

АССОЦИАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ
СОДЕЙСТВИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ
С ВЫСШИМ СЕСТРИНСКИМ, СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ
И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ
«СОЮЗ МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ»



СОЮЗ МЕДИЦИНСКИХ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
ОРГАНИЗАЦИЙ

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ

Материалы научно-практической конференции
(г. Пенза, 21–22 мая 2026 года)

**АССОЦИАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ
СОДЕЙСТВИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ
С ВЫСШИМ СЕСТРИНСКИМ, СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ
И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ
«СОЮЗ МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
ОРГАНИЗАЦИЙ»**



**СОЮЗ МЕДИЦИНСКИХ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
ОРГАНИЗАЦИЙ**

**АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ
ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА
И ДОСТУПНОСТИ ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ
ПЕРСОНАЛОМ**

Материалы научно-практической конференции
(г. Пенза, 21–22 мая 2026 года)

Пенза – 2026

УДК 614.25
ББК 51.1(2)2
А 43

А 43 **Актуальные аспекты повышения качества и доступности оказания медицинской помощи средним медицинским персоналом.** Материалы научно-практической конференции : сб. статей. – Пенза : ИП Соколов А.Ю., 2026. – 292 с.

ISBN 978-5-906631-53-4

© Союз медицинских
профессиональных организаций, 2026

СОДЕРЖАНИЕ

Абульханова Равия Равильевна, Усманова Ольга Константиновна ПРОГРАММА НАСТАВНИЧЕСТВА «ПЕДАГОГ-ПЕДАГОГ», КАК ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЕ ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА СПО	8
Алябьева Людмила Макаровна ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ТРЕХЛЕТНЕГО ОПЫТА НАСТАВНИЧЕСТВА В ГБУЗ НО «ГКБ № 40»	14
Афанасьева Мария Николаевна ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР С ПАЦИЕНТАМИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ.....	18
Ахметова Юлия Сергеевна, Курченкова Наталья Владимировна ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ НОВОЙ ОРГАНИЗАЦИОННО ПРАВОВОЙ МОДЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ (УНИВЕРСАЛЬНОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УСЛОВИЯХ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА.....	26
Бердникова Кристина Павловна ОРГАНИЗАЦИЯ КОМФОРТНОГО МЕДИЦИНСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	33
Брызгалова Ольга Михайловна, Иванова Ольга Вячеславовна ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОЧЕГО ПРОСТРАНСТВА В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ. ПУТЬ К СОВЕРШЕНСТВУ	36
Вагина Елена Владимировна СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ	43
Воробьева Ольга Дмитриевна АСПЕКТЫ РЕВЕРСИВНОГО НАСТАВНИЧЕСТВА В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ	46
Гарипов Равиль Рашидович ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С РАБОТОДАТЕЛЕМ КАК ОДИН ИЗ АСПЕКТОВ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ	51
Гуцу Марина Александровна К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	56

Даурцева Надежда Владимировна АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК УПРАВЛЯЕМЫЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА: РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ И УХОДЕ	63
Жигарева Елена Владимировна, Коробейникова Наталия Николаевна ЭЛЕКТРОННЫЙ ДОКУМЕНТООБОРОТ – КАК ИНСТРУМЕНТ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ОПЫТ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА НА ПРИМЕРЕ ГУЗ «КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА» (г. ЧИТА, ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ КРАЙ)	71
Кадникова Екатерина Анатольевна СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА РАЗВИТИЕ ПОТЕНЦИАЛА КОМПЕТЕНЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛИЗМА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	78
Капралова-Тиханович Ксения Сергеевна НАСТАВНИЧЕСТВО	80
Карабанова Наталья Анатольевна ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПАЛЛИАТИВНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ В ГАУ ДПО НО «ЦЕНТР ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»	84
Касымова Лола Казимовна СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ	92
Кириллова Юлия Валерьевна, Смолина Альбина Викторовна РОЛЬ ВАКЦИНАЦИИ В ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ	96
Коротеева Людмила Анатольевна, Сергеева Яна Александровна ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЕВОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА	100
Коротеева Зарина Саьдуллаевна МОНИТОРИНГ ГЕМОДИНАМИКИ НОВОРОЖДЕННЫХ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ	106

Кочетова Анна Михайловна, Салов Алексей Николаевич АКТУЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	111
Кочетовская Елена Александровна ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ВЕКТОР ЦИФРОВОГО ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ.....	116
Кувшинова Нина Евгеньевна, Петрунина Светлана Анатольевна ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ. ИЗУЧЕНИЕ НАПРЯЖЕННОСТИ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА К ВГВ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ГАУЗ «РККВД»	121
Лобецкая Татьяна Николаевна, Хангашкан Софья Дармаевна ПРОФИЛАКТИКА РАЗЛИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ОРТОПЕДО – ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ И РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ЭТОМ ПРОЦЕССЕ	123
Лубская Татьяна Александровна НАСТАВНИЧЕСТВО ГЛАЗАМИ МОЛОДОГО СОТРУДНИКА.....	131
Макарова Елена Леонидовна, Иванова Ольга Вячеславовна ОПЫТ РАБОТЫ АКУШЕРКИ С ПАЦИЕНТКОЙ НА ЭТАПЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА.....	135
Никитенко Екатерина Михайловна ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА.....	140
Никулина Светлана Викторовна ПРИЗНАНИЕ УСПЕШНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРАКТИКИ. ПРОЦЕСС ОПТИМИЗАЦИИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ.....	146
Озерова Анастасия Владимировна, Назарова Елизавета Александровна ВНЕДРЕНИЕ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	153
Паршина Светлана Дмитриевна ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЕТЕРАНОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ «РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №5»	159

Петренко Елена Владимировна ОРГАНИЗАЦИЯ МОНИТОРИНГА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	163
Петрунина Светлана Анатольевна, Серодеев Линар Айдарович, Кувшинова Нина Евгеньевна ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ УЧАСТИЯ СРЕДНЕГО ПЕРСОНАЛА В «ШКОЛЕ ПСОРИАЗА И ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ»	166
Пляскина Виктория Ильинична ВАЖНОСТЬ ПАЦИЕНТОЦЕНТРИЧНОГО ПОДХОДА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	169
Поклад Людмила Александровна, Дюктова Марина Станиславовна ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО СЕСТРИНСКОГО ПРИЁМА В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ (на примере ГБУЗ НО «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №50» г. НИЖНЕГО НОВГОРОДА)	175
Пономарева Татьяна Михайловна ЛУЧШАЯ ПРАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРОДОЛЖАЕТ СВОЮ УСПЕШНУЮ РЕАЛИЗАЦИЮ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ	178
Рыжова Яна Александровна НАСТАВНИЧЕСТВО В МЕДИЦИНЕ. ФОРМЫ, МОДЕЛИ НАСТАВНИЧЕСТВА	184
Сажина Наталья Павловна ПРЕИМУЩЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРЕ КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ (СКП)	192
Семенова Людмила Владимировна ФОРМИРОВАНИЕ ПАТРИОТИЧЕСКОГО МИРОВОЗЗРЕНИЯ У БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО И ВОСПИТАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА	196
Сергеева Яна Александровна, Коротеева Зарина Саьдуллаевна ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЁННОМУ ПРИ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ ДЫХАНИЯ, В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА	201

Степанова Алла Сергеевна ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА: РУКОВОДСТВО ДЛЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	207
Туркина Наталия Викторовна, Безрукова Наталья Александровна КАЧЕСТВО ПРЕПОДАВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	214
Туркина Наталия Викторовна, Казунина Анжелика Владимировна, Безрукова Наталья Александровна ТЕРМОМЕТРИЯ ВЧЕРА И СЕГОДНЯ	220
Туркина Наталия Викторовна, Казунина Анжелика Владимировна, Безрукова Наталья Александровна ПРОБЛЕМЫ И ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ПРОЛЕЖНЯМИ	236
Туркина Наталия Викторовна, Сарафразова Анна Васильевна, Казунина Анжелика Владимировна, Безрукова Наталья Александровна СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ И ПРОБЛЕМЫ ВАКЦИНАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ	255
Туркина Наталия Викторовна СОВРЕМЕННЫЙ УЧЕБНИК ПО ДЕСМУРГИИ	267
Хамраева Анжелика Геннадьевна, Туркина Наталия Викторовна, Матвеева Ольга Геннадьевна, Казунина Анжелика Владимировна, Безрукова Наталья Александровна РОЛЬ МЕДСЕСТЁР В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	271
Чумилина Светлана Ивановна, Цыденова Александра Владимировна ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ ОРГАНИЗМА НОВОРОЖДЕННЫХ И МЛАДЕНЦЕВ В ОРИТ	278
Шабальцова Ольга Викторовна, Царёва Татьяна Викторовна ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С НЕКРОТИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО	284

ПРОГРАММА НАСТАВНИЧЕСТВА «ПЕДАГОГ-ПЕДАГОГ», КАК ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЕ ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА СПО

Абульханова Равия Равильевна, Усманова Ольга Константиновна
ГАПОУ РБ «Стерлитамакский медицинский колледж»
г. Стерлитамак, Россия

Создание программ наставничества подчиняется современным тенденциям. В настоящее время не только национальный проект «Образование» ставит задачу внедрения целевой модели наставничества в образовательных организациях, но и сама жизнь учит нас передавать опыт молодому поколению с учетом современных тенденций и технологий [6].

