. Врожденные пороки развития вносят значительный вклад в эти показатели, занимая ведущее место по распространенности. По данным Всемирной организации здравоохранения, 2,5% новорожденных появляются на свет с пороками развития. В свете этих данных огромную роль играет повышение эффективности оказания медицинской по-



мощи на ранних этапах и снижение инвалидизации детей по мере их роста и развития.

Хирургия новорожденных на 80% хирургия неотложная. Причинами, вызывающими неотложные состояния, могут быть пороки развития различных органов и систем и острая гнойная инфекция. Все неотложные состояния и заболевания, которые их вызывают, можно подразделить на три большие группы, выделенные на основании ведущего клинического синдрома.

Центр хирургии новорожденных детей был открыт в 1991 году на базе хирургического отделения № 2, являющегося структурным подразделением детского стационара областной детской клинической больницы. В отделении проводят лечение доношенным и недоношенным детям с различной хирургической патологией, в тоже время это единственное отделение в городе и области, куда поступают дети для хирургической коррекции врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы и прочих заболеваний, требующих экстренного или планового хирургического лечения.

В организации лечения, выхаживания, вскармливания и ранней реабилитации новорожденных с перинатальной хирургической патологией чрезвычайно важны гуманистические подходы. В задачи медицинского персонала входят не только проведение традиционно лечебных мероприятий, но и медицинское консультирование родителей младенца, обучение мам принципам ухода за младенцем, поддержки грудного вскармливания ребенка.

Присутствие в отделении матерей, на которых возложен уход за детьми, значительно видоизменяет стереотип работы. Постоянная смена контингента матерей, обучение их правилам ухода, часто наблюдаемая психологическая неподготовленность к материнству и некоторые другие проблемы, отсутствующие в обычном стационаре, требуют навыка, такта, терпения и ответственного выполнения персоналом и матерями своих обязанностей.

В основе всех мероприятий в остром и восстановительном периоде лежит гуманизация медицинской помощи детям: это использование максимально щадящего лечения и выхаживания, проводимого в условиях комфортной окружающей среды, температурный



комфорт, ограничение воздействия света и шума, придание комфортного положения тела, защита целостности кожных покровов, ограничение болевых и тактильных раздражителей, исключение полипрагмазии и ятрогении, профилактика послеоперационных осложнений, родительский уход.

Значительные успехи в хирургии новорожденных стали возможны с момента появления специализированных палат, отделений, а затем и центров по оказанию хирургической помощи новорожденным, в которых работают специально подготовленные детские хирургии, неонатологии, педиатры, анестезиологи и сестринский персонал.

Современная медицина не стоит на месте, поэтому и оказание квалифицированной сестринской помощи невозможно без введения в практику новых стандартов сестринской деятельности.

В работу сестринского персонала внедрены «Протокол антиинфекционной защиты медицинских технологий в неонатальной практике», «Технологический протокол работы в процедурном кабинете», «Технологический протокол по уходу за новорожденными».

Введение вышеназванных протоколов позволило:

- 1) повысить удовлетворенность пациентов качеством обслуживания (о чем свидетельствует проведенный анкетный опрос родителей),
- 2) снизить количество осложнений,
- 3) свести к минимуму ошибочные действия медицинских сестер в процессе проведения манипуляций,
- 4) сократить сроки пребывания пациента в отделении,
- 5) улучшить качественные показатели работы отделения.

Наиболее важно совместное пребывание новорожденного ребенка с матерью в стационаре. С первых дней отделения новорожденных работают по принципу совместного пребывания матери и новорожденного «Мать и дитя». Это обеспечивает два основных аспекта выхаживания младенца: сохранение и оптимизация грудного вскармливания, а также ранняя реабилитация, обучение мамы принципам ухода за своим малышом, который чаще всего нуждается в особом уходе. Огромное внимание в выхаживании детей уделяется поддержке грудного вскармливания и психологическому контакту мамы и ребенка. Наш опыт показывает, что индивидуальная работа с



мамами по поддержке грудного вскармливания позволяет сохранить лактацию и исключительно грудное вскармливание новорожденных, перенесших хирургическое вмешательство практически у 100% данного контингента детей. Взаимоотношения медицинской сестры и ребенка устанавливаются с помощью тактильной чувствительности, зрительного и слухового контакта. Когда ребенок бодрствует, к нему следует периодически наклоняться и спокойно, медленно с ним разговаривать, нежно прикасаясь рукой к его личику и тельцу. Если же у медсестры формируется состояние иммунитета к детям и равнодушие, такая медсестра не должна работать в отделении новорожденных детей, особенно если это еще и дети, которые имеют хирургическую патологию, испытывают боль и недомогание.

В условиях преобразования системы здравоохранения к медицинской сестре предъявляют повышенные требования. Роль сестринского персонала пересматривается: повышается самостоятельность медсестры, расширяется среда профессиональной компетенции. На сегодняшний день медицинские сестры взяли на себя довольно большой объем самостоятельной работы, а значит, возросла и их ответственность за обеспечение безопасности и комфорта пациента. Эта работа проводится на высоком уровне и дает не только клинический, но и экономический эффект.

Нередкое явление у детей с хирургическими патологиями - это болевой синдром, возникающий как симптом основного заболевания, так и в процессе выполнения различных диагностических и лечебных процедур, и в послеоперационном периоде. При лечении тяжелобольного новорожденного отдают предпочтение постановке глубоких венозных линий, артериальных катетеров для более быстрого доступа к венозному руслу, а не проводят повторные пункции артерий и периферических вен. Медицинская сестра постоянно проводит полный неинвазивный мониторинг, старается создать индивидуальный микроклимат для каждого маленького пациента, проводит непрерывную инфузионную терапию, рациональное вскармливание, в том числе, полное или частичное парентеральное питание.

В палате, где находятся послеоперационные дети, медицинская сестра обеспечивает строгий лечебно-охранительный режим, профилактирует психомоторное возбуждение новорожденного (яркий свет,



излишний шум в палате, громкие разговоры).

Актуальной медицинской и социально-экономической проблемой в России и во всем мире являются в настоящее время инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи.

Главные составляющие гарантий эпидемиологической безопасности пациентов и медработников:

- 1) единые принципы к обработке рук, использование персоналом защитного оснащения,
- 2) безопасные алгоритмы проведения манипуляций (уход за послеоперационными ранами, катетеризация мочевого пузыря),
- 3) постановка и уход за глубокой венозной линией,
- 4) использование одноразового расходного материала,
- 5) соблюдение требований к стерилизации и дезинфекции, размещению пациентов, обращению с медицинскими отходами,
- 6) адекватный выбор и ротация дезинфицирующих средств, с учетом чувствительности флоры,
- 7) проведение текущих и генеральных уборок.

Уровень развития хирургии в настоящее время требует подготовки медицинской сестры, обладающей профессиональными сестринскими знаниями о реакции организма на травму, в том числе, операционную, о жизненно важных потребностях пациента и способах их удовлетворения, о возникающих при этом проблемах, профилактике инфекций, в полной мере владеющей навыками по уходу за маленьким пациентом, по общению с их матерями.

У новорожденных все патологические процессы в организме протекают чрезвычайно бурно. Поэтому важно своевременно отмечать любые изменения в состоянии маленького пациента, точно их фиксировать и вовремя ставить в известность врача для принятия неотложных мер. Роль медицинской сестры в выхаживании новорожденного ребенка в послеоперационном периоде трудно переоценить. Основным принципом работы является индивидуальный подход к каждому ребенку, в зависимости от степени тяжести заболевания, от степени его зрелости и от характера проведенной операции. Внедрение лапароскопических вмешательств при урологической патологии позволило существенно снизить болевые ощущения, период выздоровления наших пациентов после данного вида операции. И,



конечно, повлияло на качество жизни пациента и организации ухода за ними.

По данным исследований перинатальных психологов, ребенок, который в периоде новорожденности перенес реанимационные мероприятия, длительную ИВЛ, интенсивную терапию, хирургическое вмешательство, испытывал боль, отсутствие раннего контакта с мамой, тепла и ласки маминых рук, в последующем развитии склонен к разочарованию, аутизму, жестокости, агрессии, негативному отношению к окружающему миру, в том числе к ближайшему окружению. В этой связи внедрение мягкого, щадящего выхаживания новорожденных с перинатальной патологией, направленного на снижение боли, комфорт и бессознательную любовь родителей может позволить вырастить детей, перенесших в неонатальном периоде хирургическое лечение, добрыми, здоровыми и счастливыми. И это в наших силах.

В заключение хочется сказать, что с развитием медицинской науки и совершенствованием медицинских технологий, условий и методов оказания лечебно-профилактической помощи населению растет роль и значение деятельности медицинской сестры в системе здравоохранения. От ее знания и умения, профессионального отношения к делу во многом будет зависеть слаженная работа служб и подразделений лечебного учреждения. Особое значение имеет высокий профессионализм медицинской сестры при работе с детьми, особенно в неонатальный период.

Литература:

1. Святкина К. А., Белогорская Е.В., Кудрявцева Н.П. Детские болезни – М.: Медицина, 1988. – 320 с.
2. Кулагина И.Ю. Возрастная психология (Развитие ребенка от рождения до 17 лет): Учебное пособие. 4-е изд. — М. Изд-во Ун-та Российской академии образования, 2008. — 520 с.
3. Спок Бенджамин Ребенок и уход за ним — Архангельск: Сев.-Зап. кн.изд-во, 2008. — 380 с.
4. Шабалов Н.П. Неонатология. В 2-х томах. 3-е издание, дополненное и исправленное. - М. - 2004. - 640 с.
5. Шабалов Н.П. Детские болезни: учебник. 5-е изд. В двух томах. Т. 1. — СПб: Питер, 2002. — 832 с.



6. Детская хирургия: учебник/ под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 1040 с.

7. Детская хирургия: национальное руководство/ под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1168 с.

8. Хирургические болезни детского возраста. В 2т.: учеб. для мед. вузов/ под ред. Ю.Ф. Исакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 632 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОЛОСТИ РТА

Строгонова Н.В.,

БУЗОО «Городская стоматологическая поликлиника № 3», г. Омск

Как правило, к стоматологу обращаются пациенты, когда зуб заболел, щека распухла и в других подобных случаях. То есть, человек обращается за помощью с уже сформировавшимся заболеванием, и только заболевший человек начинает понимать истинную ценность здоровья. Поэтому основное направление современного здравоохранения – предупреждение заболевания.

Еще древние врачеватели утверждали, что человек здоров, пока здоровы зубы. Так и в нашем городе в стоматологических поликлиниках профилактическое направление с целью уменьшения частоты заболевания зубов, органов, и тканей полости рта стала приоритетной. В связи с этим проводится огромная работа и разнообразные мероприятия, где усиленную роль в профилактике заболеваний играет медицинская сестра, помощник врача-стоматолога.





Администрация стоматологических поликлиник ведёт серьёзную подготовку и даёт возможность повысить информированность медицинских сестёр по вопросам профилактики заболеваний полости рта, включая использование современных методов гигиены, организуя обучение на рабочем месте, проведение циклов семинаров, с приглашением региональных менеджеров, сотрудников профильных образовательных учреждений. Кроме того, с целью повышения образовательного уровня и информированности медицинских сестёр администрация регулярно командировует их на научно-практические конференции, посвящённые данной проблеме.



На рабочих местах медицинскими сестрами разрабатываются информационные пособия для пациентов по вопросам профилактики заболеваний полости рта, в которых даются ответы на такие вопросы как техника чистки зубов, принципы выбора зубной щётки и зубной пасты, современные средства и методы гигиены, с помощью которых проводят разъяснительную работу с пациентами. Использование этих материалов позволяет сокращать время на разъяснительную работу, пациенты, предварительно ознакомившись с информацией, выясняют у медицинских сестер лишь неясные моменты.



Во время каждого приёма у врача-стоматолога медицинская сестра беседует с пациентом о том, какими средствами и методами он проводит профилактику заболеваний полости рта, и знакомит его с современными возможностями в данной области.



Активно принимают участие медицинские сестры в Дне профилактики стоматологического здоровья, которые проходят под девизом «Здоровые улыбки России! Улыбнись своему здоровью!» Медицинские сестры обучают всех желающих основным приемам чистки зубов, в том числе, и на манекенах. Знакомят пациентов с принципами выбора зубной пасты, новинками и современными возможностями в области гигиены полости рта – новыми средствами, предназначенными в домашних условиях.



Новые технологии позволяют медицинским сестрам монтировать видеоролики, демонстрирующие процесс правильной чистки зубов, использование флоссов, ирригаторов, электрических зубных щёток, и представлять пациентам на рабочих местах, просмотр пятиминутных видеофильмов считается наиболее эффективным, так как предполагает обратную связь, способствует формированию правильного представления о заболеваниях и гигиене полости рта.



В детских отделениях демонстрируются записи мультфильмов, пропагандирующих навыки ухода за полостью рта и предупреждение развития ряда заболеваний. Здесь основной задачей медицинских сестёр является заинтересовать маленького пациента в необходимости ежедневного ухода.

Медицинские сестры большую помощь оказывают врачам-стоматологам в проведении профилактических осмотров в школах, детских садах, следят за тем, чтобы все дети нашего города, поступающие в школу, предварительно прошли санацию полости рта. Важным этапом является мотивация детей, мероприятия с детьми строго дифференцированы, в зависимости от возраста, с маленькими детьми проводятся мероприятия в форме игры, дети активно и эмоционально принимают участие и получают огромный заряд бодрости и позитивных эмоций.