Современной образовательной организации нужны преподаватели, обладающие профессиональными компетенциями и самостоятельным мышлением, способные формировать общечеловеческие ценности и осмысленно включаться в инновационные процессы. Освоение азов профессиональной дисциплины - достаточно длительный процесс, включающий формирование профессиональной компетентности и профессионально важных качеств [1].

Начинающие преподаватели мало знают о повседневной педагогической практике, и эта проблема особенно актуальна в связи с тем, что переход на новые ФГОС повысил требования к профессиональному развитию каждого специалиста.

Начинающим преподавателям необходима профессиональная поддержка в приобретении педагогических навыков. Необходимо создать ситуацию, в которой работа молодого учителя будет успешной, способствовать развитию его личности и содействовать формированию его индивидуального стиля работы, профессиональному росту.

Профессиональная поддержка необходима не только молодым начинающим преподавателям, но и преподавателям, которые впервые пришли в конкретное учебное заведение. Им необходимо помочь адаптироваться к новым условиям, ознакомить с педагогической документацией, оказать методическую поддержку в работе [2].

Решению этих стратегических задач способствует создание гибкой и подвижной системы обучения, способной оптимизировать

процесс профессионального развития молодых и вновь прибывших преподавателей, сформировать у них мотивацию к самосовершенствованию, саморазвитию и самореализации.

Для этого необходимо в педагогической организации разработать программу для оказания помощи в организации наставнической деятельности с молодыми и вновь прибывшим преподавателями.

В нашем колледже имеется программа, тесно связанная с действующей документацией колледжа (планы предметной и внеклассной работы, планы воспитательной работы, журналы по технике безопасности, и др.). В колледже с теплотой и доброжелательностью относятся к вновь прибывшим и молодым специалистам [3].

Программа наставничества направлена на достижение следующей цели - максимальное раскрытие потенциала личности подопечного, необходимого для успешной личностной и профессиональной самореализации в сложившейся определенной ситуации, и создание условий для формирования эффективной системы поддержки, самоопределения и профессиональной ориентации молодых, вновь прибывших специалистов.

Для этого необходимо, совместно с курируемым педагогом, установить срок реализации программы.

Срок реализации программы наставничества составляет один год. Это связано с тем, что наставнику удобнее анализировать проделанную с подопечным работу, так как в течение года могут меняться сотрудники колледжа, опытные наставники могут уйти на заслуженный отдых, а молодые или начинающие преподаватели могут сменить работодателя. Поэтому срок действия данной программы наставничества определен в один год, чтобы ее можно было адаптировать к текущей ситуации, добавить новую информацию и убрать старую.

Основной формой наставничества в Программе является «преподаватель наставник – преподаватель начинающий». В этой форме молодой специалист (с опытом работы от 0 до 3 лет) или новый сотрудник (при смене места работы) взаимодействует с опытным и обеспеченным ресурсами педагогом, который оказывает всестороннюю поддержку первому [8].

Элементами методик, используемых в данной программе, являются традиционные модели наставничества, ситуационное настав-

ничество, партнерское наставничество, саморегулирующееся наставничество, медиация и проектное наставничество.

Если у подопечного возникают личные проблемы, проблемы с обучающимися или родителями, трудности в разрешении педагогических ситуаций, ему помогает служба медиации, куда входят зав. отделом по воспитательной работе, педагог-психолог. Сами молодые специалисты также помогают опытным преподавателям овладеть современными навыками, терминологией и методиками [5].

Сущность наставничества – организация работы с каждым специалистом, приступившим к работе в учреждении, независимо от должности и направления деятельности. Она базируется на следующих принципах:

Индивидуальность – выбор формы и вида работы со специалистом, который определяется требованиями должности и рабочего места.

Непрерывность - целенаправленный процесс адаптации и развития специалиста, продолжающийся в течение трех лет.

Эффективность, где обязательным является регулярная оценка результатов профессиональной адаптации и развития.

В медицинском колледже города Стерлитамака выработаны ряд требований, предъявляемые к молодым специалистам. Они должны:

- Изучить нормативные документы, определяющие трудовую деятельность, организацию, комплектование, особенности учебной деятельности и должностные обязанности молодых специалистов;
- Составить и выполнять план профессионального развития в течение определенного периода времени;
- Постоянно стремиться к повышению своего профессионального уровня и приобретению практических навыков, необходимых для работы.

В результате правильной организации деятельности по наставничеству молодые (новые) специалисты на высоком уровне включаются в педагогическую деятельность и культурную жизнь образовательной организации, укрепляется их уверенность в себе, развивается их личностный, творческий и педагогический потенциал. Это положительно скажется на уровне обучения и воспитания, а также на психологическом климате в образовательной организации [7].

Формы и методы работы с молодыми и начинающими специалистами, которые традиционно применяются в нашем колледже: диалоги; собеседования; тренинги; встречи с опытными педагогами, которые дают открытые уроки; внеклассные мероприятия; тематические педагогические рекомендации; курсы, методические консультации, наблюдения за уроками и взаимопосещение уроков.

Это положительно сказывается на уровне обучения и воспитания студентов, а также на психологическом климате в медицинском колледже. При этом увеличивается число специалистов, желающих продолжить работу в качестве преподавателей в нашем коллективе, то есть собственных профессиональных работников - молодых специалистов.

Программа наставничества для педагога-наставника, разработанная в нашем колледже, включает в себя следующие этапы:

1. Определение целей и задач. Педагог-наставник и педагог-подопечный должны вместе определить, что они хотят достичь в результате программы наставничества. Это могут быть развитие профессиональных навыков, улучшение методики преподавания, повышение квалификации и т.д.

2. Подготовительный этап. Педагог-наставник подробно знакомит педагога-подопечного с основными принципами и методиками, которые будут использоваться во время программы. Также проводится анализ текущих навыков и уровня подготовки педагога-подопечного.

3. Разработка плана уроков и занятий. Педагог-наставник и педагог-подопечный вместе разрабатывают план уроков и занятий, учитывая основные темы и задачи, которые необходимо освоить. План может быть составлен на неделю, месяц или на весь период программы.

4. Проведение уроков и занятий. Педагог-наставник наблюдает за работой педагога-подопечного, оказывает ему методическую поддержку и дает рекомендации по улучшению работы. Он может проводить совместные уроки, моделировать уроки или анализировать записи уроков.

5. Регулярный анализ и обратная связь. Педагог-наставник промежуточно и в конце программы оценивает достигнутые результаты и уровень развития педагога-подопечного. Вместе с педагогом-подопечным они анализируют сильные стороны и области для улучше-

ния. Оценка и обратная связь могут быть устными или письменными.

6. Поддержка после завершения программы. Педагог-наставник может поддерживать педагога-подопечного и после завершения программы. Он может быть доступен для консультаций, обсуждения проблем и вопросов по преподаванию. Важно отметить, что программа наставничества должна быть гибкой и адаптироваться под конкретные потребности педагога-подопечного [4].

Наставничество играет важную роль в поддержке и развитии профессионального роста в различных областях. Вот несколько ключевых аспектов значения наставничества:

1. Передача знаний и опыта: Наставничество дает возможность опытным специалистам и лидерам делиться своими знаниями, опытом и навыками с новичками, что способствует передаче профессиональных знаний и формированию навыков.

2. Менторство и развитие: Наставничество способствует развитию новых специалистов, создает возможность для их управления, улучшает их учебный процесс и учебную кривую.

3. Поддержка при профессиональном росте: Наставничество обеспечивает поддержку и руководство для новых специалистов в процессе обучения, позволяя им успешно интегрироваться в работу.

4. Стимулирование саморазвития: Наставничество способствует стимулированию самостоятельного и устойчивого профессионального развития, включая лидерство и управление [9].

Список литературы

1. Гафнер, Ю.А. Опыт реализации целевой модели наставничества в форме «преподаватель-преподаватель» [Электронный ресурс] / Ю. А. Гафнер // Академический вестник. Вестник СПб АППО. - 2022. - №2. - С.71-74.

2. Дробышев, Е. Ю. Модель взаимодействия педагога-наставника и обучающегося в ходе учебно-исследовательской деятельности [Электронный ресурс] / Е. Ю. Дробышев // Педагогика. – 2023. – Т. 87, № 9. – С. 68–77.

3. Забгаева, Т.В. Формирование и развитие системы наставничества в СПО [Электронный ресурс] / Т. В. Забгаева // Академический вестник. Вестник СПб АППО. - 2022. - №2. - С.48-51.

4. Концепция развития наставничества в Российской Федерации (проект): [утверждена на президиуме РАО 29.06.2023] / ФГБУ Российская академия образования [Электронный ресурс] // Педагогика. – 2023. – Т. 87, № 8. – С. 18–29.

5. Наставничество: стратегии и формы обучения, воспитания и развития. [Текст] Вып. 2 (6) / под редакцией Д. М. Шакировой ; коллектив авторов: Н. Н. Исланова [и др.]. – Казань : ГАОУ ДПО ИРО РТ, 2020. – 76 с. – (Серия: Методология. Технологии. Инновации).

6. Основы государственной молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 года, утверждены распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 ноября 2014 г. № 2403-Р [Электронный ресурс].

7. Подугольникова, Э. А. Практика реализации модели наставничества / Э. А. Подугольникова, И. Н. Ивченко [Электронный ресурс] // Дополнительное образование и воспитание. – 2023. – № 10. – С. 3–6.

8. Приказ Минтруда России от 18.10.2013 № 544н (с изм. от 25.12.2014) «Об утверждении профессионального стандарта «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)», зарегистрировано в Минюсте России 06.12.2013 № 30550 [Электронный ресурс].

9. Распоряжение Министерства просвещения Российской Федерации от 25 декабря 2019г. № Р-145 «Об утверждении методологии (целевой модели) наставничества обучающихся для организаций, осуществляющих образовательную деятельность по общеобразовательным, дополнительным общеобразовательным и программам среднего профессионального образования, в том числе с применением лучших практик обмена опытом между обучающимися» [Электронный ресурс].

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ТРЕХЛЕТНЕГО ОПЫТА НАСТАВНИЧЕСТВА В ГБУЗ НО «ГКБ № 40»

Алябьева Людмила Макаровна
ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 40
Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»,
г. Нижний Новгород, Россия

Современная система здравоохранения переживает значительные изменения, связанные с внедрением новых медицинских стандартов, расширением компетенций среднего медицинского персонала и активным развитием технологий. В этих условиях роль средних медицинских работников становится особенно важной, так как на их долю приходится основная часть всех лечебно-диагностических мероприятий и ухода за пациентами.

В России институт наставничества в здравоохранении получил законодательное признание. Профессиональный стандарт «Специалист в области сестринского дела» (Приказ Минтруда № 475н) включает наставничество в перечень ключевых трудовых функций старших медсестер и высококвалифицированных специалистов.

Однако подготовка специалистов среднего звена сталкивается с рядом проблем:

- разрыв между теоретическим обучением и практическими реалиями медицинской практики. Практически все выпускники колледжей, по результатам нашего анкетирования, отмечают эту проблему.
- высокий спрос на квалифицированные кадры и низкая закрепляемость выпускников. Новейшее оборудование на котором приходится работать молодым специалистам, высокая нагрузка и ответственность за жизни пациентов пугают на первом этапе становления.

Традиционные методы адаптации, такие как краткосрочные практики и инструктажи, оказываются недостаточными в условиях современной медицины. В этих условиях наставничество становится ключевым элементом, обеспечивающим непрерывное профессиональное развитие и передачу знаний и опыта.

Наставничество - это комплексная система поддержки, включающая три основных компонента: образовательный, адаптационный и воспитательный. Образовательный компонент направлен на передачу специализированных знаний и умений, адаптационный - на интегра-

цию в коллектив и ознакомление с внутренними правилами организации, а воспитательный - на формирование профессиональной идентичности и этических принципов.

ВГБУЗ НО «Городская клиническая больница №40 Автозаводского района города Нижнего Новгорода» наставничество стало официальным инструментом работы с молодыми специалистами - приказом главного врача от 28.04.2022 г. назначены ответственные лица за организацию наставничества молодых специалистов из наиболее опытных и ответственных медицинских сестёр и акушерок учреждения.

В порядке отбора определены наставники (критерии: стаж не менее 5 лет, наличие высшей или первой квалификационной категории, педагогическая компетентность, отсутствие дисциплинарных взысканий), которые в дальнейшем проходят обучение наставников (психолого-педагогический минимум, методика обратной связи, основы конфликтологии).

Также в учреждении проводится разработка локальных нормативных актов (Положение о наставничестве, индивидуальные планы адаптации).

В первые 2 месяца у молодого специалиста возможны снижение самооценки и мотивации, поэтому наставником ему определяется задача, которую новичок способен закрыть самостоятельно и быстро.



Рисунок 1. Встреча с молодыми специалистами

Принцип наставничества: Первый успех (даже маленький) должен случиться до того, как наступит кризис адаптации.

Наставничество играет важную роль в формировании культуры безопасности, сокращении ошибок и соблюдении клинических стандартов. Исследования показывают, что в медицинских учреждениях, внедривших систематическое наставничество, частота внутрибольничных пролежней уменьшается на 50%, а постинъекционных осложнений – на 70%.

Наставники обучают новых сотрудников прогнозировать результаты своих действий, что повышает эффективность ухода.

Одной из важных задач наставничества является обучение новичков ведению медицинской документации. Наставники контролируют правильность заполнения карт сестринского наблюдения, что обеспечивает преемственность в оказании медицинской помощи и имеет юридическое значение.

Наставники играют важную роль в формировании профессиональной идентичности молодых специалистов, помогая им не бояться принимать решения, быть компетентными и увидеть перспективы карьерного роста. Наличие наставника снижает уровень тревожности и стресса у молодых специалистов в первые месяцы работы.

В условиях амбулаторно-поликлинического звена наставничество позволяет быстро ввести новых сотрудников в должность, обеспечить взаимозаменяемость и снизить количество жалоб на качество обслуживания.

Для достижения максимальной эффективности система наставничества должна быть тщательно структурирована и адаптирована к конкретным условиям медицинской организации. Выделяют три основные модели наставничества: индивидуальную, групповую и ротационную.

Эффективная система наставничества включает несколько ключевых этапов:

1. Подготовительный этап: назначение ответственных лиц, отбор наставников, обучение наставников, разработка локальных нормативных документов.

2. Адаптационный этап: совместная работа в сменах, постепенное освоение обязанностей, регулярные встречи наставника и наставляемого.

3. Оценочный этап: контроль знаний и умений, аттестация по итогам адаптации, оценка эффективности наставничества

Ключевой проблемой, препятствующей развитию наставничества, является недостаток эффективных механизмов мотивации. Наставничество требует дополнительной нагрузки. Материальная компенсация затрат времени и ресурсов, моральная - грамоты, благодарственные письма, признание заслуг наставника являются неотъемлемой частью данного механизма.

Для оценки эффективности наставничества необходимо использовать следующие группы показателей:

- процессные показатели: доля молодых специалистов с наставниками, наличие индивидуальных планов адаптации, регулярность оценочных мероприятий.

- кадровые показатели: текучесть новых сотрудников, средняя продолжительность адаптационного периода, доля наставляемых, успешно прошедших аттестацию.

- клинические и организационные показатели: динамика качества медицинской помощи, укомплектованность штата, время ожидания медицинской помощи.

Опыт работы трех лет в нашем учреждении показал положительные результаты наставничества.

Без наставничества молодой специалист тратит от 6 до 12 месяцев на «вхождение» в ритм отделения, чтобы перестать бояться самостоятельной работы. С опытным наставником срок сократился от 2 месяцев до полугода.

Произошло снижение количества ошибок и дефектов оказания помощи. Это значительное снижение количества жалоб и инцидентов, связанных с человеческим фактором у молодых специалистов (неправильная маркировка пробирок, ошибки в выборке назначений, пропущенные назначения).

Увеличение процента закрепления кадров. Если до внедрения наставничества из 10 принятых молодых специалистов через год оставались 5-6, то после внедрения системы – 9-10. Из 44 принятых в 2025 году молодых специалистов продолжили работу 40.

Снижение уровня синдрома эмоционального выгорания у новичков благодаря психологической поддержке наставника. Также большую роль в снижении СЭВ играет корпоративный дух нашего учреж-

дения. Это спортивные мероприятия, выезды на туристические базы, проведение празднования Дня медицинского работника, Нового года и т.п. Подготовкой занимаются опытные сотрудники и молодые специалисты, что сближает еще больше. Неформальная обстановка благоприятно влияет на взаимоотношения. Важным фактором является способность мыслить и предлагать свои идеи молодежи для воплощения их в жизнь учреждения. Таким образом они чувствуют свою значимость в общем деле и это еще более укрепляет связь поколений.

Формирование кадрового резерва. Трехлетний цикл – это достаточный срок, чтобы вырастить из «зеленого» специалиста лидера среднего звена. Результат: перевод на должности перевязочных и процедурных медицинских сестёр, должности на которые требуются более опытные специалисты.

Положительный результат трехлетнего опыта наставничества в ГБУЗ НО «ГКБ № 40» выражается в переходе от стихийной адаптации к управляемому развитию, следствием чего является безопасность пациентов и стабильность кадрового состава.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР С ПАЦИЕНТАМИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ

Афанасьева Мария Николаевна
ФГБ ПОУ «Ульяновский фармацевтический колледж»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Ульяновск, Россия

Практический опыт медицинских сестер охватывает комплексный уход, реабилитацию и психологическую поддержку пациентов при различных заболеваниях и состояниях, обеспечивая их безопасность, независимость и комфорт. Работа включает мониторинг состояния, выполнение манипуляций, эмпатичное общение и обучение самопомощи, что требует профессионализма и соблюдения этических норм.

Умение слушать, понимать пациента, поддерживать контакт с семьей, проявляя эмпатию для создания атмосферы доверия – коммуникативная компетентность предполагает не только наличие определенных психологических, но и сформированность некоторых спе-

циальных навыков: умения устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы.

Для медицинских сестер важно владение собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Адекватная коммуникация предполагает правильное понимание пациента и соответствующее реагирование на его поведение. Независимо от того, в каком душевном состоянии находится пациент, испытывает ли он гнев или печаль, беспокойство, тревогу или отчаяние, медицинские сестры должны уметь с ним взаимодействовать, адекватно строить отношения, добиваясь решения профессиональных задач.