Таким образом, профилактическая работа ставит цель перед медицинской сестрой выработать у населения убеждение в необходимости соблюдения правил здорового образа жизни на основе знаний



о причинах заболеваний, методах их предупреждения и поддержания в здоровом состоянии.

Только человеку, убежденному в необходимости поддержания гигиены полости рта, можно шагнуть по жизни с девизом «Улыбнись своему здоровью!». На данном этапе роль медицинской сестры заключается в подготовке наглядных плакатов, демонстрирующих опасность заболеваний полости рта и их последствий.



По статистике, внедрение профилактических мер приводит к резкому снижению интенсивности кариеса зубов и болезней пародонта, значительному уменьшению случаев потери зубов в молодом возрасте.

Ключевым моментом в работе медицинских сестёр является социологический опрос, который включает в себя анкетирование для изучения уровня знаний по вопросам гигиены полости рта, профилактики стоматологических заболеваний и уровня гигиенического воспитания.

Задача всех стоматологов и ассистентов - сформировать общественное мнение, что заботиться о здоровье полости рта так же необходимо, как и о красоте своей внешности.

Вывод напрашивается один: в процессе профилактики заболеваний полости рта, роль медицинской сестры является значительной. Именно этот специалист участвует в различных мероприятиях, направленных на предупреждение заболеваний и сохранение здоровья пациента, снижает нагрузку на врачебный персонал, расширяет функциональные обязанности сестринского персонала и повышает престиж профессии.





Литература:

1. Попруженко Т.В. Профилактика основных стоматологических заболеваний. – М.: Медпресс-информ, 2013. – 17 с.
2. Килафян О.А. Гигиена полости рта: краткий курс. - Ростов н/Д.: Феникс, 2014. – 221 с.
3. Епифанов В.А., Епифанов А.В., Баукина И.А. Медицинская реабилитация в стоматологии. - М.: ГЭОТАР–Медиа, 2016 г. – 480 с.
4. Пивкина А.В. Уход за полостью рта пациента. Как повысить эффективность? // Сестринское дело. – 2016. - № 1.
5. Шашина Е.А. Гигиенические аспекты кариеса зубов и его профилактика // Стоматология. – 2016. – №5. – С.81 - 83.

ЗНАЧИМОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ УЧАСТКОВОЙ В ПОВЫШЕНИИ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Сухорукова С.А.,

БУЗОО «Городская детская клиническая больница № 3», г. Омск

Здоровье детей отражает уровень здоровья населения любой страны и является индикатором заботы общества о своём будущем.

Ведущее место в системе медицинских мероприятий, направленных на здравоохранение детей, занимает амбулаторно-поликлиническая служба, которая является центральным звеном всей системы здравоохранения, основным, наиболее доступным экономически и охватывающим все социальные слои населения видом медицинской помощи, основными принципами которой является участковый принцип обслуживания и профилактический метод работы.

Оказание первичной медико-санитарной помощи детскому населению осуществляется по территориально-участковому принципу в целях приближения к месту жительства или обучения, что повышает доступность оказания медицинской помощи.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская детская клиническая больница № 3» (БУЗОО «ГДКБ № 3») представляет собой многопрофильный комплекс по оказанию меди-



цинской помощи детям. Амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь территориальному детскому населению Советского административного округа и города Омска осуществляют поликлиники № 1 и № 2 на 300 посещений в смену, в составе 21 участка, обслуживающего более 15 тысяч детского населения.

Укомплектованность педиатрических участков поликлиник БУЗОО «ГДКБ № 3» медицинскими сестрами участковыми составляет 95%, численность прикрепленного к одному участку детского населения, в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения РФ, составляет 800 - 820 детей в возрасте от 0 до 18 лет.

Круг обязанностей педиатрической медицинской сестры участковой многогранен и имеет свои особенности. В работе медицинской сестры участковой можно выделить основные направления деятельности: профилактическая работа среди прикрепленного населения, противоэпидемические мероприятия на участке, динамическое наблюдение за группой диспансерного учета, гигиеническое обучение и воспитание детей и их родственников.

Профилактические мероприятия по обеспечению здоровья ребёнка проводятся задолго до его рождения. В наших поликлиниках тесно налажена связь с женской консультацией в системе АТПК (акушерско-терапевтический-педиатрический комплекс), задачей которого является забота о состоянии здоровья будущей матери и плода. Медицинская сестра проводит дородовые патронажи для определения группы риска плода, оценки состояния здоровья будущей матери, а также даёт советы по полноценному и рациональному питанию, режиму дня, подготовке грудных желёз к лактации, психологической подготовке к родам, даёт разъяснения о вреде пагубных привычек.

После рождения ребенка, в течение первого месяца жизни, медицинская сестра обслуживает его только дома. Установление контакта с членами семьи является очень важной, порой и сложной задачей. Медицинская сестра участковая становится первым и незаменимым помощником родителей, регулярно осуществляет патронажи, обучает уходу за новорожденным, консультирует по вопросам питания и режиму дня матери, поддерживает связь и регулярно даёт советы с помощью мобильных систем и через интернет-ресурсы.



Профилактическая работа с детьми первого года жизни включает патронаж, профилактические приемы с оценкой физического, нервно-психического и двигательного развития ребёнка, иммунизацию, контроль за правильным вскармливанием, режимом жизни и воспитания. В этом в поликлиниках БУЗОО «ГДКБ № 3» помогает кабинет здорового ребенка. Медицинская сестра кабинета, совместно с участковой медицинской сестрой, проводит индивидуальные и коллективные беседы с родителями детей по вопросам воспитания и развития здорового ребенка. Обучает родителей методикам ухода за детьми, закаливанию, организации режима дня, проведению массажа, гимнастики, правилам питания детей разных возрастных групп, помогает максимально сохранить грудное вскармливание, вместе с участковыми педиатром и медицинской сестрой готовит детей к поступлению в детский сад и школу.

Для проведения профилактической работы среди населения участка медицинские сёстры разрабатывают памятки, брошюры по профилактике заболеваний, вакцинопрофилактике, здоровому образу жизни, активно участвуют в акциях, приуроченных ко всемирным датам.

Рабочее место каждого специалиста в поликлиниках оснащено компьютерной техникой, организована работа по ведению электронного документооборота (ТМ МИС): статистический учёт, заполнение электронных амбулаторных карт, выписка рецептов на лекарственные препараты, молочные смеси и кисломолочные продукты, обеспечение связи с узкими специалистами. Это высвободило время и позволило уделять больше внимания детям на приёме, снизило нагрузку на персонал и привело к улучшению качества оказываемой помощи.

За здоровыми детьми наблюдение проводится непосредственно в поликлинике. В случае развития острого заболевания или обострения хронических болезней лечение, обследование детей в возрасте до 3 лет врач и участковая медицинская сестра проводят в домашних условиях. Для оказания квалифицированной помощи, повышения её доступности организован стационар на дому, задачами которого являются проведение диагностических и лечебных мероприятий больным детям, при состояниях, не требующих оказания высокотехноло-



гичной медицинской помощи в стационаре. Вопрос об организации лечения ребёнка на дому решается участковым врачом-педиатром по согласованию с заведующим педиатрическим отделением поликлиники. Медицинская сестра участковая выполняет назначения врача, диагностические обследования, ведёт лист наблюдения за пациентом, контролирует выполнение родителями врачебных рекомендаций по лечению, питанию, режиму и уходу за больным ребёнком. Немаловажное значение имеет то, насколько правильно медицинская сестра умеет доводить до матери суть назначенных рекомендаций и приемов ухода, контролировать выполнение данных советов.

На участке большое внимание уделяется работе с социально неадаптированными семьями, опекаемыми и многодетными. Налажена связь с участковыми пунктами полиции, куда передаются списки семей медико-социальной группы риска. Категория детей из медико-социальной группы риска находится на особом контроле и более пристальном внимании участковой службы. К этим детям медицинская сестра участковая делает патронажи чаще. На базе поликлиники № 2 с 2009 г. открыт кабинет медико-социальной помощи по реализации проекта социальных мероприятий и активной медицинской помощи детям из семей медико-социального риска. Сотрудники кабинета решают многие актуальные проблемы по «трудным» детям совместно с участковой службой, контролируют осуществление диспансерного медицинского наблюдения за состоянием здоровья таких детей.

Большое внимание на участке уделяется семьям, где проживают инвалиды. Такие дети не могут посещать поликлинику, профилактические осмотры и обслуживание проводится на дому. Каждый ребёнок-инвалид имеет индивидуальный план реабилитации, выполнение которого контролируется участковым врачом и медицинской сестрой. Медицинская сестра участковая обучает родителей навыкам ухода, проводит мероприятия по поддержанию и укреплению здоровья, оказывает психологическую поддержку. В августе 2018 г. на базе поликлиники № 2 организован кабинет паллиативной медицинской помощи детям. Специалисты кабинета обеспечат преемственность в оказании медицинской паллиативной помощи в амбулаторных и стационарных условиях, что позволит повысить доступность медицин-



ской помощи, улучшить качество оказания медицинских услуг детям-инвалидам, сформирует схему взаимодействия амбулаторно-поликлинической службы с органами и организациями социального обслуживания. Будет оказываться психологическая помощь детям, нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи и членам их семей, родителей обучат навыкам ухода за тяжелобольными детьми. Сотрудники кабинета паллиативной помощи прошли необходимое обучение.

С целью анализа удовлетворенности родителей пациентов качеством оказания медицинских услуг страховыми компаниями, а также специалистами БУЗОО «ГДКБ № 3» разработаны анкеты и ежеквартально проводится анкетирование родителей пациентов участков детских поликлиник. За 2017 г. приняли участие в анкетировании 7460 человек. По результатам анкетирования, 85% респондентов удовлетворены качеством оказываемых медицинских услуг детскому населению, 92% респондентов получили рекомендации по ведению здорового образа жизни и профилактике заболеваний в полном объеме, 86% респондентов удовлетворены внимательным, тактичным отношением со стороны медицинских сестёр, 85% респондентов отметили высокую культуру обслуживания, 85% респондентов - доступность оказания медицинской помощи.

Медицинские сёстры участковые играют важную роль в организации первичной медико-санитарной помощи, которым в настоящее время предоставляется возможность самостоятельно решать ряд медико-социальных проблем при обслуживании пациентов в пределах своих компетенций. В зависимости от того, насколько грамотно, квалифицированно участковая медицинская сестра будет оказывать помощь, настолько успешно и эффективно будет оцениваться качество оказываемых ею медицинских услуг и удовлетворённость пациентов и их родственников. Активное использование потенциала знаний, умений и практических навыков педиатрических медицинских сестер в работе с пациентами и родственниками по ранней диагностике, а, самое главное, по профилактике заболеваний и осложнений способствует повышению качества и доступности медицинской помощи детям.



Литература:

1. В авангарде перемен: задачи развития сестринской помощи в первичном здравоохранении // Вестник Ассоциации медицинских сестёр России. - 2014. - № 5/19. - С. 4-6.

2. Бучко О.А. Организация деятельности сестринского персонала первичной медико-санитарной помощи// Методические рекомендации / О.А. Бучко, И.А. Ерохина, А.Т. Доцанова, Т.А. Абрамова, Л.А. Привалова, под общ. рук. В.А. Саркисовой. - Омск: ИП Шелудивченко А.В., 2014. - 460 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ И ПРИНЦИПЫ ВЫХАЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Тараненко М.В.,

БУЗОО «Областная детская клиническая больница», г. Омск

Современная неонатология развивается как в направлении совершенствования высокотехнологичных методов диагностики и лечения, так и в направлении гуманизации помощи, повышения качества жизни ребенка, которому проводится интенсивная терапия. Последнее направление включает в себя создание температурного комфорта на новом технологическом уровне, применение современных методик ограничения воздействия шума и света, профилактику боли, обеспечение положительных тактильных воздействий.

Лечебно-охранительный режим складывается из оптимального положения в кровати, оптимального температурного режима, оптимальной влажности окружающего воздуха, адекватной освещённости, шумоизоляции, отсутствия вибрации. То есть новорождённому ребёнку в отделении должно быть тепло, тихо, темно, влажно и уютно. Положение ребёнка в кровати бывает в трёх позициях: на спине, на животе и на боку. При отсутствии собственных движений у ребёнка, если нет противопоказаний, медицинский персонал должен каждые 2-3 часа менять его положение в кровати. Под голову подклады-



вается водяная или воздушная подушка, а под пятки мягкие ватные бублики для профилактики пролежней. При положении ребёнка на животе необходимо положить валик из пелёнки под бедра для предотвращения отведения ног. Для выкладывания новорождённых используются специальные «гнезда». Больным в коматозном состоянии необходимо использовать противопролежневые матрасы.

Глубоко недоношенные дети имеют слаборазвитую мускулатуру и не способны самостоятельно изменить свое положение на более комфортное для их гестационного возраста — «позу эмбриона». Выбор и обеспечение правильного положения ребенка с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) стимулируют правильное развитие и позволяют предотвратить нарушения развития конечностей, деформации черепа и тяжелые двигательные нарушения. Использование «гнезда» для укладки глубоко недоношенных младенцев дает возможность имитировать внутриутробную позу, снижает психомоторное возбуждение, позволяет сохранить больше энергии для роста ребенка и придать конечностям физиологическое положение. Гипотермия остается серьезной проблемой при организации перинатального ухода за новорожденными с ЭНМТ. Повышенные теплотери ребенка, рожденного с ЭНМТ, обусловлены большей поверхностью тела по отношению к массе, очень тонким подкожножировым слоем. Переохлаждение может привести к гипогликемии, апноэ и метаболическому ацидозу, способствует возникновению внутрижелудочковых кровоизлияний и язвенно-некротического энтероколита, увеличивает смертность. Нормальный уровень температуры тела новорожденного колеблется между 36,5 и 37,5 С.

Новорожденный может поддерживать нормальную температуру тела при относительно небольшом диапазоне колебаний температуры окружающей среды. Создание условий для наиболее благоприятного температурного режима значительно повышает шансы выживания и улучшает прогноз, особенно это актуально для новорождённых детей. Гипотермия чаще развивается в течение прохладных сезонов, а также когда есть большие колебания температуры днем и ночью. Для согревания используются подогреваемые кровати и открытые реанимационные системы с лампами лучистого тепла, инкубаторы и системы обогрева на водяном матрасике. Температура воздуха в па-



лоте реанимации должна быть 25 – 27 °С, а в операционной, где проводятся операции новорожденным 32 – 34 °С.

Среда, в которой выхаживается недоношенный ребёнок, должна иметь достаточную влажность 50 - 95%. Такую влажность создают инкубаторы. Это способствует поддержанию температуры тела, снижению потерь жидкости через кожу и как следствие улучшение водно-электролитного баланса, улучшению защитных свойств кожи. Отрицательным моментом повышенной влажности является больший риск развития госпитальной инфекции, особенно в инкубаторах. Необходимая влажность воздуха создаётся не только в инкубаторе, но и в палатах реанимации, воздух не должен быть сухим. Необходимым условием поддержания нормальной температуры тела является согревание, увлажнение кислородно-воздушной смеси при проведении оксигенотерапии и ИВЛ. Дополнительным раздражающим фактором для тяжёлых пациентов является яркий свет, который в связи с круглосуточным режимом работы отделения и необходимостью слежения за больными горит постоянно. При работе с инкубатором или открытой реанимационной системой используются накидки из плотной ткани. При необходимости проведения манипуляций и наблюдения за пациентами в ночное время используются индивидуальные источники света, расположенные возле каждого реанимационного места. 90% шума в лечебных учреждениях приходится на человеческий фактор и только 10% на работающую аппаратуру. Звуковые сигналы мониторов (постоянные и сигналы тревог) настраиваются на оптимальную громкость не вызывающую раздражение и испуг. Особое внимание уделяется запахам. К биологическим запахам, воздействующим на новорожденных детей положительно и успокаивающе, относятся запахи молозива и грудного молока матери. К неприятным и вредным для ребенка запахам относятся запахи спирта, чистящих средств, салфеток для обработки тела, духов, лосьонов для тела, кремов для рук, а также табачный и сигаретный дым. В ответ на неприятный запах у детей с ЭНМТ могут возникнуть брадикардия, апноэ и тахикардия.

Стрессовым фактором для пациентов в отделениях являются постоянные врачебные и консультативные осмотры, выполнение различных диагностических и лечебных процедур, манипуляций, перевязок. Причём, надо учитывать, что ребёнок в палате находится не



один, и какие-либо действия с соседями по палате, их беспокойство так же приводят к негативным реакциям. В результате такого повышенного внимания со стороны персонала ребенок имеет возможность отдыхать в течение суток не более 3-4 часов, а глубокий сон может длиться менее часа в сутки. 92% всех касаний к ребёнку являются негативными для него. Все 100% негативных касаний осуществляет медицинский персонал. Из 8% позитивных касаний 95% приходится на родителей и только 5% на персонал. Частые прикосновения могут усилить болевую реакцию, вызывать беспокойство и нарушение газообмена и гемодинамики. В среднем ребенок в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных получает около 14 болезненных процедур в сутки.

Стратегия профилактики и уменьшения боли в отделении заключается к сведению к минимуму числа болезненных медицинских процедур, в том числе пункций, уколов, взятий крови на анализ и т.п. Болезненные процедуры осуществляет наиболее подготовленный и высококвалифицированный персонал. Для уменьшения болевых ощущений используют соответствующее оборудование (маленькие иглы, центральные катетеры и т.п.). Перед удалением пластыря он предварительно смачивается водой. При выполнении болезненных процедур необходимо нежно поглаживать ребенка, разговаривать с ним успокаивающим голосом. При болезненных манипуляциях используют глюкозу. Использование глюкозы является безопасным и эффективным средством для однократного снижения болевых реакций при проведении малоинвазивных процедур. В ряде современных протоколов предлагается следующая процедура: несколько капель глюкозы на переднюю часть языка за 2 минуты до, во время и через 2 минуты после проведения манипуляции. Использование глюкозы с целью обезболивания признано более эффективным при взятии крови из пятки, чем применение местных анестетиков, в частности крема ЭМЛА. У недоношенных новорожденных с гестационным возрастом менее 30 недель глюкозу используют с осторожностью во избежание гипергликемии и нарушений кишечного транзита (некротический энтероколит). Для послеоперационного обезболивания могут применяться наркотические, ненаркотические анальгетики и эпидуральное обезболивание.



При выхаживании детей особое внимание уделяется кожным покровам. Сухая, немного шелушащаяся кожа приемлема и нормальна для новорожденного. При купании ребёнка используют рН-нейтральное жидкое детское мыло. Недопустимо мыть с мылом чаще 2-3 раз в неделю, при этом в другое время купают ребёнка теплой водой. Недоношенных детей менее 28 недель гестации не купают с мылом, по меньшей мере, в течение первой недели жизни. Для закрепления внутривенных катетеров с целью защиты кожи, склонной к опрелостям, применяют прозрачные пластыри. По возможности ограничивают применение пластыря и клейких средств, используемых для укрепления датчиков, трубок, зондов. Перед удалением пластыря его предварительно смачивают водой.

Профилактика опрелостей включает в себя частую смену пеленок и памперсов, чтобы держать кожу чистой и сухой. В случае раздражения от стула используют защитные мази, содержащие оксид цинка (обработка кожи вокруг стом).

Адекватная пищевая поддержка оказывает положительное влияние на развитие головного мозга. В первые дни жизни вскармливание недоношенных детей с ЭНМТ начинают с минимальных количеств энтерального питания, которое называется трофическим. Трофическое питание в течение первых дней жизни бережно адаптирует незрелый кишечник глубоко недоношенного ребенка и обеспечивает профилактику некротического энтероколита. Оно так же способствует сокращению времени перехода на полное энтеральное питание и длительности госпитализации. Парентеральное питание имеет свои недостатки, связанные с необходимостью в венозном доступе и длительных инфузиях. В такой ситуации возникает опасность присоединения инфекции, тромбоза. При длительном парентеральном питании отмечается атрофия слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, подавление выработки кишечных ферментов, секреторного иммуноглобулина А. Это ведёт к прогрессированию нарушения процессов всасывания и пищеварения, что дополнительно ведёт к питательной недостаточности и ослаблению иммунитета, увеличению проницаемости кишечной стенки для бактерий, микроорганизмов и их токсинов, застою желчи. При отсутствии материнского молока применяются специализированные смеси. Современные сме-



си для энтерального питания приближены по составу к грудному молоку, легки для переваривания и усвоения, поэтому они могут быть назначены в более ранние сроки, после восстановления гемодинамики и дыхания. Необходимость достаточно продолжительного введения жидкости и парентерального питания, а также длительная вентиляция повышают риск развития инфекции у детей. В настоящее время разработаны доказательные стратегии профилактики внутрибольничных инфекций, главной составляющей которых является внедрение в учреждении «политики чистых рук»; приготовление растворов для внутривенного введения и парентерального питания в стерильных условиях (в аптеке или специально оборудованных комнатах с вытяжным шкафом); оборудование индивидуальных рабочих мест для медицинской сестры, укомплектованных всем необходимым расходным материалом и антисептиком для обработки рук непосредственно рядом с кувезом, где находится новорожденный; продвижение организации грудного вскармливания; соблюдение правил сцеживания и хранения грудного молока; снижение числа заборов крови на анализы и венепункций (особенно для установки периферических катетеров); стремление к максимальному сохранению целостности кожных покровов; уменьшение количества дней нахождения детей на ИВЛ, уход за ними, ранняя экстубация; уменьшение количества дней использования центральных катетеров и частоты использования центрального венозного доступа в целом; продвижение технологий базового ухода со снижением количества вмешательств и манипуляций; разработка, внедрение и поддержание культуры сотрудничества и совместной работы, что поощряет развитие у всех членов команды чувства ответственности за результаты. Обработку кроваток, матрасиков, столов необходимо проводить не реже, чем один раз в неделю и после каждого пациента. Обработку инкубатора необходимо проводить не реже, чем один раз в 3 дня и после каждого пациента. При длительном пребывании ребенка в кувезе следует производить его замену каждые 2 – 5 дней, в среднем – каждые три дня. Эмоциональная поддержка родителей — одна из наиболее важных и сложных задач при организации выхаживания новорожденных. Присутствие родителей в отделениях неонатальной реанимации потребует со стороны медицинского персонала определенной культуры общения,



повысит ответственность врачей и сыграет важную роль в снижении заболеваемости и смертности. Участие матерей в уходе и кормлении своих младенцев улучшает показатели грудного вскармливания и более раннюю выписку из больницы. В настоящее время эффективная интенсивная терапия и успешное выхаживание детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении являются одними из наиболее сложных медицинских задач, решение которых требует адекватного лекарственного обеспечения и хорошей технической оснащённости лечебно-профилактических учреждений, высокой профессиональной квалификации врачебного и сестринского персонала. Широкое внедрение в практическое здравоохранение апробированных подходов будет способствовать дальнейшему повышению качества жизни глубоко недоношенных детей в Российской Федерации.

Литература:

1. Ведение детей, рожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) // Информационно-образовательный вестник «Здоровье семьи», 2011. - №2. – 24 с.
2. Байбарина Е.Н., Дегтярева Д.Н., Широкова В.И. Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении: методическое письмо. М.; 2011. - 70 с.
3. Рооз Р. Неонатология: Практические рекомендации / Р. Рооз, О. Генцель-Боровичени, Г. Прокитте. – М.: Медицинская литература, 2011. – 574 с.
4. Пруткин М.Е. Практические вопросы энтерального питания у детей с низкой массой тела при рождении *Consilium medicum* // (Педиатрия. – 2011. - № 3. – С. 15 – 19.



ИННОВАЦИОННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЁЗА

Тимонина В.Ю.,

БУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер», г. Омск

Развитие здравоохранения на глобальном уровне характеризуется определенными тенденциями, общими для многих стран мира, и своеобразной динамикой своего продвижения. В последнее десятилетие в здравоохранении отмечается значительное возрастание роли современных биотехнологий. Более высокий приоритет отдается организации внебольничных служб, обеспечивающих доступность медицинской помощи широким слоям населения. Проблемы подготовки медицинских кадров приобрели особую значимость в связи с необходимостью повышать качество медицинского обслуживания, особенно на поликлиническом уровне. Передовые биотехнологии существенным образом продвинули раннюю диагностику основных заболеваний человека, что способствует более эффективному лечению неконтагиозных и контагиозных заболеваний. Стремительное развитие фармакологии, создание оригинальных лекарственных средств стимулируют успешное развитие терапевтических методов лечения. За последние 25 лет в клиническую практику введено порядка 1500 лекарственных препаратов (60 препаратов в год). Активный поиск более совершенных вакцин, создание препаратов для лечения таких инфекций как ВИЧ/СПИД, туберкулез, способны улучшить состояние здоровья населения многих стран мира и особенно развивающихся. Современные биотехнологические подходы создают возможности для получения принципиально новых лекарственных и иммунобиологических препаратов, используемых как в процессе профилактических мероприятий, так и в лечебной практике.

В некоторых странах успешно реализуются ряд международных проектов, направленных на развитие первичных служб здравоохранения. Один из них – международный проект GLOB, предполагающий изучение механизмов взаимообусловленной связи между качеством медицинской помощи, предоставляемой населению службами первичного звена здравоохранения, и уровнем подготовки врачей



кадров, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Российская медицинская академия последипломного образования принимает активное участие в организации и разработке данного проекта. В проекте принимают участие пять стран. В процессе этого сотрудничества будут созданы оптимальные учебные программы, реализация которых будет способствовать повышению компетенции врачей первичного звена здравоохранения. Высокий профессионализм врачей не может не отражаться позитивным образом на качестве оказываемой населению медицинской помощи, и в этом заключается главная целевая установка этого международного проекта. На современном этапе развития здравоохранения внебольничным службам придается особое значение, так как они способствуют проведению профилактических мероприятий, оказывают необходимую лечебную помощь, которая возможна на этом уровне, обеспечивают доступность служб здравоохранения для подавляющего большинства населения. Это один из главных показателей организационного уровня здравоохранения. Целесообразность и необходимость создания эффективных подходов в профилактике основных заболеваний человека не вызывает сомнений. Этим обусловлена возрастающая потребность в создании и развитии превентивных программ, которые должны базироваться на разработанных стандартах эффективности профилактических программ, основанных на доказательствах. Многофакторность возникновения хронических заболеваний усложняет создание универсальных профилактических программ, поэтому требуется строго дифференцированный подход при определении стратегии профилактики на национальном или региональном уровне.