Под коммуникативной компетентностью медицинского работника понимают определённый уровень межличностного и профессионального опыта взаимодействия с окружающими, который необходим для успешного функционирования в профессиональной сфере и обществе.

Важнейшей составляющей профессиональной коммуникации является ее органичная связь с определенным типом внутринациональной речевой культуры, с творческим использованием в ней системных возможностей языка.

Принято выделять три аспекта речевой культуры: нормативный, коммуникативный и этический.

Нормативный аспект представляет собой языковую компетенцию личности, то есть знание норм употребления языковых средств и их правильного применения в ходе общения.

Коммуникативный аспект проявляется в коммуникативных качествах речи, таких как правильность, целесообразность, точность высказывания, логичность изложения, выразительность, богатство, ясность и доступность речи, ее чистота, эстетичность, уместность. Коммуникативной стороне общения свойственны наличие: обратной связи; коммуникативных барьеров; коммуникативного влияния; вербального и невербального уровней передачи информации.

Этический аспект речевой культуры основывается на прочном знании норм и существующих правил речевого поведения: вежливости, установление доверительных отношений с пациентом.

Для становления коммуникативной компетентности, как условия развития профессионализма медицинского работника, важное

значение имеет уровень сформированности комплекса профессионально-значимых качеств, обеспечивающих коммуникативную базу осуществления деятельности. К числу таких качеств относят: коммуникабельность, контактность, эмпатийность, сдержанность, уравновешенность, доброжелательность, приветливость, уважительность, внимательность, наблюдательность, порядочность, искренность, сдержанность, толерантность.

Другим компонентом в комплексе коммуникативных свойств личности медицинской сестры выступает эмпатия. Эмпатия – профессионально важное качество медсестры, заключающееся в способности понимать и разделять чувства пациента без полного погружения в его переживания. Она повышает доверие, улучшает результаты лечения, снижает тревожность больного и помогает создать благоприятную атмосферу, являясь ключевым инструментом в профилактике конфликтов и повышении качества ухода.

Практический опыт медицинских сестер показывает, что психологический комфорт пациента достигается через эмпатию, активное слушание, доброжелательность и информирование. Это снижает стресс, повышает доверие к персоналу, способствует выздоровлению и соблюдению режима лечения. Важные навыки включают контроль эмоций, мягкий подход и создание безопасной, уютной атмосферы [1].

Практический опыт медицинских сестер по обеспечению безопасности, снижению тревожности и помощи в адаптации к новому состоянию здоровья складывается из нескольких элементов, рассмотренных ниже.

Чистые руки медицинских сестер на практике решается посредством применения одноразовых стерильных перчаток, выполнения правил личной гигиены рук, обработки рук антисептическими растворами.

Падения являются одним из наиболее распространенных и предотвратимых рисков для пациентов, особенно пожилых людей. Они могут привести к серьезным травмам, длительному времени восстановления и дополнительному эмоциональному стрессу.

Падения пациентов, как показывает практический опыт работы медицинских сестер с пациентами при различных заболеваниях и состояниях можно предотвратить, если:

предварительно целенаправленно опросить пациента об имеющихся или имевшихся в прошлом нарушениях равновесия;

регулярно оценивать физическое состояние пациента, включая подвижность, равновесие и зрение.

определять факторы, которые могут увеличить риск падения, например, лекарства, вызывающие головокружение;

наблюдать за его состоянием во время и по окончании манипуляций;

рекомендовать и помогать пациенту медленно вставать с готовностью поддержать его;

сопровождать пациента не только до выхода из медицинского кабинета, но и, если потребуется, до кровати, на которой он может отдохнуть и восстановиться для самостоятельного передвижения;

убедиться, что полы свободны от беспорядка, шнуров и скользких поверхностей;

использовать нескользящие коврики, правильное освещение и поручни в ваннных комнатах, коридорах для повышения мобильности и устойчивости;

обучить и поощрять пациентов использовать средства передвижения, такие как ходунки или трости.

Следует помнить, что по статистическим данным у 30% стариков (особенно женщин) падения случаются, по крайней мере, раз в год. Каждое четвертое падение приводит к травме. 5% падений заканчиваются переломами и столько же – серьезными повреждениями внутренних органов. Падения занимают шестое место среди причин смерти пожилых людей.

Безопасность пациента имеет решающее значение для качественного ухода. Когда медицинские сестры, осуществляющие уход, отдают приоритет безопасности, они помогают предотвратить предотвратимые несчастные случаи, ошибки в приеме лекарств и ухудшение здоровья [5].

Практический опыт работы медицинских сестер с пациентами при различных заболеваниях и состояниях важен при соблюдении безопасной фармакотерапии. Ошибки в приеме лекарств – еще один распространенный риск безопасности. Эти ошибки – пропущенная доза, неправильная дозировка или прием неправильного лекарства – могут иметь серьезные последствия для здоровья. Эффективное управление

приемом лекарств имеет решающее значение для минимизации этого риска:

- использовать маркированные органайзеры для таблеток или системы дозирования, чтобы отслеживать ежедневные лекарства;

- проверить инструкции по применению лекарств, особенно для новых лекарств;

- обратить внимание на дозировку, возможные взаимодействия и следует ли принимать их с едой;

Следить за тем, как лекарства влияют на пациента, если замечены неблагоприятные побочные эффекты, немедленно сообщать лечащему врачу.

Этические нормы являются частью биоэтики и включают понятия долга, достоинства, чести и совести. Медицинская сестра своей душевной теплотой, спокойствием, терпением, оптимистичным настроем и ответственностью вызывает доверие у больных, дарит им уверенность в выздоровлении. Внутренние качества медицинской сестры проявляются в осанке, жестах, мимике, речи и взгляде.

Деонтология – это нравственные ориентиры профессионального поведения медицинского работника. К медицинской сестре деонтология предъявляет следующие требования:

- субординация;

- конфиденциальность медицинских данных;

- уважительное, тактичное отношение ко всем участникам лечебно-диагностического процесса;

- профессионализм в рамках своей компетенции.

Этика и деонтология в полной мере отражены в Этическом кодексе медсестер. Им должен руководствоваться персонал медицинской организации при выполнении повседневной работы. Сразу заметим, что индифферентное отношение к больным не может быть оправдано личными качествами медицинской сестры, жизненными трудностями и другими обстоятельствами.

В условиях высоких требований к медицинскому обслуживанию населения в медицинском сообществе всё чаще говорят о принципах этики, деонтологии. Поведение медицинской сестры на рабочем месте основывается на милосердии, справедливом отношении ко всем больным без исключения, а также на полноте медпомощи и уважении личности (автономии).

Руководствуясь действующей законодательной базой системы здравоохранения, а также этикой и деонтологией, медицинские работники в полном объеме предоставляют медицинские услуги в рамках своей компетенции. Это значит, что медицинская сестра обязана:

проявлять профессионализм при оказании медпомощи всем слоям населения;

использовать все имеющиеся в медицинской организации средства и медицинские методики для качественной лечебно-диагностической помощи, реабилитационных/паллиативных мер, профилактики.

Для повышения качества оказываемой населению медицинской помощи Минздрав разработал систему непрерывного медицинского образования. Каждые пять лет медицинские сестры обязаны проходить курсы повышения квалификации. Обучение направлено на совершенствование компетентности медиков, ознакомление с нововведениями, восполнение пробелов в теоретических знаниях и практических навыках. Квалификационные курсы включают тренинги, рассматривающие актуальные вопросы деонтологии и сестринской этики [1].

Нормы сестринской деонтологии в медицинской практике распространяются на всех без исключения участников лечебно-диагностической деятельности. Взаимодействие с каждой стороной имеет свои нюансы.

Отношения «медсестра – пациент».

Этико-деонтологические требования обязывают медицинских сестер строго соблюдать следующие правила при построении взаимоотношений с больными:

приветливое отношение, но без фамильярности и панибратства. Обращение к пациенту на «Вы», называя его имя и отчество. Речь медсестры не должна быть сухой, следует избегать чересчур официального тона. Нужно проявлять сдержанность даже в случаях, когда больной нарушает допустимые нормы общения;

чтобы не спровоцировать ятрогению, категорически запрещено при больном обсуждать диагноз/лечение его самого и людей, с которыми контактирует пациент. Нельзя ставить под сомнение профессионализм других медработников;

перед сложной, болезненной манипуляцией медицинская сестра доступно разъясняет пациенту необходимость назначенной процеду-

ры и этапы ее проведения. Таким образом, у больного снижается уровень стресса.

Уверенный и решительный тон медсестры внушает доверие. Общаться с пациентом нужно с учетом окружающей среды: его образования, места работы, условий жизни и т. д. Все пациенты жаждут понимания, сострадания и заботы. Но их нерациональные требования следует отклонять в строгой форме.

Отношения «медсестра – родственники пациента».

Беседа медицинской сестры с родственниками больного происходит с учетом регламентов по этике и деонтологии:

даже если родственники говорят слишком эмоционально, медицинская сестра обязана общаться сдержанно. Необходимо научиться тактично обходить моменты, которые могут спровоцировать конфликт;

медицинская сестра вправе обсуждать темы только в рамках своей компетенции. Медицинская сестра не имеет права ставить предварительный диагноз по симптомам болезни. Все вопросы о состоянии здоровья, диагностике, лечении и прогнозе заболевания медицинская сестра советует задать лечащему врачу;

людям, ухаживающим за больным, медицинская сестра обязана подробно разъяснить простыми словами и показать, как правильно выполнять те или иные манипуляции по уходу за пациентом.

Бывают случаи, когда медицинская сестра крайне занята и не может уделить много внимания родственникам пациента. Для соблюдения медицинской этики и деонтологии необходимо кратко ответить на вопрос, тактично объяснить причину занятости и, при необходимости, назначить время для подробной беседы [4].

Отношения «медсестра – врач».

Эффективность работы напрямую зависит от взаимоотношений медицинской сестры и врача. Поэтому важно настроиться на конструктивное общение, соблюдать регламенты по этике и деонтологии. Для медицинских сестер действуют следующие правила субординации:

согласно должностной инструкции, назначения и указания доктора исполняются четко и в срок, следуя установленным алгоритмам проведения различных манипуляций;

не допускать неуважительного отношения даже к молодым, неопытным докторам;

незамедлительно уведомить доктора о резком изменении самочувствия больного и других непредусмотренных ситуациях;

при сомнениях по поводу исполнения лечебных назначений деликатно обсудить волнующие моменты с доктором без пациента. Неприемлемы уничижительные заявления и неуместная резкость.

Для продуктивной профессиональной деятельности и сохранения рабочей атмосферы в медицинском коллективе важно своевременно решать возникающие проблемы в рамках этики и деонтологии [3].

Отношения «медицинская сестра – медицинская сестра».

В повседневной работе медицинская сестры должна проявлять взаимоуважение и признавать равное положение в коллективе. Этика и деонтология не отменяют конкуренции, но она не должна перерастать в конфликт. Правила общения медицинских сестер между собой:

вежливое, уважительное отношение;

медицинские сестры с большим стажем делятся накопленным профессиональным опытом с новичками;

замечания по работе учтиво доводятся без пациентов;

в сложных случаях и ситуациях крайней занятости коллеги оказывают посильную помощь.

Отношения «медсестра – младший медперсонал».

В рамках исполнения трудовых обязанностей медицинские сестры контролируют действия санитарок, буфетчиц и другого младшего персонала. При этом следует избегать превышения своих полномочий, фамильярного и уничижительного отношения. Советы по работе следует раздавать без посторонних, в корректной форме. Отношения строятся на взаимном уважении и соблюдении должностных инструкций каждой из сторон [2].

Статьи и материалы подчеркивают, что практический опыт медсестры – это сочетание технических навыков (манипуляции) и мягких навыков (общение, психологическая поддержка).

Учитывая все вышеперечисленное можно сделать вывод: практический опыт медицинских сестер охватывает комплексный уход, реабилитацию и психологическую поддержку пациентов при различных заболеваниях и состояниях, обеспечивая их безопасность, независимость и комфорт. Работа включает мониторинг состояния, выполнение манипуляций, эмпатичное общение и обучение самопомощи, что требует профессионализма и соблюдения этических норм

Выполняя свои повседневные обязанности, медицинские сестры демонстрируют умение учитывать достоинство пациента, уважать его личность и прежде всего – проявлять толерантность.

Список литературы

1. Аманбеков, А. А. Современные организационные технологии в сестринском деле / А. А. Аманбеков // Бюллетень науки и практики. – 2024. – Т. 10, № 5. – С. 350-359.

2. Зайцева, Е. С. Врач-медицинская сестра-пациент - единая команда? / Е. С. Зайцева, Ю. И. Логвинов // Виртуальные технологии в медицине. – 2024. – № 3(41). – С. 274-275.

3. Кудаярова, М. Ж. Оценка ключевых компетенций медсестер для успешного партнерства с врачами / М. Ж. Кудаярова, А. Ж. Султашев, С. С. Борсокбаева // Вестник КыргызскоРоссийского Славянского университета. – 2025. – Т. 25, № 1. – С. 186-190.

4. Обоскалова, А. С. Особенности общения медицинской сестры с пациентами / А. С. Обоскалова // Флагман науки. – 2025. – № 1(24). – С. 135.

5. Смолева Э.В. Сестринский уход в терапии: МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях / Э.В.Смолева; под ред. Б.В.Кабарухина.- Изд. 2-е.- Ростов н/Д: Феникс,2023 - 365,[1] с.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ НОВОЙ ОРГАНИЗАЦИОННО ПРАВОВОЙ МОДЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ (УНИВЕРСАЛЬНОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УСЛОВИЯХ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

Ахметова Юлия Сергеевна, Курченкова Наталья Владимировна
ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница»
г. Чита, Россия

Введение. Роль сестринского персонала на современном этапе

Трудно переоценить значение медицины в современном обществе. Она является одной из самых гуманных сфер профессиональной деятельности, поскольку жизнь и здоровье человека признаны главными ценностями. В этой системе ключевую роль играет меди-

цинская сестра, которая не только технически выполняет назначения врача, но и своим участием способствует психологическому комфорту и процессу выздоровления пациента.

В последние десятилетия роль специалистов со средним медицинским образованием в системе здравоохранения неуклонно возрастает. Это требует внедрения новых технологий работы, пересмотра устоявшихся подходов и повышения профессиональных компетенций. Традиционное разделение сестринского персонала на процедурных и палатных (постовых) медсестер, закрепившееся в системе медицинских должностей, имеет существенный недостаток: узкая специализация манипуляций ведёт к отсутствию взаимозаменяемости, повышает нагрузку на персонал и снижает количество времени, уделяемое непосредственно пациенту.

Актуальность и предпосылки проекта

Актуальность проекта продиктована необходимостью повышения качества сестринской помощи. Высококвалифицированный и своевременный уход способствует сокращению сроков выздоровления и улучшению качества жизни пациентов. Современные медицинские сестры должны обладать широким диапазоном знаний для работы с пациентами всех возрастных групп - от детей до лиц пожилого и старческого возраста.

Для достижения этих целей необходимо решить ряд задач:

1. Оптимизация планирования рабочего времени;
2. Рациональная расстановка и перераспределение функций кадров;
3. Расширение функциональных обязанностей среднего медперсонала;
4. Совершенствование нормативной правовой базы;
5. Разработка и внедрение современных дополнительных профессиональных программ.

Обоснование и нормативно-правовая база внедрения

Основанием для запуска проекта послужил Приказ Министерства здравоохранения РФ № 309 от 25.06.2014 г. «Об утверждении плана мероприятий по расширению функций специалистов со средним медицинским образованием». Руководствуясь этим документом, а также опытом коллег из онкологического диспансера, администрация Краевой клинической инфекционной больницы (ККИБ) по инициати-

ве и при активной методической поддержке Забайкальской региональной общественной организации «Профессиональные медицинские специалисты» (ЗРОО «ПрофМедСпец») приняла решение о создании экспериментальной площадки.

Базой для трансформации стали два взрослых инфекционных отделения. В декабре 2015 года был издан приказ № 374 «О введении должности «Клиническая медицинская сестра» и разработан пакет локальной документации, включая новые должностные инструкции. Проект был утвержден главным врачом и поддержан Советом сестер учреждения.

Этапы реализации проекта

Реализация проекта осуществлялась в несколько этапов:

Подготовительный этап

- 1) формирование команды проекта
- 2) разработка нормативной базы (должностных инструкций, положений, приказов)
- 3) обучение персонала.

Пилотный этап - апробация новой модели работы в двух отделениях, отработка механизмов контроля и взаимодействия.

Этап тиражирования и устойчивого функционирования - с 2015 года по настоящее время модель применяется на постоянной основе, система проходит регулярную оценку и совершенствование.

Кадровое обеспечение и преодоление сопротивления

Внедрение проекта сопровождалось естественным сопротивлением со стороны медицинского персонала, как врачей, так и сестер. Основными причинами были страх перемен, изменение привычного уклада работы и неуверенность медсестер в наличии достаточных компетенций для выполнения новых, более сложных манипуляций. К числу таких вмешательств относились: введение назогастрального зонда, постановка периферических венозных катетеров (ПВК), уход за трахеостомой, плевральным дренажем, а также уход за пациентами с дефицитом самообслуживания и профилактика пролежней.

Для преодоления этих трудностей Советом сестер больницы была организована масштабная образовательная кампания. К обучению привлекли специалистов из отделения реанимации ККИБ. Были проведены мастер-классы и практические занятия. По инициативе руководителя организации и по ходатайству профессиональной органи-

зации специалисты Забайкальского краевого перинатального центра обучили медсестер больницы методике снятия кардиотокографии (КТГ), что стало актуальным в связи с увеличением числа поступающих беременных женщин.

Обучение персонала велось непрерывно и включало различные форматы:

- мастер-классы и вебинары от профессиональной организации
- тематические конференции, видеоролики, подготовленные рабочими группами специалистов со средним медицинским образованием ККИБ и презентации
- изучение методических материалов, полученных от ЗРОО «ПрофМедСпец»
- тестирование
- непрерывное образование на портале НМО.