Централизованная бактериологическая лаборатория БУЗО «Клинический противотуберкулезный диспансер» была создана на базе областного противотуберкулезного диспансера в 1982 г. С тех пор в структуре и функциях лаборатории произошли значительные изменения. На сегодняшний день централизованная бактериологическая лаборатория БУЗО «КПТД» является центром микробиологической диагностики туберкулеза Омской области. Распоряжением министерства здравоохранения Омской области от 29.06.2011 г. ей придан статус референс-лаборатории по лабораторной диагностике ту-



беркулеза в Омской области. Выполняемые микробиологические виды исследований:

- Посев диагностического материала с целью выделения микобактерий туберкулезного комплекса на плотные и жидкие питательные среды.
- Идентификация выделенных культур.
- Определение теста на чувствительность к противотуберкулезным препаратам выделенных культур.
- Бактериоскопическая диагностика КУМ в диагностическом материале методом простой микроскопии по Циль-Нильсену и люминесцентным методом.
- Определение ДНК МБТ с определением локуса устойчивости к рифампицину и изониазиду в диагностическом материале методом ПЦР диагностики.

Основной задачей лабораторного отделения является своевременное и качественное проведение необходимого объема исследований. Микробиологические исследования для диагностики туберкулеза являются важнейшей составляющей диагностического процесса как на этапе постановки диагноза «туберкулёз», так и при контроле эффективности химиотерапии. В соответствии с существующей в настоящее время в РФ поэтапной системой лабораторных исследований для диагностики туберкулеза предусмотрено три этапа:

1. Первичное (микроскопическое) исследование диагностического материала в учреждениях обще лечебной сети и в противотуберкулёзных диспансерах.
2. Комплексное микроскопическое и культуральное исследование диагностического материала в бактериологических лабораториях противотуберкулёзных учреждений.
3. Определение лекарственной чувствительности к противотуберкулёзным препаратам и идентификация выделенного возбудителя в бактериологических лабораториях противотуберкулёзных учреждений.

Микробиологическое исследование, выполняемое в бактериологических лабораториях противотуберкулёзной службы, включает в себя:



- микроскопическое исследование мазка из осадка обработанного диагностического материала;
- культуральное исследование (посев);
- предварительную идентификацию выделенных штаммов микобактерий как относящихся к комплексу микобактерий туберкулеза;
- проведение окончательной видовой идентификации выделенных микобактерий;
- определение лекарственной чувствительности выделенных микобактерий.

Выявление микобактерий в диагностическом материале от больных имеет решающее значение для постановки диагноза «туберкулез». В Российской Федерации метод микроскопического исследования мазков, приготовленных из нативной мокроты и окрашенных по Циль-Нильсена, широко используется в лабораториях ОЛС (общей лечебной сети). Сравнение эффективности использования автоматизированных систем для выявления и определения лекарственной чувствительности возбудителя туберкулеза с традиционными методами на плотных питательных средах позволило продемонстрировать более высокие диагностические качества BACTEC MGIT 960. Лаборатория использует современные методы лабораторной диагностики туберкулеза совместно с классическими методами: люминесцентная микроскопия, посев на плотные питательные среды, исследования на жидких питательных средах с использованием автоматизированной системы BACTEC, молекулярно-генетические исследования (ПЦР в реальном времени). Изучение лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам является важным разделом работы бактериологической лаборатории. Формирование лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам – одна из главных причин недостаточно эффективной химиотерапии, что имеет важное клиническое значение. Наличие у больного туберкулезом легкой лекарственной устойчивости приводит к развитию рецидивов заболевания и появлению хронических и неизлечимых форм, а в ряде случаев и летальных исходов. Поэтому определение спектра и степени чувствительности микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам имеет существенное значение для тактики химиотерапии больных,



для контроля эффективности лечения и определения прогноза заболевания. Раннее выявление туберкулеза является основной задачей здравоохранения в целом и в первичном здравоохранении в частности.

Литература:

1. Предтеченский В.Е. Руководство по лабораторным методам исследования [Текст] / В.Е. Предтеченский, В.М. Боровская, Л.Т. Марголина; ред.: Л. Г. Смирнова, Е. А. Кост. - Изд. 4-е, пересмотр. и доп. – М.: МЕДГИЗ, 1950. - 804 с.
2. Драбкина Р.О. Микробиология туберкулеза [Текст] / Р.О. Драбкина. – М.: Медгиз, 1963. - 255 с.
3. Альтгаузен А.Я. Клиническая лабораторная диагностика : монография / А.Я. Альтгаузен. - М.: Медгиз, 1959. - 332 с.
4. Голышевская В.И. Выявление туберкулёза методом микроскопии: Учебное пособие для проведения базового курса обучения / В.И. Голышевская, Э.В. Севастьянова, М.В. Шульгина, Г.В. Евгущенко, О.В. Егорова. – М.–Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2008. – 100 с.
5. Ерохин В.В. Микробиологические методы диагностики туберкулёза. Эпидемиология туберкулеза. Характеристика возбудителя туберкулеза. Лабораторные методы диагностики туберкулеза: Теоретическое учебное пособие для проведения курсов обучения / В.В. Ерохин, В.И. Голышевская, Э.В. Севастьянова, М.В. Шульгина. – М.–Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2008. – 40 с.
6. Приказ Минздрава России от 21.03.2003г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулёзных мероприятий в РФ»
7. Галинская Л.А. Туберкулез: лечение и профилактика / Л. А. Галинская. - Ростов н/Д.: Феникс, 2000. - 224 с.
8. Эйнис В.Л. Туберкулёз, клиника, профилактика и лечение. - М., 1961.



ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ С ПАЦИЕНТАМИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

***Тимофеева Е.В., Дорошенко М.Ю.,
БУЗОО «Наркологический диспансер», г. Омск***

*«...Этической основой профессиональной деятельности
медицинских сестёр является гуманность и милосердие...»*

Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации гласит: «Здоровье моего пациента — моя первейшая забота». Так было во все времена, сколько существует медицина. Мы не стоим на месте, профессиональная этика была и остается живой традицией сохранения особого опыта тонкого и деликатного обращения медицинских сестер с пациентами. Прошли столетия, но, тем не менее, наша медицина и поныне сохраняет присущие ей с рождения элементы искусства. И это не только искусство тончайших микрохирургических операций, сколько искусство ухода за пациентами, теплоты сердца, задушевного общения, когда у пациента пробуждается вера в выздоровление, надежда на перемены к лучшему и уважение к медицинской сестре.

Европейская традиция медицинской этики насчитывает почти два с половиной тысячелетия. Большое развитие медицинская этика получила в Древней Греции и ярко представлена в клятве Гиппократов. В России на сегодняшний день действуют: Этический кодекс медицинской сестры России, Этический кодекс российского врача, Кодекс профессиональной этики психиатра.

Впервые Этический кодекс медицинской сестры России разработан по предложению Межрегиональной ассоциации медицинских сестёр России при поддержке Американского агентства международного развития и принят на III Всероссийской конференции по сестринскому делу в июне 1996 г. Этический кодекс медицинской сестры России в новой редакции принят Правлением Ассоциации медицинских сестёр России в сентябре 2010 г. Автором новой редакции Этического кодекса медицинских сестёр России является Валерий Валерьевич



Самойленко, заместитель директора Федерального государственного образовательного учреждения среднего профессионального образования «Санкт-Петербургский медико-технический колледж Федерального медико-биологического агентства России». В этой редакции медицинские сёстры декларируют уникальность своей профессии, а, следовательно, и особый характер этических взаимоотношений с коллегами и пациентами. Как и прежде, Этический кодекс медицинской сестры России не устанавливает жёстких правовых норм, определяя и формулируя базовые ценности сестринского персонала. Его положения дополнены моральной оценкой наиболее острых этических конфликтов сегодняшнего дня.

Важнейшими задачами профессиональной деятельности медицинской сестры наркологического диспансера являются: комплексный всесторонний уход и наблюдение за пациентами, облегчение их страданий; восстановление здоровья и реабилитация; содействие укреплению здоровья и предупреждение заболеваний. Комплексный уход включает в себя выполнение врачебных назначений, вмешательств, выполняемых медицинской сестрой в рамках независимой сестринской помощи, направленной на достижение наилучших результатов медицинской помощи, в том числе, наивысшего качества жизни пациента, как в условиях стационара, так и настрой на «трезвость» в повседневной жизни.

Пациенты наркологического профиля – это особая категория пациентов, в диагнозе которых имеется формулировка «психические и поведенческие расстройства», что, в целом, сформировало неприглядный образ наркологического пациента. Но ведь за диагнозами люди, семьи, судьбы.... Для того чтобы разглядеть за всем этим человека, медицинской сестре необходимы знания по психологии, психиатрии, педагогике, реабилитации и большое человеческое сердце. В нашем случае только Этический кодекс может дать четкие нравственные ориентиры в профессиональной деятельности медицинской сестры диспансера.

Ежедневно в своей работе мы применяем вторую часть Этического кодекса «Медицинская сестра и пациент» (статьи 1 – 13), которая распространяется на пациента и на созависимых (родственников и друзей пациентов). Важным качеством для медицинской сестры



диспансера является стремление помогать, быть рядом с теми, кому нужна помощь. Все пациенты со всеми бедами, внутренними и внешними проблемами нуждаются в психологической поддержке. Оказывать такую поддержку может только эмоционально стабильная, уверенная медицинская сестра, для которой недопустимы психологические срывы. Любую негативную реакцию пациента медицинская сестра должна воспринимать без эмоциональной реакции и спокойно скорректировать свои взаимоотношения с ним. По мере накопления опыта медицинская сестра получает возможность контролировать степень эмоциональной вовлеченности, однако значительное напряжение эмоций, волнение за пациента сохраняются в течение всей профессиональной деятельности, но все её действия направлены только на соблюдение древней этической заповеди «Прежде всего - не навредить!».

Все медицинские сестры постоянно совершенствуются в оказании медицинской помощи, подтверждая свою компетентность квалификационной категорией (более 40% медицинских сестер диспансера имеют высшую квалификационную категорию). Подтверждают свой профессионализм медицинские сестры и неоднократными победами в профессиональных конкурсах.

Непрерывное совершенствование специальных знаний и умений, повышение культурного уровня специалистов достигается в результате работы системы непрерывного профессионального образования в диспансере, которая действует с 2010 года. Поддержание уровня правовой и этической компетентностей реализуется, благодаря слаженной работе сектора профилактической помощи, этики и информации профессионального комитета Совета по сестринскому делу диспансера (руководителем которого я являюсь).

Медицинские сестры диспансера в своей работе руководствуются многими нормативно-правовыми актами, основные моменты работы с наркологическими пациентами отражены в Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». Соблюдая этические принципы, медицинские сестры диспансера ориентируются на основные задачи психиатрической и наркологической этики:



1. Повышение терпимости общества к лицам с психическими и наркологическими отклонениями.

2. Ограничение сферы принуждения при оказании психиатрической и наркологической помощи до пределов, определяемых медицинской необходимостью (что служит гарантией прав человека).

3. Установление оптимальных взаимоотношений между медицинским работником и пациентом, способствующих реализации интересов больного с учетом конкретной клинической ситуации.

4. Достижение баланса интересов больного и общества на основе ценности здоровья, жизни, безопасности и благополучия граждан.

В нашей работе категорически недопустимы проявления высокомерия, патернализма, пренебрежительного отношения или унижительного обращения с пациентом. Важное качество медицинской сестры в наркологии - это эмпатия, склонность к сочувствию, сопереживанию, состраданию, доброжелательному отображению мира переживания пациента.

Производя медицинские вмешательства, чреватые риском развития осложнений, болезненных ощущений, медицинская сестра подробно и честно информирует пациента о возможном риске, заручается его согласием до начала вмешательства и предусматривает все возможные меры безопасности, купирования угрожающих жизни и здоровью пациента осложнений. Медицинская сестра уважает выбор пациента даже в том случае, если он противоречит ее ожиданиям и потенциально направлен в разрез результатам лечения. Тогда наша задача предоставить объективную информацию о каждой возможности, ее особенностях и условиях получения манипуляций или процедур. Если пациент нуждается в помощи при принятии решения, оказать ее необходимо таким образом, чтобы исключить любое влияние на конечный выбор пациента.

К числу базисных этических принципов в деятельности сестринского персонала диспансера относятся принципы:

- автономии – уважение к личности пациента, признание права на самостоятельность и свободу выбора;
- непричинения вреда – предполагает не наносить ущерба пациенту не только прямо, намеренно, но и косвенно;



- **благодетия** – заключается в обязанности действовать в интересах пациента;
- **справедливости** – касается, прежде всего, распределения ресурсов здравоохранения.

Этические принципы являются основой для более конкретных этических норм:

- **компетентность** предполагает обязанность медицинского работника в полной мере овладеть специальными знаниями;
- **правдивость** – предполагает обязанность медицинского работника и пациента говорить правду;
- **приватность** – подразумевает недопустимость вторжения в сферу личной (частной) жизни без согласия пациента, сохранение за пациентом права на личную жизнь даже в условиях, стесняющих его свободу;
- **конфиденциальность** – предполагает, что информация, полученная медицинским работником в результате обследования, не может быть передана другим лицам без разрешения пациента. Медицинская сестра обязана хранить профессиональную тайну.

Медицинские сестры диспансера участвуют в исследовательской деятельности, приумножения знания в своей профессии, строго следуя международным документам по медицинской этике и законодательству Российской Федерации.

Одним из достижений в увеличении продолжительности комфортного пребывания пациентов в стационарном отделении стало участие в проекте ОПСА «Исследования в сестринском деле» в составе исследовательской команды (в которую вошла я и две медицинские сестры отделения). Под руководством медицинской сестры-исследователя, старшей медицинской сестры АПО Чарковой О.Г. проведено сестринское исследование в 1-м наркологическом отделении на тему «Способы не медикаментозного снижения уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов наркологического стационара», которое прошло согласно плану основных мероприятий по реализации сестринского исследования. В процессе формирования заболевания у пациентов происходит деформация психоэмоциональной сферы, что отрицательно влияет на уровень качества жизни. В исследуемую группу вошли тридцать пациенток, женщины в возрасте 30-50



лет, со второй стадией заболевания, находящихся на восстановительном лечении с одинаковой медикаментозной терапией. Медицинские сестры отделения приняли участие в проведении работы с пациентками по внедрению занятий с использованием элементов арт-терапии и оригами.