Тринадцать медицинских сестер прошли профессиональную переподготовку (общая стоимость обучения составила 156 000 рублей) и получили допуск к работе по специальностям «Сестринское дело» и «Сестринское дело в педиатрии». Это обеспечило универсальность состава, возможность ротации кадров и их взаимозаменяемость, что стало особенно важно в условиях кадрового дефицита.

С 2019 по 2022 гг. ККИБ получила от профессиональной организации современное обучающее оборудование: манекены для отработки навыков сердечно-легочной реанимации и тренажеры для внутривенных и внутримышечных инъекций. Это позволило проводить многократные тренировки и доводить выполнение манипуляций до устойчивого навыка.

Организация работы клинической медицинской сестры

Ключевым изменением стал отказ от разделения функций процедурной и палатной медсестры. В новой модели была внедрена бригадная форма работы: врач и клиническая медсестра закрепляются за определенными палатами. Медсестра берет на себя весь объем ухода и вмешательств, обеспечивая непрерывное наблюдение пациента с момента госпитализации до выписки.

В пилотных отделениях было организовано два сестринских поста, оснащенных в соответствии с новыми задачами:

- Персональные компьютеры с доступом к медицинской информационной системе «Ариадна».

- Сканеры для считывания информации с идентификационных браслетов пациентов.
- Шкафы для хранения лекарственных препаратов и медицинских изделий.
- Настенные демо-системы с инструкциями, алгоритмами действий и памятками.
- Система вызова медицинского персонала с индивидуальными кнопками у каждой койки.

Система идентификации и безопасная больничная среда

С целью повышения безопасности пациентов в приемном покое внедрена обязательная идентификация. Идентификационные браслеты надеваются всем маломобильным пациентам, детям, находящимся на лечении без законных представителей, и пациентам старше 50 лет. С 2019 года введена цветовая маркировка и штрихкодирование браслетов.

Для создания безопасной больничной среды и соблюдения санитарного законодательства отделение дополнительно оснастили рециркуляторами воздуха, дозаторами для кожного антисептика и жидкого мыла, бесконтактными локтевыми кранами в процедурных кабинетах, аэрозольными аппаратами «Нюкспрей».

Для улучшения комфорта и качества помощи приобретены: пульсоксиметры, аппарат ЭКГ «Кардиометр» с детскими и взрослыми электродами, кислородные концентраторы, ингаляторы-небулайзеры, глюкометры, противопролежневые матрацы и гелевые протекторы, стулья-туалеты, кресла для душа, функциональные кровати с поручнями.

Адаптация новых сотрудников: школа наставничества

Для стабилизации кадровой ситуации и быстрой адаптации новых специалистов в учреждении функционирует школа наставничества. При приеме на работу нового сотрудника старшая медицинская сестра подает рапорт на имя главного врача о назначении наставника. Составляется индивидуальный план занятий, после чего приказом главного врача наставник утверждается официально. При необходимости планируется и проводится профессиональная переподготовка по специальности «Сестринское дело в педиатрии» с последующей аккредитацией

Активно ведется работа по разработке стандартных операционных процедур (СОП) на все виды манипуляций. Весь этот массив методических материалов, включая памятки, алгоритмы и видеоролики, а также методическая литература, направленная всем на личные электронные почты от профессиональной организации, используется для обучения молодых специалистов.

В ряды среднего медперсонала активно привлекаются студенты Читинской государственной медицинской академии, для которых также назначаются наставники. Кроме того, учреждение формирует госзаказ, заключая договоры с Читинским медицинским колледжем о целевой подготовке специалистов.

Работа в условиях пандемии COVID-19

Особую значимость внедренная модель приобрела в период пандемии новой коронавирусной инфекции. На базе инфекционных отделений были организованы моноотделения для лечения пациентов с COVID-19. Специфика работы кардинально изменилась: помимо привычных самостоятельных взрослых пациентов, в отделения стали массово поступать маломобильные и гериатрические пациенты, а также дети.

Именно наличие у медицинских сестер универсальной подготовки и сертификатов по педиатрии позволило оперативно проводить ротацию кадров внутри учреждения и эффективно решать проблему кадрового дефицита, обеспечивая квалифицированный уход за всеми категориями пациентов.

Достигнутые результаты и их оценка

Внедрение новой организационно-правовой модели деятельности клинической медицинской сестры позволило достичь следующих результатов:

- Снижение количества медицинских ошибок на 35% за счет устранения потерь информации при передаче пациента между разными специалистами (процедурной и палатной медсестрой).
- Рост удовлетворенности пациентов до 98% (по данным внутреннего анкетирования).
- Снижение нагрузки на врачебный персонал и повышение автономности работы среднего медперсонала, который взял на себя такие функции, как измерение сатурации и артериального давления, промывание дренажей.

- Повышение функциональности и гибкости работы отделений.
- Расширение профессиональных возможностей медицинской сестры без увеличения итоговой нагрузки за счет более рационального использования рабочего времени.
- Обеспечение принципа непрерывного ухода за пациентом.
- Сокращение временных потерь на передачу информации между специалистами.

Устойчивость модели и информационная открытость

Эффективность практики получила высокую оценку со стороны профессионального сообщества, пациентов и региональных органов управления здравоохранением. Информация о проекте была опубликована в авторитетных изданиях: журнале «Сестринское дело» (№ 2/2017) и газете «Сестричка» (№ 2/2023). Опыт работы представлен на официальном сайте учреждения и в социальных сетях.

Важным свидетельством устойчивости модели стал тот факт, что при смене руководителя ККИБ в 2023 году должностные инструкции были пересмотрены (29.09.2023), однако функциональные обязанности клинической (палатной) медицинской сестры остались без изменений, подтверждая тем самым свою эффективность и востребованность.

Заключение

Опыт Краевой клинической инфекционной больницы демонстрирует, что расширение функций и зоны ответственности среднего медицинского персонала является эффективным инструментом повышения качества медицинской помощи. Введение должности «Клиническая медицинская сестра» позволило не только оптимизировать кадровые ресурсы и снизить нагрузку на врачей, но и значительно повысить безопасность и удовлетворенность пациентов. Ключевыми факторами успеха стали: прочная нормативная база, поддержка руководства и профессиональной ассоциации, системный подход к обучению персонала и развитая система наставничества. Данная модель может быть рекомендована к тиражированию в стационарах различного профиля.

ОРГАНИЗАЦИЯ КОМФОРТНОГО МЕДИЦИНСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Бердникова Кристина Павловна
ГБПОУ Самарской области «Губернский колледж города
Похвистнево»
г. Похвистнево, Россия

Тематика исследования является актуальной в настоящее время. С каждым годом людей, больных аутизмом становится все больше и больше, и все они нуждаются в коррекционной помощи.

На сегодняшний день аутизм является довольно распространенным состоянием. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения ранний детский аутизм диагностируется ежедневно каждые 20 минут, а ежегодно число детей с аутизмом увеличивается на 13%. У мальчиков заболевание встречается гораздо чаще, чем у девочек. Среди детей мужского пола аутистов в пять раз больше, чем среди детей женского пола. В мире аутизмом страдает более 10 миллионов человек.

Цель исследования: составление методических рекомендаций для медицинских сестер поликлинического отделения по организации комфортного медицинского консультирования детей с расстройством аутистического спектра.

Задачи исследования:

1. Дать определение понятиям «расстройство аутистического спектра у детей», «детский ранний аутизм».
2. Изучить психологическую классификацию групп детей с РАС по глубине поражения ЦНС.
3. Изучить соматические проблемы детей с расстройством аутистического спектра и РДА.
4. Организовать пространственно-образовательную среду для ребенка с особыми образовательными потребностями.

База исследования: ГБУЗ СО «Похвистневская ЦРБ», детская поликлиника

Расстройства аутистического спектра представляют собой большую группу клинически неоднородных состояний, которым присущи сложности с общением и социальным взаимодействием, и характерен

стереотипный набор занятий. Симптоматика заключается в невозможности поддерживать межличностную коммуникацию, узком круге интересов и совершении однообразных действий. Пациенты в спектре демонстрируют весь диапазон интеллекта и языковых способностей.

Выборка участников проведенного исследования составила 10 медицинских сестер детской поликлиники. В результате исследования были получены выводы следующего характера.

Частота встречаемости пациентов с расстройствами аутистического спектра в педиатрической практике составляет в среднем 1-2 раза /месяц.

Выделение особого внимания детям на приеме может привести к положительным результатам. Индивидуальный подход позволяет понять уникальность потребностей каждого ребенка, а также разрабатывать индивидуальные программы, что способствует их развитию.

Обращение к специалистам в возрасте 2,5-3 года зависит от того, что в настоящее время возросло внимание к ранней диагностике РАС, родители и специалисты стали более осведомлены о признаках, также в этом возрасте у детей активно развиваются навыки общения и социального взаимодействия.

Высокая степень осведомленности специалистов, при работе с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра, играет большую роль в поддержке семей, сталкивающихся с аутизмом.

Попытки определить аутизм по внешности игнорируют сложность этого расстройства и могут способствовать распространению стереотипов и недопонимания.

Общительность у детей с РАС может быть результатом взаимодействия множества факторов.

Работа с детьми, находящимися в спектре осложняется коммуникационными барьерами, социальными трудностями и индивидуальными потребностями в структуре и поддержке.