В результате удалось внедрить программу по снижению психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания стационаре, которая позволила создать более благоприятную больничную среду в отделении, повысить мотивацию к лечению и увеличить приверженность к участию в лечебных и реабилитационных мероприятиях.

Медицинские сестры диспансера, обладающие знаниями и умениями, высокими моральными качествами, исполняют свой долг четко и качественно. Все это стало возможным благодаря поддержке администрации диспансера и активному взаимодействию с Омской профессиональной сестринской ассоциацией, деятельность которой направлена на консолидацию, повышение престижа и авторитета сестринской профессии в обществе и развитие сестринского дела в регионе.

Литература:

1. Куприянова Г.Г. Этика медсестры психиатрического учреждения. // Медицинская сестра. – 2000. - №3.
2. Чеканова М.М. Сестринское дело в психиатрии с курсом наркологии – М.: Эксмо; Ростов н/Д: Наука – Пресс, 2006. – 272 с.
3. Этический кодекс медицинской сестры России. – СПб.: РАМС, 2010. – 28 с.
4. Фаулер М. Этика и сестринское дело. — М., 1994.
5. Портал информационной поддержки медицинских руководителей (Электронный ресурс). – Режим доступа: http://www.zdrav.ru/articles/4293651919-qqq-16-m8-22-08-2016-veststvennost-medsester?utm_source=letternews&ustp=F&utm_medium=letter&utm_campaign=letternews_Zdrav_gms_30082016_daily_readers_16+096



ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Трушкина Е.Г.,

БУЗОО «Любинская центральная районная больница», Омская область

Наше сердце — удивительный орган! Оно умеет не только перекачивать кровь, но еще танцевать от радости, замирать в предвкушении, сжиматься от жалости и обливаться кровью. А еще оно может разбиться от боли, разорваться от горя, упасть от разочарования, замирать в ожидании, трепетать от счастья... Сердце — самый точный индикатор наших самых искренних эмоций, которое неустанно работает на протяжении всей нашей жизни на благо здоровья! А потому мы должны сохранить здоровое сердце, так как это орган нам дарит жизнь!

Основную опасность для здоровья населения и проблему для здравоохранения стали представлять в первую очередь болезни сердечно-сосудистой системы, которые являются ведущей причиной заболеваемости, инвалидизации и смертности взрослого населения.

Ежегодно в России от болезней сердца умирают почти 1,5 миллиона человек. В настоящее время, согласно статистике, частота сердечно-сосудистых заболеваний в России выросла почти в три раза, основными причинами являются много факторов — загрязнение окружающей среды, стрессовые ситуации, употребление спиртных напитков и табакокурение, несбалансированное питание, малоподвижный образ жизни, наследственность. По продолжительности жизни Россия занимает 108 место, где в структуре населения 54% занимают женщины и 46% мужчины. Поэтому на сегодняшний день остро возник вопрос о профилактике, лечении и предупреждении сердечно-сосудистых заболеваний.

В целях осуществления прорывного научно-технологического и социально-экономического развития Российской Федерации, увеличения численности населения страны, повышения уровня жизни граждан, создания комфортных условий для их проживания, а также условий и возможностей для самореализации и раскрытия таланта каждого человека Президентом РФ В.В. Путиным издан указ от 07.08.2018 № 204. Приоритетами являются достижение целей на пе-



риод до 2024 г.: обеспечение устойчивого естественного роста численности населения Российской Федерации, повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет; увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни, а также увеличение до 55 процентов доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом; формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек; создание для всех категорий и групп населения условий для занятий физической культурой и спортом, массовым спортом; ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь; обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год; обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе, для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь; разработка и реализация программ борьбы с онкологическими заболеваниями, сердечно-сосудистыми заболеваниями, развития детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям.

Заболевания сердечно-сосудистой системы многочисленны. Недомогания, связанные с болезнью кровеносной системы, сердечной мышцы подразделяются на несколько видов.

Инфаркт миокарда - заболевание сердца, вызванное недостаточностью его кровоснабжения с очагом некроза омертвения в сердечной мышце (миокарде). К инфаркту миокарда приводит острая закупорка просвета коронарной артерии тромбом, набухшей атеросклеротической бляшкой. Наблюдается тенденция к омоложению, обыденностью становится инфаркт в 40 - 45 лет, и даже в 30 - 35 лет.

Ишемия сердца – проблемы с проводимостью кровеносных сосудов к сердечной мышце, что в дальнейшем приводит к инфаркту миокарда, а также к этому виду относится стенокардия.

Инсульт – происходит из-за проблем с сосудами мозга, в первом случае из-за нарушения поступления крови, во втором – из-за разрыва сосуда.

Аритмия – нарушение сердечного ритма.



Тромбоз – возникновение сгустков крови, в результате слипания тромбоцитов.

Порок сердца – как правило, врожденное заболевание.

Атеросклероз – отложение на стенках сосудов жира и холестерина, что приводит к нарушению кровоснабжения органов.

Вегето-сосудистая дистония – нарушение сердечно-сосудистой системы, связанное с невралгией.

Гипертоническая болезнь – повышение артериального давления.

Если возникли такие симптомы как отдышка, боли в грудной клетке, нарушение ритма сердца, холодные и влажные ладони, либо стопы, головные боли, обморочное состояние, отечность, бледность, синюшный цвет губ, носа, кончика языка, пальцев, ног, мочек уха, следует обратиться к специалисту для диагностики проблемы с сердцем или сосудами и предотвращения их развития.

Прежде всего, заболевания сердечно-сосудистой системы возникают на основе нервно-психических напряжений. Мощным профилактическим средством послужат положительные эмоции от прочитанной хорошей книги, просмотра доброго фильма, похода в театр, прослушивания релаксирующей, красивой музыки, общения с друзьями и родственниками, прогулок на свежем воздухе, соблюдения режима сна и отдыха. Отказаться от вредных привычек раз и навсегда, что позволит в десятки раз снизить риск возникновения заболеваний сердца и сосудов.

Нельзя обойти важную часть нашей жизни, как здоровое питание. Состояние сердечной мышцы и сосудов напрямую зависит от ежедневного рациона, в котором важную роль играют продукты насыщенные белком, клетчаткой - морепродукты, овощи, фрукты, орехи, льняное масло, сухофрукты, зелень, овсяная каша. Исключить из рациона жирное, жареное, соленое, кислое, уменьшить потребление соли, сахара, кофе, мучных продуктов; пить как можно больше воды; проходить систематические медицинские осмотры, санаторно-курортное лечение, контролировать артериальное давление, уровень холестерина и сахара в крови.

Как говорил итальянский физиолог Анджело Моссо, физические упражнения могут заменить множество лекарств, но ни одно лекарство в мире не может заменить физические упражнения. Поэтому



важной составляющей здоровья является движение. Оно стимулирует многие процессы в организме. Ребенок не смог бы вырасти в полноценного взрослого человека, если бы не совершал такого огромного количества различных движений. Умеренные регулярные физические упражнения благоприятно влияют на наш организм, между тем укрепляется иммунитет, обменные процессы в организме, улучшается работа сердечно-сосудистой системы, нормализуется давление, улучшается кровоснабжение, нормализуется метаболизм, укрепляются мышцы и опорно-двигательный аппарат, повышается работоспособность, поддерживается жизненный тонус, вырабатывается гормон счастья и радости, повышается выносливость, улучшается сон, проходят чувства тревоги и беспокойства, процесс старения замедляется.

Итак, в заключение можно сделать вывод, что спорт, физические упражнения, лечебная гимнастика, скандинавская ходьба, здоровое питание, здоровый сон и отдых, собственное хобби помогут нам справиться с недугом, болезнью, хандрой, плохим настроением. Все эти заповеди нужно выполнить сегодня и сейчас, и это послужит нам отличным антидепрессантом, зарядом энергии на весь день, на неделю, месяц, год. А также хотелось бы внедрить в учебных заведениях, на производствах утренние производственные гимнастики, организовывать спортивные залы, комплексы на производствах для занятий физкультурой и спортом.

Тот, кто всерьез хочет заняться своим здоровьем, быть красивым, с хорошим настроением и активной жизненной позицией, несомненно, добьется успеха и распрощается с болезнями! Будьте здоровы!

Литература:

1. Чазова Л.В., Калинина А. М., Иванов В. М. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в деятельности врача практического здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. – 1996.
2. Оганов Р.Г. Первичная профилактика ишемической болезни сердца // БПВ. - М.: Медицина. - 2009 г.
3. Сестринское дело: Журнал. – 2009. - № 6.



4. Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 "О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года"

ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Филатова М.А.,

*БУЗОО «Городской клинический перинатальный центр», педиатриче-
ский стационар, г. Омск*

В настоящее время лабораторная диагностика переживает процесс внедрения современных технологий и развитие новых методов исследований. Это привело к тому, что лабораторная диагностика становится фундаментом клинической диагностики. Лабораторная диагностика играет немалую роль в обеспечении здоровья населения. Лаборатория не может помочь исцелить пациента, но она может дать необходимую своевременную диагностическую информацию, которая поможет врачу и пациенту принять правильное решения в отношении лечения, дать оценку его результативности, а иногда и предотвратить возникновение заболевания, так как дает возможность обнаружить патологию на ранней стадии развития заболевания. То, что лабораторная диагностика дает сведения о состоянии организма пациента на молекулярном и клеточном уровне, является важной составляющей для диагностики заболевания. Это позволяет врачу более глубоко понять этиологию и патогенез заболевания. Эффективность работы лаборатории оценивается по надежности (достоверности), информативности и актуальности получаемых результатов. Обеспечение эффективной работы достигается за счет автоматизации технологической процедуры анализа, внедрения новых, более усовершенствованных и информативных тестов, повышения квалификации и профессионализма кадров.

Клиническая лаборатория городского перинатального центра в педиатрическом стационаре оснащена современным диагностиче-



ским оборудованием производства ведущих мировых брендов, которое дает возможность быстро и более эффективно проводить анализ различных биологических проб с целью фиксирования нарушений различных метаболических процессов и дифференцированного определения картины заболеваний. За счет того что в клинической лаборатории проходит внедрение новых автоматизированных методов, во много раз выросла производительность: за сутки лаборатория выполняет исследования более сотни биологических проб по многим десяткам видов показателей.

На данный момент клиническая лаборатория городского перинатального центра педиатрического стационара выполняет более 22500 исследований в месяц, в том числе, гематологических - 5500, биохимических - 7000, химико-микроскопических - 5700, иммунологических - 1500, коагулологических - 2500. Более 90% видов исследований выполняется на автоматических анализаторах. Современный гематологический анализатор позволяет из небольшого объема крови определить 20 показателей, определяющих состояние клеток крови: лейкоцитов, эритроцитов и тромбоцитов. Данный объем информации позволяет определять широкий спектр заболеваний (тромбоцитопении, воспалительные процессы, анемии и др.). На анализ одной пробы крови требуется 1 минута. В лаборатории перинатального центра для гематологического анализатора используются микро-кюветы с минимальным количеством крови 50 микролитров. Лабораторная экспресс-диагностика имеет специфический характер, как с точки зрения диагностических задач, так и с точки зрения техники выполнения исследований. Особенностью экспресс-диагностики клинической лаборатории перинатального центра является необходимость применение методов, не занимающие много времени и требующие минимальных объемов крови. Автоматический анализатор Easy stat применяется для определения газов крови и электролитного состава, который измеряет непосредственно 7 параметров, а остальные 14 высчитывает при введении температуры пациента и кислорода, вдыхаемого на данный момент ребенком. Биоматериалом для анализа является капиллярная кровь, время необходимое для исследования - 2 минуты.



Современные технологии затронули и иммунологические исследования клинической лаборатории перинатального центра. Был внедрен метод определения антигенов системы АВО и резуса(D) и проведение прямого теста Кумбса у новорожденных в рамках гелевой методики. У новорожденных эти гены развиты не полностью, и реакции слабее, чем у взрослых. Кроме того, антитела, соответствующие антигену или антигенам, отсутствующим в эритроцитах новорожденных не образуются в сыворотке до 4-6 месяцев с момента рождения. Соответственно перекрестная группа АВО у новорожденных не может быть определена. Резус (D) определяется по присутствию, либо отсутствию антигена D (RH1) в эритроцитах. Непрямая проба Кумбса включает в себя определение иммунных антител и скрининг, аутоконтроль, анализ крови на перекрестную совместимость и типирование эритроцитов. Кабинет гемостаза клинической лаборатории оснащен современными анализаторами, например, полуавтоматический коагулометр ТРОМБОСТАТ 2 использует минимальный объем образца для измерения 150 микролитров, что очень важно для анализа крови у новорожденных. Данный анализатор проводит следующие исследования свертываемости: протромбиновое время (ПВ), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), тест на фибриноген по Клаусу (ФИБ), определение факторов свертываемости, тест на тромболизис.

Своевременная оценка степени тяжести и выявление угрожающего жизни синдрома у детей в первые дни жизни, находящихся в критическом состоянии, является одной из острых проблем в неонатальной реанимации новорожденных и интенсивной терапии. Одним из более достоверных маркеров, характеризующих тяжесть состояния, является концентрация лактата в плазме крови. Исследование крови на лактат имеет огромное значение в патологии новорожденных. Благодаря данному тесту врачи реанимационного отделения могут не только оценивать критичность состояния, но и проводить мониторинг оценки терапии. Для исследования лактата в лаборатории перинатального центра применяется автоматический анализатор Super GL, который обеспечивает наиболее точное и быстрое определение лактата. Время, необходимое для проведения теста, - 2 мину-



ты, количество пробы необходимое для анализа составляет 20 микролитров.

У новорожденных пигмент билирубин в крови оценивается как показатель правильного функционирования внутренних органов ребенка. Во время повышения концентрации билирубина малышу требуется своевременное лечение. Автоматический прибор «Билимет» эффективен для наблюдения за детьми с тяжелыми и среднетяжелыми гипербилирубинемиями, когда необходимо проводить неоднократные исследования. Анализ занимает 5 минут, что обеспечивает оперативность результатов исследования и дает возможность снизить травмируемость новорожденных, так как для проведения исследования требуется лишь микродоза (20 мкл.) капиллярной крови.

Имеющееся в лаборатории оборудование позволяет выполнять экспресс-диагностику неотложных состояний. Частота осложнений, сопровождающих различные патологические состояния (тромбозы, кровопотери, гипоксии, ДВС-синдром, почечная недостаточность и др.), постоянно растет. Поэтому лабораторный комплекс, поддерживающий мероприятия интенсивной терапии, должен быть в каждой больнице.

Экспресс-диагностика клинической лаборатории перинатального центра постоянно пополняется новыми современными методиками и усовершенствованными тестами, например, тест для иммунохроматографического определения миоглобина, тропанина I, креатинкиназы-MB в цельной крови, сыворотке или плазме человека. Тест предназначен для дифференциальной диагностики инфаркта миокарда. Для проведения данного теста используется 50 мкл крови, а занимаемое время для анализа составляет 10 минут. В реанимационной неонатологии часто применяется иммунохроматографический тест для полуколичественного определения прокальцитонина (ПКТ) с целью диагностики и контроля терапии при тяжелых бактериальных инфекциях и сепсисе. Концентрация ПКТ в образце определяется через 30 минут, что дает возможность своевременного получения информации о состоянии ребенка.

В настоящее время отделение клинической лаборатории городского перинатального центра педиатрического стационара стремиться к внедрению прогрессивных форм работы, введению новых мето-



дов исследования, имеющих высокую аналитическую точность и диагностическую надежность, так же проходит автоматизация и компьютеризация лабораторного процесса, повышение квалификации и профессионализма кадров.

В этом большую роль играет Омская профессиональная сестринская ассоциация. Проводя семинары, форумы и научно-практические конференции различного уровня, она дает возможность специалистам не только получить информацию, необходимую для повышения профессионализма и компетенции, но и так же поделиться своими достижениями и новыми методиками, необходимыми для повышения уровня качественной медицинской помощи. Благодаря ОПСА, специалисты могут принимать активное участие в инновационных проектах, профессиональных конкурсах, публикациях статей и научных работ, таким образом, повышая не только профессиональную деятельность, но и развивая свой творческий потенциал. Созданная в Ассоциации специализированная секция «Лабораторная диагностика» принимает участие во внедрении современных технологий в лабораторную диагностику, помогает повышению профессионального уровня медицинских лабораторных техников и фельдшеро-лаборантов. Специализированная секция дает возможность получить методическую помощь и необходимую информацию от лица Ассоциации. Проводимая работа - большой вклад в развитие лабораторной диагностики как одной из наиболее важных отраслей в медицине.

Литература:

1. Соловьева В.И. Лактат в оценке тяжести критических состояний// Системный подход для решения задач клинико-диагностической лаборатории. – М.: Диакон, 2018. – 34 с.
2. Инструкции по применению анализаторов: Easy stat, Super GL, Тромбостат2.
3. Инструкции: DG Gel Newborn, DG Gel Coombs, PCT-Q.



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ КАК ФАКТОР КАЧЕСТВА В ИННОВАЦИОННОМ ПОДХОДЕ К ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Фильчаков А.М.,

БУЗОО «Областная детская клиническая больница», г. Омск

Модернизация российского здравоохранения во многом связана с переходом национальной системы здравоохранения на инновационные, высокотехнологичные методы оказания медицинской помощи населению. Стратегическая цель государственной политики в области здравоохранения – повышение доступности качественного и своевременного оказания медицинской помощи гражданам, соответствующего требованиям и потребностям общества и каждого гражданина, что, безусловно, должно сказаться на продолжительности и качестве жизни. Профессиональная компетентность является одним из ведущих факторов в инновационном подходе к лабораторной диагностике. Идея профессионального компетентного подхода к лабораторной диагностике – это идея открытого социального заказа на иное, нежели сейчас, содержание лабораторной диагностики в рамках лечебного процесса и подготовки кадров. Потребность в профессиональном компетентном подходе связана как с проявлением системного кризиса в самом здравоохранении в нашей стране, так и с мировыми тенденциями, происходящими в системах здравоохранения развитых стран. Переход нашего здравоохранения и лабораторной диагностики, в частности, на профессиональную компетентную основу обусловлен рядом объективно существующих причин. Главной является мировая тенденция к интеграции науки и медицины. В результате, основным конечным итогом новой стратегии развития медицины должна стать пациенториентированная модель, в которую интегрируются не только система знаний, умений и навыков, но и набор заявленных государством профессиональных компетенций в интеллектуальной, коммуникационной, информационной и прочих сферах. Как показывает практика, существующие ныне формы подготовки специалистов уже не могут охватить весь круг задач, которые смогли бы обеспечить в лабораторно-диагностическом профессиональном пространстве условия формирования грамотного,



мобильного медицинского лабораторного техника. Студент медицинского колледжа может стать профессионально компетентным в том случае, если применив различные модели обучения в актуальной для него предметной области (биохимия, гистология, гематология, микробиология и другие), отобрав те из них, которые наиболее соответствуют его притязаниям, нравственным установкам и социально-профессиональным амбициям, выберет собственный способ жизнедеятельности, форму проявления индивидуального стиля в контуре профессиональной деятельности. В связи с этим нельзя недооценивать роль подготовки квалифицированных специалистов — медицинских лабораторных техников. Ведь лабораторное обследование пациента имеет большое значение в постановке диагноза, наблюдении за процессом лечения и эффективностью терапии. Клиническая диагностика обеспечивает практическому здравоохранению около 80% объема объективной информации. Без клинико-диагностических, биохимических, микробиологических анализов невозможно точно установить диагноз заболевания и, следовательно, назначить эффективное лечение, проконтролировать его на всех этапах. Профилактическое лабораторное обследование позволяет своевременно определить начало болезни и предупредить ее развитие. Основное звено в диагностике и лечении заболеваний, мониторинге состояния здоровья человека и окружающей среды — это специалист лабораторной диагностики, медицинский лабораторный техник. Без него невозможна деятельность клинических, биохимических, микробиологических, патологоанатомических, судебно-медицинских и других лабораторий. Районные поликлиники, клинические больницы и медицинские институты, крупные диагностические центры, научно-исследовательские институты, военные госпитали, криминалистические лаборатории, центры гигиены и эпидемиологии — вот неполный перечень учреждений, остро нуждающихся в его профессиональных компетенциях. Можно смело утверждать, что медицинский лабораторный техник — профессия XXI века. Наш век по праву называют столетием лабораторной диагностики, так как за последние десятилетия был открыт ряд опасных заболеваний, выявить которые можно лишь после проведения трудоемких и дорогостоящих анализов. В связи с этим роль ближайших соратников врачей — медицинских ла-



бораторных техников — существенно изменилась. Из вспомогательного подразделения лабораторная служба стационаров и поликлиник стала одной из ведущих. Там работают специалисты, обладающие медицинскими знаниями и владеющие методами работы на высокотехнологичном оборудовании. Сегодня обращение пациента к врачу практически всегда сопровождается посещением лаборатории. И это необходимо, ведь ранняя лабораторная диагностика позволяет своевременно выявлять инфекционные заболевания, опухоли, болезни сердца и другие болезни. Чем раньше заболевание будет диагностировано, тем эффективнее будет его лечение, а прогноз — благоприятнее. Взятие материала для исследования, приготовление мазков биологического материала и их окрашивание, посев материала на питательные среды, подготовка и проведение серологических реакций (с сывороткой крови), обеззараживание отработанного биологического материала, контроль работы лабораторной аппаратуры, работа на гематологических анализаторах (определяют гемоглобин, эритроциты, лейкоциты и др.) — все это и многое другое входит в компетенции лабораторного техника. От квалификации, опыта, добросовестности и профессионализма медицинского лабораторного техника зависит правильность результатов анализа и, как следствие, постановка врачебного диагноза. Сегодня деятельность лабораторного техника не ограничивается работой с пробирками, потому что современная лабораторная диагностика — это широкий комплекс научного оборудования, позволяющий получить точную и достоверную информацию в ходе исследования. Использование компьютерной техники — неотъемлемая часть работы лаборанта. Очень часто именно медицинский лабораторный техник оказывается на переднем крае борьбы за человеческую жизнь. Кроме того, он может определять пригодность воды, продуктов питания к употреблению, чистоту воздуха и почвы, экологию жилища. Специфика работы требует от лабораторного техника наличия определенных качеств: он должен быть спокойным, уравновешенным, аккуратным, собранным, эрудированным специалистом. Но главное — уметь работать на различных приборах, которыми оснащены современные лаборатории. Профессиональная компетентность как фактор качества в инновационном подходе к лабораторной диагностике может подтверждаться реальным



использованием оценочных средств, применимых для медицинского лабораторного техника, фельдшера-лаборанта, лаборанта. Для этого можно применять различные способы оценки профессиональной компетенции специалиста способной влиять на качество его работы. Одним из основных все таки остаётся ведение профессионального портфолио. На профессиональную компетентность лаборанта зачастую влияют и другие, отрицательные, факторы:

- Нерациональное использование имеющегося оборудования для лабораторной диагностики вследствие непрофессионального и несогласованного подхода к оснащению лечебных учреждений новой техникой.
- Остаётся дефицит современного лабораторного оборудования, который сочетается с неравномерным его распределением между лабораториями, с непродуманной комплектацией и низкой эффективностью использования нового высокотехнологичного оборудования.
- При покупке нового оборудования часто не учитываются затраты на расходный материал для обеспечения работы оборудования. Порой приобретение оборудования происходит без участия специалистов службы и часто попадает в лаборатории случайным образом. Все это приводит к низкой эффективности использования, а иногда и простаиванию высокотехнологичной и высокопроизводительной лабораторной техники. Необходимо планомерное техническое переоснащение или дооснащение лабораторий. В отработке спецификаций (составления медико-технического задания) на закупку оборудования и расходных материалов в обязательном порядке должны участвовать специалисты лабораторий, они должны привлекаться и к вопросам приобретения дорогостоящего оборудования. Использование большей части имеющегося оборудования с низкой нагрузкой. Недостаточная эффективность использования лабораторной техники обусловлена недостаточным финансированием закупок реагентов, контрольных материалов, калибровочных материалов, отсутствием статьи затрат на сервисное обслуживание оборудования, отсутствием в штате даже крупных лабораторий сотрудников инженерной и эксплуатационной службы. Одной из причин технического отставания лабораторий от современного научно-



технического уровня является отсутствие материальной заинтересованности лабораторных специалистов в повышении производительности труда и качества проводимых исследований, нерациональной организацией труда в лабораториях. Старение техники приводит к оттоку кадров, молодые лаборанты не хотят работать в лабораториях, где нет соответствующего оснащения. Медленное и хаотичное внедрение цифровых и компьютерных технологий при отсутствии организационных, технологических, диагностических и юридических стандартов их применения, низкий уровень компьютеризации службы.

- Финансирование лабораторий проводится, как правило, по остаточному принципу. Условия финансирования существенно различаются от региона к региону, от учреждения к учреждению. Лабораториям часто неизвестен объем финансирования, на который они могут рассчитывать в течение определенного срока и планировать интенсивность работы, внедрение новых и замену традиционных тестов.
- Отсутствие экономических стимулов повышения эффективности работы лабораторий в отношении внедрения более рациональных аналитических технологий и более глубокой интерпретации лабораторных результатов. Заведующие лабораториями не приобщены к анализу лабораторных затрат и их компенсации и при внедрении новых технологий не могут основываться на расчете экономической эффективности финансовых вложений. Экономическая образованность руководителей лабораторий и лабораторной службы на местах недостаточна.
- Проблемы профессиональной подготовки специалистов для лабораторной службы. Низкая продуктивность лабораторного исследования нередко обусловлена недостаточной профессиональной компетентностью части лабораторного персонала в отношении существа аналитических технологий, понимания показаний к проведению исследований и клинической интерпретации лабораторных результатов. Ежегодное пополнение службы клинической лабораторной диагностики специалистами, согласно общемировым показателям, должно составлять 2-3% от её кадрового состава.
- Молодые специалисты получают формальное право на выполнение любого исследования, хотя достигнутый уровень квалификации не



обеспечивает им необходимой профессиональной компетентности и не защищает пациентов от возможности диагностических ошибок. Одно из следствий этого порядка - вынужденное дробление клинической лабораторной диагностики на отдельные специальности, поскольку специалистами де-факто становятся не в процессе целенаправленной подготовки, а на этапах усовершенствования, посвященных узким разделам дисциплины.