Чаще всего расстройства аутистического спектра диагностируется у мальчиков 100%, это связано с биологическими факторами, генетической предрасположенностью, социальными и культурными факторами.

Медицинские сестры осведомлены и умеют работать с детьми с РАС – это имеет важное значение для обеспечения качественной медицинской помощи.

Комплексный подход, индивидуальный «маршрут» пациента, непрерывность, преемственность, обучение членов семьи для организации реабилитации детей в домашних условиях – это самое главное в медицинской реабилитации.

Правильная организация комфортного медицинского консультирования поможет улучшить пространственную ориентацию, поможет сформировать социально-бытовые и учебные навыки, а также способствует преодолению ограничений, обусловленных трудностями ребенка.

В процессе исследования использовалась анкета, позволяющая определить уровень профессиональных знаний по особенностям организации работы с детьми, имеющими расстройство аутистического спектра.

Полученные результаты исследования на этапе формирующего эксперимента позволили определить план работы, направленный на составление методических рекомендаций для среднего медицинского персонала по поиску оптимального подхода к организации комфортного медицинского консультирования детей с расстройством аутистического спектра.

План включал в себя 2 пункта:

Составление методических рекомендаций для медицинских сестер по поиску оптимального подхода к организации комфортного медицинского консультирования детей с расстройством аутистического спектра.

Раздача методических рекомендаций для медицинских сестер.

Входящие в план мероприятия были реализованы, составленные методические материалы нашли практическое применение в профессиональной деятельности.

При использовании составленных методических рекомендаций по поиску оптимального подхода к организации комфортного медицинского консультирования детей с расстройством аутистического спектра позволит оптимизировать профессиональную деятельность среднего медицинского персонала в данном направлении.

Список литературы

1. Подольская О. А. Ранний детский аутизм: особенности и коррекция [Текст] : учебное пособие / О. А. Подольская, И. В. Яковлева. – Елец : ЕГУ им. И.А. Бунина, 2020. – 83 с.

2. Фесенко Ю. А. Аутизм: мифы, диагностика, коррекция [Текст] / Ю. А. Фесенко, И. В. Макаров, И. А. Колесников, Е. Ю. Фесенко. – Санкт-Петербург : Алеф-Пресс, 2020. – 185 с.

3. Никольская О. С. Психологическая типология аутистических расстройств [Текст] / О. С. Никольская // Дефектология. – 2025. – № 2. – С. 3-14.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОЧЕГО ПРОСТРАНСТВА В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ. ПУТЬ К СОВЕРШЕНСТВУ

Брызгалова Ольга Михайловна, Иванова Ольга Вячеславовна
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии
им. С.Г. Суханова» Министерства здравоохранения Российской
Федерации (г. Пермь)
г. Пермь, Россия

Введение. Сердечно-сосудистая хирургия занимает особое место среди медицинских специальностей, здесь каждая секунда имеет значение, а цена ошибки – человеческая жизнь[2]. Кардиохирургическая операционная – это не просто помещение с медицинским оборудованием, это высокотехнологичный командный центр, где врачи-сердечно-сосудистые хирурги, врачи-анестезиологи-реаниматологи, операционные медицинские сестры, медицинские сестры-анестезисты работают в абсолютной синхронности [1]. Именно поэтому грамотная организация этого пространства является фундаментальным условием успеха любого оперативного вмешательства [3].

Неоптимизированная операционная создает цепочку негативных эффектов, нелогичное расположение оборудования вынуждает персонал делать лишние движения, теряя драгоценное время. Неудобная эргономика приводит к физическому и когнитивному напряжению, снижая концентрацию в критические моменты [5]. Плохо организованные потоки людей и материалов повышают риск нарушения стерильности и возникновения инфекционных осложнений. Сложность среды, в том, что сердечно-сосудистая хирургия – одна из наиболее технологически насыщенных областей медицины, требующая пре-

дельной концентрации команды [2]. Хаотичное пространство увеличивает вероятность ошибок, задержек и физического выгорания персонала.

Цель оптимизации – создать пространство с использованием бережливых технологий в медицине, в котором каждый элемент работает на результат: где оборудование всегда под рукой, маршруты движения интуитивно понятны, а команда может полностью сосредоточиться на пациенте. Это системный подход к организации одного из самых ответственных мест в медицинской организации.

Результаты. Прежде чем приступить к оптимизации, необходимо честно и детально оценить существующую ситуацию [4]. Во многих кардиохирургических операционных накопился целый ряд системных проблем, которые стали привычными, но продолжают негативно влиять на работу каждый день [5]. Недосток свободного пространства при обилии громоздкого оборудования, нелогичное расположение приборов, не учитывающее реальные рабочие процессы, плохая эргономика рабочих мест - все это создает постоянные препятствия для эффективной работы.

Выявленные проблемы:

1. недостаток свободного пространства для маневра,
2. нелогичное расположение оборудования,
3. неудобная эргономика рабочих мест,
4. пересечение стерильных и нестерильных потоков,
5. избыточный бумажный документооборот.

Повышенный риск интраоперационных ошибок – прямое следствие неоптимальной среды. Задержки в проведении операций увеличивают время нахождения пациента под анестезией, что само по себе является фактором риска. Физическое и психологическое напряжение персонала ведет к профессиональному выгоранию и снижению качества принимаемых решений в условиях стресса.

Эргономика в кардиохирургической операционной – это не вопрос комфорта, это вопрос безопасности пациента. Когда врач-сердечно-сосудистый хирург вынужден тянуться за инструментом, поворачиваться в неудобное положение или искать взглядом монитор, его концентрация нарушается именно в тот момент, когда она наиболее критична. Правильно организованное рабочее пространство позволяет команде работать интуитивно, не отвлекаясь от операционного поля.

Принцип «золотого треугольника» рабочие зоны врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача-анестезиолога-реаниматолога, медицинской сестры-анестезиста и операционной медицинской сестры формируют функциональный треугольник, в котором каждый участник имеет беспрепятственный доступ к своим инструментам и визуальный контакт с остальными членами команды. Это сокращает время коммуникации и повышает слаженность действий.

Критически важное оборудование (наркозный аппарат, анестезиологические мониторы жизненных показателей с принадлежностями, аппарат искусственного кровообращения) располагается в зонах немедленного доступа. Приборы второй очереди размещаются на периферии, не загромождая основное операционное поле. Модульные системы передвижные консоли, подвесные системы монтажа оборудования и модульные столы позволяют гибко адаптировать пространство под конкретный тип операции, например, аортокоронарное шунтирование, протезирование клапанов или малоинвазивное вмешательство через минидоступ.

Операционный стол с электрической регулировкой высоты – обязательный стандарт современной кардиохирургической операционной. Правильно подобранная высота снижает нагрузку на позвоночник врача-сердечно-сосудистого хирурга и обеспечивает оптимальный угол работы с операционным полем на протяжении многочасового вмешательства. Внедрение эргономичных принципов – это долгосрочная инвестиция в здоровье персонала и качество операций. Операционная бригада, работающая в комфортных условиях, дольше сохраняет профессиональное долголетие, а команда, не отвлекающаяся на неудобства, работает точнее и слаженнее. Очень важен регулярный пересмотр эргономических стандартов с учетом появления нового оборудования.

Безусловно, эффективная кардиохирургическая операционная – это, прежде всего система четко организованных потоков. Персонал, пациент, инструмент, материал, медицинские отходы должны перемещаться по определенным маршрутам, которые не пересекаются там, где это недопустимо. Система быстрой подачи и уборки инструментов строится на принципе минимизации пересечения чистых и загрязненных потоков. Хаотичное движение персонала и оборудования

— один из главных источников инфекционных рисков и операционных задержек в сердечно-сосудистой хирургии.

Основой инфекционной безопасности также является зонирование пространства, важно четкое разделение на стерильные, условно-стерильные и нестерильные зоны в операционном блоке. Визуализация зон помогает каждому члену команды и вспомогательному персоналу соблюдать необходимые протоколы интуитивно, без постоянных напоминаний. Строгие протоколы стерилизации и дезинфекции, правильно спроектированная система вентиляции с ламинарным потоком воздуха в зоне проведения операции, минимизация открытых горизонтальных поверхностей, способных накапливать пыль и патогены, все это создает среду с минимальным риском послеоперационных инфекционных осложнений. Количество людей в операционной также строго регламентировано, для снижения микробной нагрузки воздушной среды.

В текущих реалиях эффективную организацию работы любой медицинской организации сложно представить в отрыве от цифровизации и развития информационных технологий. Электронные карты пациента и системы управления запасами существенно снижают бумажный документооборот и минимизируют риск ошибок, связанных с ручным вводом данных. Интеграция операционной информационной системы с лабораторией, банком крови и аптекой обеспечивает мгновенный доступ к необходимым ресурсам в критические моменты операции. В современных операционных используют системы видеозаписи и онлайн-трансляции операций, которые решают сразу несколько задач: электронный документооборот, обучение молодых специалистов, телемедицинские консультации с экспертами в режиме реального времени и последующий анализ сложных клинических ситуаций.