- Отсутствие общепринятых стандартов назначения и проведения лабораторных исследований в рамках отдельных нозологических форм и на различных этапах оказания медицинской помощи, приводит к многократному дублированию исследований, выполнению излишних, не имеющих достаточного клинического обоснования анализов. Бурно развивающиеся инновационные технологии предлагают новые подходы в диагностике и лечении различных заболеваний, однако, вооружившись данными технологиями, далеко не всегда удается в полной мере совместить диагностические механизмы с методиками лечения заболеваний. Дело в том, что под инновацией в лабораторной диагностике, прежде всего, понимается изменение структуры знаний специалистов, как лабораторной службы, так и клиницистов, тем не менее, очень часто мы разговариваем на разных языках. Лабораторным техникам приходится дублировать результаты исследований, проведенных на современных анализаторах, автоматических лабораторных приборах, и только тогда клиницист успешно интерпретирует полученные результаты, от этого зависит правильность назначения того или иного курса лечения. Сегодня в медицинской практике лечения современный, грамотный врач говорит языком молекулярной генетики и биохимии точно так же, как его коллега из лабораторной службы. Активно развивается молекулярная медицина, т.е. диагностический процесс переместился на уровень кластеров дифференцировки отдельных молекул белков, нуклеиновых кислот и это стало естественной средой обитания врачей, что дает колоссальные возможности для работы в области доказательной медицины. В России мы имеем парадоксальную ситуацию: с одной стороны лабораторные технологии хорошо представлены и вполне конкурентоспособны, с другой стороны мы прекрасно понимаем, медицинское сообщество не готово



к принятию новых знаний. Врач, требуя и назначая различные исследования, получив положительные результаты ПЦР, зачастую не может назначить адекватного, эффективного лечения, как, например, в случае с диагностикой герпетической инфекции. Передовые разработки, опережающие свое время, всегда требовали активного распространения информации и работы энтузиастов. Необходимо понять, что, не делая акцент на данном направлении здравоохранения, мы рискуем навсегда отстать от развитых стран, где это становится основой оказания квалифицированной медицинской помощи, это база персонифицированной медицины или медицины здоровых людей. Говоря о профессиональной компетенции медицинского лабораторного техника и инновационных подходах в лабораторной диагностике, необходимо сказать о том, что, во многих крупных медицинских организациях функционируют прекрасно оснащенные лаборатории, работают очень способные и перспективные специалисты. Нам зачастую не хватает профессионального общения с целью возможности получения своевременной информации об инновациях в лабораторной диагностике, участия в семинарах, научно-практических конференциях, симпозиумах, именно на устранение этих недочётов направлена деятельность специализированной секции Омской профессиональной сестринской ассоциации «Лабораторная диагностика». В 2018 г. мою кандидатуру утвердили в состав специализированной секции РАМС «Лабораторная диагностика». Участие в мероприятиях и работе специализированной секции РАМС поможет нам быть в курсе инноваций и уйти от дублирования уже созданных инновационных технологий, внедрять апробированные и доказавшие рациональность методы и методики в лабораторной диагностике. В Омской области работает более 1200 фельдшеров-лаборантов, медицинских лабораторных техников. Развитие нашей специализированной секции «Лабораторная диагностика» видим в повышении профессионализма и внедрение в практику современных, высокотехнологичных методов и методик, через проведение различных форм НМО. Одну из таких мы проводим сегодня. Этому способствует творческая работа специализированной секции «Лабораторная диагностика» в тесном взаимодействии с внештатными специалистами Министерства здравоохране-



ния Омской области, профессиональным комитетом, Правлением, президентом ОПСА Зориной Т.А., мы выражаем ей огромную благодарность и признательность за вклад в развитие нашей специальности.

Литература:

1. Опасное знание в обществе риска (век генетики и биотехнологии): Монография "Dangerous knowledge" in the "risk society" (Age of genetics and biotechnology). Статья в переводе. Book · November 2007 with 717 Reads, Edition 1-е, Publisher: ИД «ИНЖЭК». - С. 7-21
2. Клиническая лабораторная диагностика: Научно-практический журнал. - М.: Издательство "Медицина". - 2017. - №2. - 66 с.
3. Организация деятельности медицинского лабораторного техника (фельдшера-лаборанта): Методические рекомендации. - Омск, 2008. – 452 с.
4. Устав ОРОО «Омская профессиональная сестринская ассоциация»
5. Положение о специализированной секции ОПСА «Лабораторная диагностика»
6. Хрестоматия по общей психологии. Психология мышления. – М.: Издательство Московского университета, 2011. - 400 с.
7. Материалы Всероссийского конгресса «Медицинские сестры – движущая сила перемен по оказанию эффективной и экономичной помощи». – СПб.: 2015. - С. 270-288.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ ДЕТСКОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Циглер Г.Ф., Герлиц И.Ю.,

БУЗОО «Наркологический диспансер», г. Омск

Детская наркомания является одной из наиболее серьезных проблем, как для здравоохранения, так и для общества в целом. Употребление психоактивных веществ (далее - ПАВ) сопровождается вы-



раженными изменениями личности, а именно эти изменения влекут за собой тяжелые медицинские и социальные последствия. Для помощи таким пациентам существует наркологическая служба.

Стационарное отделение для обслуживания детского населения работает с 1998 г. Основной принцип организации работы отделения — оценка личности и поведения ребенка как проявление болезни. На лечение принимаются дети от семи до восемнадцати лет. Наркологический стационар является режимным отделением. Это значит, что существует определенный внутренний распорядок — входные двери закрываются на замок, свободного входа и выхода нет, окна зарешечены, пациенты находятся под постоянным наблюдением дежурного персонала.

Особенность работы с детьми и подростками выявляется уже на этапе приема в отделение. В большинстве случаев пациенты попадают в отделение недобровольно, а по требованию лей, опекунов, законных представителей, комиссии по делам несовершеннолетних и прочих внешних структур. Нередко на приеме подросток открыто озвучивает отказ от госпитализации, вплоть до угроз, истерик и манипуляций. Чаще всего, в подобных ситуациях медицинский персонал, может не только успокоить ребенка, но и объяснить важность лечения и необходимость госпитализации. Нередко дети, поступая в первые, стараются пронести в отделение запрещенные предметы, ПАВ, сигареты и т.д., все эти предметы обязательно изымаются при осмотре. Медицинская сестра знакомит пациента с правилами внутреннего распорядка, объясняя, что в лечебном процессе обязательны занятия лечебной физкультурой, работа с психологом, воспитателем, социальным работником, обучение по школьной программе с педагогом.

Следующей особенностью является то, что медицинские сестры детского наркологического стационара длительно и тесно контактируют со специфическим, сложным, в психологическом и социальном плане, контингентом больных.

Уход за наркологическими пациентами труден из-за замкнутости, неконтактности в одних случаях и возбуждения, агрессивности, беспокойства - в других. Персонал отделения внимателен и постоянно помнит о том, что поступки детей бывают неожиданны и, вслед-



ствие этого, иногда приводят к трагическим последствиям. Медицинская сестра следит за тем, чтобы в отделении не оставались без присмотра ножницы, лезвия и другие режущие и колющие предметы, то есть те предметы, которые пациенты могут использовать для порчи имущества, причинению вреда окружающим, а также для суицидальных попыток. Кроме того, дети часто пытаются открывать двери с помощью черенков ложек, щепок, проволоки. Поэтому медицинские сестры периодически проверяют содержимое карманов пациентов, их прикроватные тумбочки, постели. Все двери отделения находятся в поле зрения персонала. Необходимость следить за тем, чтобы все двери оставались закрытыми, а ключи и прочие предметы не попадали в руки пациентов, продиктована профилактикой побегов. Спонтанные, плохо обдуманые поступки, к сожалению, свойственны нашим пациентам и обусловлены они, прежде всего болезнью.

Медицинская сестра осуществляет постоянное наблюдение за детьми и подростками в отделении. Настроение, внешний вид ребенка, его поведение, общение и контакты с другими детьми, отношение к лечению отмечаются в листе наблюдения. О любом, даже незначительном изменении в состоянии и поведении ребенка докладывается лечащему или дежурному врачу с целью корректировки лечения. Медицинская сестра контролирует выполнение распорядка дня, длительность ночного сна и послеобеденного отдыха, приема пищи (сопровождение в столовую, выдача продуктовых передач) санитарно-гигиенические мероприятия (у некоторых детей гигиенические навыки отсутствуют).

Выполнение врачебных назначений проводится в обычном для стационарных отделений режиме. Однако следует отметить, что прием таблетированных лекарственных препаратов осуществляется под контролем: медицинская сестра контролирует, проглотил ли пациент назначенные ему лекарства.

Следует отметить, что все перемещения пациентов по отделению осуществляются в сопровождении персонала. Пациенты постоянно находятся в поле зрения медицинской сестры. Поэтому наблюдая за их поведением, отмечая их индивидуальные психологические особенности, характер взаимоотношений ребенка с соседями по палате, реакцию на болезнь, медицинские сестры умеют найти подход к



пациенту, понимая, что, прежде всего, они больные дети, и ведут себя неадекватно ввиду своего заболевания.

Профессионализм, умение общаться с детьми, определение границ возможного уменьшают агрессивные тенденции в поведении. Персонал обучен не бояться произносить слово «нет». Ребенок уважает того из медицинского персонала, кто строго выполняет свои должностные обязанности, чем того, кто попустительствует. Снисходительное отношение возникает от страха или от безразличия к своей работе. С такими людьми дети очень быстро становятся бесцеремонными и фамильярными.

В наркологических отделениях на первое место выступают принципы медицинской этики и деонтологии, а медицинские сестры обладают такими качествами как эмоциональная устойчивость, дисциплинированность, заботливое и чуткое отношение не только к детям, но и ко всем пациентам наркологического профиля.

Еще одна особенность и незаменимая часть детского лечения в наркологическом диспансере - организация досуга пациентов. В отделении работают психолог, воспитатели, специалисты по социальной работе. Кроме того, подростки получают возможность проходить школьную программу с педагогами школ г. Омска. Вечерами можно посмотреть телевизионные программы, позаниматься в спортзале, поиграть в настольные игры и т.д. Медицинские сестры читают детям перед сном позитивную литературу (сказки, комиксы и т.д.) и всегда помнят, что пациенты детского наркологического отделения - дети, которые хотят играть, отдыхать, веселиться, общаться, узнавать что-то новое, ведь многие из них обделены этим в семьях.

Климат отделения, манера обращения медицинского персонала постоянно вплоть до мельчайших деталей дают ребенку понять, что стационарное отделение - место, где его считают пациентом, понимают тяжесть его состояния, трудность его конфликтов, в чем виноват не его лично, а его болезнь и следствия его болезни.

Литература:

1. Брюн Е.А. Проблемы детской и подростковой наркологии. Социальная дезадаптация: нарушение поведения у детей и подростков — М., 1996. - С.10-15.



2. Подростковая наркомания (Электронный ресурс). – Режим доступа: <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/narcologic/teen-drug-abuse>

3. Шурьгина Ю.Ю. Современные проблемы наркологии и пути их решения (Электронный ресурс). – Режим доступа: <https://medbe.ru/health/zhizn-bez-narkotikov/sovremennye-problemy-narkologii-i-puti-ikh-resheniya/>

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ШКОЛЫ ПО УХОДУ ЗА ПАЦИЕНТОМ В БЮДЖЕТНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ №7»

Черная И.Н., Попова Е.Е.,

БУЗОО «Клиническая медико-санитарная часть №7», г. Омск

Когда болезнь приковывает к кровати человека, то не только он, но и его семья сталкивается с появлением множества новых трудностей. Уход за маломобильным пациентом требует знаний, умений, времени и безграничного терпения. Чтобы обеспечить для него полноценный уход, его близким придется сменить привычный распорядок дня и, возможно, от многого отказаться.

Актуальность этого вопроса в учреждении особенно остро встала при оптимизации работы терапевтического отделения в проекте «Бережливая поликлиника» в мае 2017 года. На прикрепленной территории клинической медико-санитарной части № 7 проживает 86 человек, нуждающихся в качественном уходе и требующих постоянных профессиональных рекомендаций. Родственники, проживающие с ними, оказываются неподготовленными к тому, чтобы в течение длительного времени осуществлять уход за такими пациентами, они испытывают дефицит знаний и не владеют соответствующими навыками. Результат – посещение врача в поликлинике или вызов на дом врача-терапевта участкового. Вследствие этого увеличивается количество обращений к специалистам такими пациентами (в среднем, оно составляет 174 вызова в месяц).



Все это послужило мотивацией для открытия в июле 2018 года на базе бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клиническая медико-санитарная часть № 7» школы ухода за пациентом.

Для создания школы в медицинской организации был организован кабинет, подготовлена регламентирующая документация: приказ главного врача, положение, программа занятий, анкеты для слушателей, макет объявления. Утверждена кандидатура старшей медицинской сестры кардиологического отделения, ответственной за проведение обучения. Приобретены мебель и медицинские изделия для проведения практических занятий.

Информация об открытии школы была размещена на сайте учреждения. Медицинскими сестрами участковыми проводилась информационная работа среди прикрепленного населения, раздавались листовки с информацией об открытии школы, контактными данными для записи на занятия.

За 3 месяца работы школы в ней прошел обучение 21 человек. Было проведено 4 индивидуальных и два групповых занятия. Групповые занятия состояли из нескольких блоков. Со слушателями были проведены учебные мероприятия по общему уходу, профилактике пролежней, кинестетикс – наставник продемонстрировал методы по безопасному перемещению пациентов. Кроме практического блока, на занятии выступили психолог и специалист по социальной работе.

По окончании курса с каждым обучаемым было проведено анкетирование, выполнен анализ полученных данных. 93% слушателей отдали предпочтение посещению комплексного занятия. В результате, был установлен фиксированный день (каждый последний вторник месяца) и время занятий (пятнадцать часов).

Таким образом, нами были достигнуты определенные результаты. В третьем квартале 2018 года, по сравнению с первым и вторым кварталами, произошла следующая динамика: количество обращений к врачам-терапевтам участковым по вопросам ухода сократилось на 48% в месяц, за счет обучения родственников в школе по уходу за пациентом – 21 человек; оформление в дом-интернат – 4 человека.

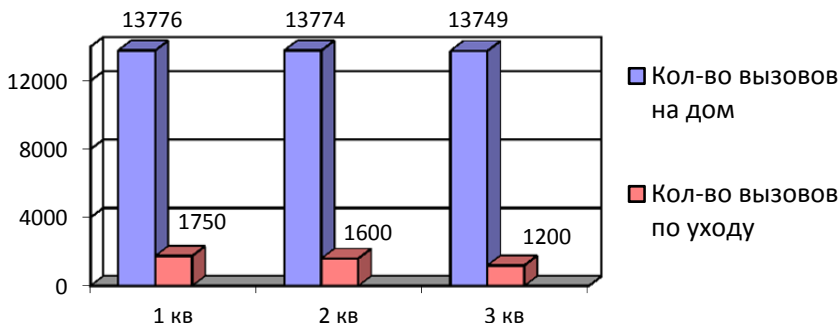


Рисунок 1 - Вызов на дом врача терапевта и медицинской сестры

За данный период времени нам удалось обучить слушателей школы грамотному социально-адаптационному уходу за маломобильными пациентами в привычных домашних условиях, повысить их мотивацию к ответственности за качество жизни родственников и уменьшить потребность в консультативных услугах по вопросам ухода практически в два раза.

Литература:

1. Двойников С.И., Лапик С.В. Ситуационное обучение в сестринском деле: Учеб. пособие. - М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.
2. Морозова Г. И. Основы сестринского дела. Ситуационные задачи. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
3. Вершинина С. Ф., Потявина Е. В. Самое важное об онкологических заболеваниях. - М.: Вектор, 2013.
4. Туркина Н.В. Общий уход за больными: Учеб. пособие. - М.: КМК, 2007.
5. Бубнов В.Г. Основы медицинских знаний: Учеб. Пособие. - М.: АСТ: Астрель, 2005.
6. Рой С.В., Заводнова О.С., Бойко Н.В. Сестринский уход: Учеб. – метод. Пособие. – Ставрополь.: СтГМА, 2011.
7. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. - СПб.: Питер, 2001.



ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ-АНЕСТЕЗИСТА В ПРОВЕДЕНИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ПАЦИЕНТКАМ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Шелема А.В., Баранова Н.В.,

БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск

Введение. Преэклампсия – это мультисистемное патологическое состояние, возникающее во второй половине беременности (после 20-ой недели), характеризующееся артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией, отёками и проявлениями полиорганной недостаточности.

На сегодняшний день ни одна проблема в акушерстве не вызывает столь пристального внимания, как проблема преэклампсии и эклампсии. В общей популяции беременных женщин частота преэклампсии составляет 5-10%, а эклампсии - 0,05%. В мировой структуре материнской смертности доля преэклампсии составляет 12%, а в развивающихся странах этот показатель достигает 30%. В настоящее время преэклампсия в развивающихся странах является основной причиной перинатальной заболеваемости и смертности. До 18% случаев антенатальной гибели плода связано и гипертензионными осложнениями беременности. В России доля преэклампсии и эклампсии в структуре материнской смертности занимает третье место после экстрагенитальной патологии и акушерских кровотечений и составляет 14% (2016 г).

Материалы и методы. Осложнения преэклампсии:

- эклампсия;
- острое нарушение мозгового кровообращения;
- отслойка сетчатки глаза;
- острый жировой гепатоз;
- HELP-синдром;
- острая почечная недостаточность;
- отслойка плаценты;
- антенатальная гибель плода.

В настоящее время не существует ни одного теста с достаточной чувствительностью и специфичностью, обеспечивающего раннюю



диагностику и выявление факторов риска развития преэклампсии. Поэтому проведение расширенного гемодинамического мониторинга пациенткам с преэклампсией, находящимся на лечении в отделении реанимации, составляет основу профилактики осложнений преэклампсии.

Статистические данные о пролеченных пациентках с преэклампсией в отделении анестезиологии-реанимации перинатального центра БУЗОО «ОКБ»

Год	Всего пролечено пациенток	Умеренная преэклампсия	Тяжелая преэклампсия	Всего пациенток с преэклампсией
2015	1692	122	26	148
2016	1762	85	30	115
2017	1688	95	30	124

Количество пациенток с преэклампсией, поступающих в отделение реанимации, из года в год остается достаточно высоким и не имеет тенденции к уменьшению. 50% пациенток данной категории поступают по неотложной помощи, что можно объяснить быстрым развитием данного осложнения беременности особенно во втором и третьем триместре.

Задачи. Главными задачами медицинской сестры-анестезиста палаты реанимации и интенсивной терапии являются:

- проведение расширенного гемодинамического мониторинга;
- диагностика изменений в состоянии пациентки с целью своевременной коррекции интенсивной терапии.

Все пациентки с тяжелой преэклампсией, а также часть пациенток с умеренной преэклампсией поступают в отделение реанимации и интенсивной терапии для лечения и предоперационной подготовки. Предоперационная подготовка пациенток с тяжелой преэклампсией занимает около двух часов, а срок лечения умеренной преэклампсии зависит от эффективности проводимой терапии.

С момента поступления пациентки с преэклампсией в палату реанимации, медицинская сестра-анестезист оценивает её общее со-



стояние, подключает и настраивает следящую аппаратуру (вводит параметры пациентки – вес, рост, возраст), проводит неинвазивный мониторинг артериального давления и параметров гемодинамики методом объемно-компрессионной осциллометрии.

Используя современные аппараты, медицинская сестра-анестезист осуществляет мониторинг следующих показателей гемодинамики: сердечный выброс, ударный объем, мощность сокращения левого желудочка, систолическое и диастолическое давление, среднее давление, системное сосудистое сопротивление, ударный и сердечный индексы. Данные гемодинамического наблюдения медицинская сестра вносит в электронный лист наблюдения. На основании полученных результатов врач-анестезиолог-реаниматолог определяет тип кровообращения и назначает интенсивную терапию.

Во время нахождения пациентки в палате реанимации медицинская сестра-анестезист осуществляет тщательное наблюдение за её состоянием: контроль артериального давления, частоты пульса, системного сосудистого сопротивления, сатурации кислорода в крови, частоты дыхания. Кратность измерения зависит от тяжести преэклампсии:

- при тяжелой преэклампсии – через 5-10 минут;
- при умеренной преэклампсии до стойкой стабилизации состояния и в последующем – каждые 30 минут.

О малейших изменениях в состоянии пациентки, данных гемодинамического мониторинга медицинская сестра своевременно информирует лечащего врача анестезиолога-реаниматолога.

Резюме. Важность расширенного гемодинамического мониторинга преэклампсии, в проведении которого принимает участие медицинская сестра-анестезист, не вызывает сомнений. Он позволяет проводить дифференцированную интенсивную терапию, составляющую основу профилактики осложнений преэклампсии.

Благодаря внедрению расширенного гемодинамического мониторинга методом объемно-компрессионной осциллометрии, позволяющего своевременно реагировать на изменение клинической ситуации, удалось избежать тяжелых перинатальных исходов преэклампсии, повысить эффективность предоперационной подготовки, сократить сроки пребывания пациенток в палате реанимации.



Литература:

1. Куликов А.В., Шифман Е.М. Клинические рекомендации (ООО «Федерация анестезиологов и реаниматологов», (МНОАР), ООО регионарной анестезии и лечения острой боли, Кафедра анестезиологии и реаниматологии РУДН, Кафедра анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ПП УГМУ) «Теория и практика анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии». – 2018. - С. 62 – 76.

ОРГАНИЗАЦИЯ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ «РЕАБИЛИТАЦИЯ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ»

Якубовская О.А.,

БУЗОО «Клинический онкологический диспансер», г. Омск

Введение. В России, как и во всем мире, неуклонный рост заболеваемости колоректальным раком, хроническими воспалительными заболеваниями кишечника (ХВЗК) и другими видами патологии толстой кишки приводит к увеличению количества операций, заканчивающихся формированием кишечной стомы. Наличие тяжелых сопутствующих заболеваний и позднее обращение больных так же приводят к невозможности одномоментного радикального вмешательства. Таким образом, до 60% операций, выполненных по экстренным показаниям, заканчиваются формированием стомы, около 45% временных кишечных стом остаются, в итоге, постоянными.

По данным ВОЗ, число стомированных пациентов на 100000 населения составляет 100-150 человек. Несмотря на высокий уровень хирургической реабилитации, число стомированных в России приближается к 150 000 человек. В учреждениях здравоохранения Омска ежегодно выполняется более 300 операций, заканчивающихся выведением колостомы. В Омской области на данное время более 2000 стомированных пациентов.

Актуальность проблемы подчеркивает еще и тот факт, что стомированные пациенты, пожалуй, самая незащищенная в медицинском



и социальном отношении группа инвалидов. Многими исследованиями доказано, что даже люди без рук или без ног находят свое место в обществе. Совершенно иная ситуация складывается в результате стомирования: неконтролируемое отхождение газов и содержимого кишечника делает для стомированных пациентов невозможным пребывание в рабочем коллективе, в обществе друзей и знакомых. Их жизненное пространство резко сужается, что часто приводит к разрушению семей и даже к попыткам покончить жизнь самоубийством.

В результате страдают не только сами пациенты, но и члены их семей. Далеко не каждый стомированный человек может самостоятельно справиться с возникшими перед ним проблемами. В результате, стомированные люди оказываются, в большинстве своем, полностью потерянными для общества, хотя 20-30% из них – это люди трудоспособного возраста. Зачастую они вынуждены менять образ жизни, характер работы, а нередко и вовсе ее теряют. Причинами этого могут быть:

- недостаток информации;
- недостаток восприятия и понимания со стороны близких;
- социальная изоляция;
- физическая и эмоциональная изоляция.

Цель организации школы здоровья - формирование мотивации к адаптации в качественно новых условиях жизни, выполнению всех рекомендаций медицинских работников.

Задачи обучения в школе здоровья:

1. Предоставить пациентам необходимую информацию о заболевании, последствиях и их решение.
2. Сформировать у пациентов адекватное отношение к заболеванию и правильную оценку своего состояния.
3. Привить навыки правильного поведения, способствующего улучшению качества жизни пациентов, профилактики осложнений, путем повышения их гигиенической грамотности.
4. Обучить пациентов методам самоконтроля своего состояния и необходимых реабилитационных мероприятий, с учетом психологического и эмоционального состояния.

Материалы и методы. Силами медицинских сестер и врачей были созданы методические рекомендации по обучению пациентов, с



учетом восприятия имеющегося онкологического заболевания. На основании поставленных целей и задач составлен план проведения занятий в школе здоровья. Занятия проводятся по составленному плану, в специально оборудованном кабинете, если пациент находится в послеоперационном периоде, то обучение проводится в палате, с достаточным количеством наглядного материала.

В структуре занятий 20-30% составляет лекционный материал, 30-50% - практические занятия, 20-30% - отводится на обсуждения, дискуссии, ответы на вопросы; 10% - на индивидуальное консультирование. Занятия проводятся в виде лекций, бесед, дискуссий. Один раз в месяц для амбулаторных пациентов и их родственников проводится День стомированного пациента. По желанию пациентов проводятся встречи с теми, кто уже перенес подобную операцию и имеет практический опыт жизни со стомой.

Численность группы составляет от 10 до 15 человек. Длительность занятий – 60 мин., обучающий цикл – 11 занятий. Во время занятий обучаемые ведут записи и дневник самоконтроля, проводят самооценку.

Результаты. К последнему занятию пациенты:

- самостоятельно применяют полученные знания для самоконтроля за состоянием здоровья, проводят самооценку;
- правильно ведут дневник питания, благодаря которому могут регулировать стул с помощью диеты.

Выводы:

- школа здоровья представляет собой согласованную, последовательную, восстановительную работу по реализации задач обучения, профилактики, оказания моральной и психологической помощи пациентам;
- занятия являются реальной возможностью получения знаний и умений для адаптации пациентов к изменившимся условиям жизни;
- в процессе работы школы здоровья подготовлены и апробированы методические рекомендации и памятки, которые используются не только на стационарном этапе, но и на дому;
- оказание специализированной помощи в школе здоровья позволило сократить сроки реабилитации, улучшить качество жизни пациентов.



Литература:

1. Аюпов Р.Т. Современные подходы к лечению распространенного колоректального рака / Р. Т. Аюпов // Креативная хирургия и онкология. - 2010. — № 3. — С. 32–36.
2. Гринев М.В. Современные подходы к лечению колоректального рака, осложненного острой кишечной непроходимостью / М. В. Гринев, Р. В. Крачун, О. В. Быбков // Скорая мед. помощь. — 2004. — № 3.
3. Чикинёв Ю.В. Поздние осложнения колостом, сформированных в условиях кишечной непроходимости / Ю.В. Чикинёв, Р.П. Задильский // Медицина и образование в Сибири – 2015. - № 3.
4. Воробьев Г.И. Кишечные стомы / Г.И. Воробьев, П.В. Царьков // Учебно-справочное пособие. – М.: МНПИ, 2001.