Организация освещения и современной системы визуализации улучшают условия работы, принципиально меняют качество хирургического вмешательства, позволяя врачу-сердечно-сосудистому хирургу и операционной медицинской сестре видеть даже незначительные детали, в ряде случаев это буквально вопрос жизни и смерти. В современных операционных используют три уровня освещения, каждый из которых выполняет свою функцию. Общее освещение создает равномерный фон без теней, снижающий зрительное

утомление всей операционной бригады. Операционные светильники нового поколения с бестеневой технологией и регулируемым цветовым спектром обеспечивают идеальную видимость на операционном поле. Вспомогательное освещение в операционном блоке для врача-анестезиолога-реаниматолога, медицинской сестры-анестезиста, других участников операционной бригады позволяет каждому работать в оптимальных условиях, не создавая бликов на операционном поле. В современных медицинских организациях используют светильники-LED-технологии с регулируемым спектром от 3500 до 5000 К, и бестеневой конструкцией, мощность до 160 000 люкс в фокусе.

Так же критическое значение имеет расположение мониторов жизненных показателей. Операционная бригада должна контролировать основные параметры пациента, не отрывая взгляд от операционного поля. Современные операционные комплексы позволяют установку мониторов в поле периферийного зрения врача-сердечно-сосудистого хирурга с возможностью настройки яркости и контраста. Для врачей разных специальностей используют высокоразрешающие мониторы - 4К-дисплеи с антибликовым покрытием для четкого отображения эхокардиографии, ангиографии и данных мониторинга.

Безусловно, безопасность в кардиохирургической операционной — это многоуровневая система, охватывающая защиту как пациента от инфекционных и технических рисков, а также охрану здоровья самого персонала. Эти два аспекта неразрывно связаны. Уставшая, травмированная или работающая в некомфортных условиях операционная бригада не может обеспечить качественную помощь пациенту.

Для обеспечения профилактики профессиональных заболеваний опорно-двигательного аппарата у медицинского персонала, необходимо использование эргономических принципов в работе. Правильно отрегулированная высота операционного стола, антифатиговые напольные покрытия, удобные рукоятки инструментов и рациональное расположение педальных элементов управления существенно снижают накопительную нагрузку на позвоночник и суставы в ходе многочасовых операций.

Для обеспечения психологической безопасности важна культура открытого общения в операционной бригаде, где любой участник может сообщить о потенциальной проблеме без страха осуждения, это

один из ключевых факторов предотвращения критических инцидентов.

Технологический прогресс меняет сердечно-сосудистую хирургию стремительно и необратимо. Каждое новое поколение оборудования не просто расширяет возможности врача-сердечно-сосудистого хирурга, но оно предъявляет принципиально новые требования к организации операционного пространства.

Современная хирургия – это интеграция роботизированных хирургических систем, которые требуют кардинального переосмысления пространства кардиохирургической операционной. Данные комплексы занимают значительный объем, требуют специальных точек подключения и четкой организации рабочих зон для врача-сердечно-сосудистого хирурга и ассистирующей команды. Планирование операционной с учетом роботических систем на этапе проектирования обходится в разы дешевле последующей реконструкции действующей медицинской организации. Системы дополненной реальности и 3D-визуализация позволяют врачу-сердечно-сосудистому хирургу видеть трехмерную модель сердца пациента, наложенную непосредственно на операционное поле. Навигационные системы с интраоперационной визуализацией помогают точнее позиционировать инструменты при сложных реконструкциях и минимально инвазивных вмешательствах, существенно сокращая время операции и снижая риск осложнений.

Уже не отдаленное будущее применение искусственного интеллекта для анализа интраоперационных данных мониторинга, раннего предупреждения о критических изменениях гемодинамики и оптимизации параметров искусственного кровообращения. В перспективе искусственный интеллект будет использоваться как система поддержки принятия решений в реальном времени, помогающая врачу-сердечно-сосудистому хирургу выбрать оптимальную тактику при нестандартных клинических ситуациях.

Ключевым принципом при интеграции новых технологий является их органичное включение в существующие рабочие процессы. Технология, требующая радикального изменения привычных образцов работы, встречает сопротивление и используется неэффективно. Напротив, технология, которая делает привычные действия проще и

точнее, быстро становится незаменимым инструментом в руках профессионала.

Заключение. Инвестиции в пространство – инвестиции в жизнь. Оптимизация рабочего пространства кардиохирургической операционной – это необходимое мероприятие для стратегических инвестиций в качество медицинской помощи, безопасность пациентов, увеличение хирургической активности и профессиональное долголетие операционной бригады. Путь к совершенству в сердечно-сосудистой хирургии начинается с готовности смотреть на привычное пространство свежим взглядом.

Список литературы

1. Басов, О. А. Современные методы в кардиохирургии / О. А. Басов// Молодой ученый. – 2022. - № 42 (437). - С. 25-31.
2. Бокерия Л. А. Лекции по сердечно-сосудистой хирургии. Издание 3-е переработанное, дополненное / Л. А. Бокерия. – Москва: Издательство НЦССХ им. А. Н. Бакулева, 2013. – 764 с.
3. Бокерия О.Л., Гёлецяц Л.Г., Аверина И.И., Попов Д.А., Глушко Л.А., Сокольская М.А. Важные аспекты предоперационной диагностики и подготовки пациентов к кардиохирургическим вмешательствам // Сердечно-сосудистые заболевания. Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 2018; 19 (3): 327-337.
4. Дубровская Л. И., Князев Г. Б. Компьютерная обработка естественно-научных данных методами многомерной прикладной статистики – Томск: ТМЛ-Пресс – 2011. – 120 с.
5. Хубулава Г.Г., Романовский Д.Ю., Волков А.М., Любимов А.И., Ершов Е.Н. . Безопасность пациента в кардиохирургической операционной. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2024; 66 (4): 452-460.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Вагина Елена Владимировна

ГАУ ДПО Нижегородской области «Центр повышения
квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
здравоохранения»

г. Нижний Новгород, Россия

Применение цифровых и информационных технологий в профессиональной деятельности медицинских сестер практически не исследовано, при этом потребность в развитии таких технологий в сестринской практике очень высока [3].

Внедрение информационных технологий в здравоохранение позволяет перейти к принципиально новым подходам к оказанию медицинской помощи. Цифровизация отрасли предполагает не только ведение медицинской документации в электронном виде, но и дистанционный мониторинг состояния здоровья человека, формирование единой системы медицинских устройств на базе технологий искусственного интеллекта, роботизацию многих медицинских услуг и процедур и др. Активное внедрение информационных технологий призвано повысить доступность и качество медицинской помощи при одновременном снижении расходов [1].

Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2030 г определяет одним из основных направлений - инновационное развитие медицины: внедрение и интегрирование медицинской электронной информационной системы, личного кабинета пациента, рабочего места врача и медицинской сестры, электронных систем помощи в принятии решений, электронных обучающих ресурсов, телемедицинских технологий. Реформирование здравоохранения меняет функционал медицинской сестры, что приводит к необходимости осваивать новые медицинские и технические знания, овладевать новыми компетенциями и совершенствовать уже приобретенные [2].

С целью изучения современного состояния проблемы применения цифровых и информационных технологий в сестринской практике нами было проведено анкетирование 218 медицинских сестер стационарных отделений медицинских организаций региона.

Свое отношение к внедрению цифровых и информационных технологий в практическую деятельность медицинских сестер 33,5% отметили, как положительное, скорее положительно – 30,3%, 21,2 % - нейтрально, скорее отрицательно - 16% респондентов. 38,8% опрошенных медицинских сестер стационаров не применяют цифровые и информационные технологии в своей профессиональной деятельности.

Ответы респондентов на вопрос о необходимости использования цифровых технологий в сестринской практике разделились следующим образом: 58,3% считают, что это нужно, 12,5% считают, что в этом нет необходимости и 29,2% затрудняются в выборе ответа. Из предложенного перечня информационных технологий специалисты выделили следующие: достаточно часто применяется единая цифровая платформа (ЕЦП) (81,1% опрошенных), системы мониторинга – 33,3%, диагностические системы – 45,9%. Все респонденты единогласно ответили, что используют в своей сестринской работе мессенджеры. Анкетирование показало, что у большинства опрошенных (57,7%) не возникало проблем с использованием цифровых и информационных технологий.

На вопрос об удобстве хранения медицинской документации мнения респондентов разделились: 73,1% опрошенных считают, что удобнее хранить информацию в электронном виде, 26,9% - в бумажном.

Ответы респондентов на просьбу оценить собственный уровень цифровой грамотности выявили, что 56,3% медицинских сестер считают свой уровень выше среднего, 26,3% - средним, 17,4% - ниже среднего. На вопрос о желании пройти дополнительное обучение по цифровым и информационным технологиям в медицине 36,3% респондентов дали положительный ответ; скорее да, чем нет - 58,5%; скорее нет, чем да - 3,2 %; нет - 2%.

Исследования показали, что медицинские сестры принимают актуальность и необходимость применения цифровых технологий в сестринской практике. Оценив свою информационную грамотность, специалисты осознают необходимость повышения квалификации для эффективного развития профессиональной деятельности, указав при этом, что обучение должно проходить в очной форме.

По результатам анализа были сделаны следующие выводы.

Применение цифровых и информационных технологий в сестринской практике является неотъемлемой частью работы медицинской сестры стационара, важным направлением совершенствования профессиональной деятельности. В целом, медицинские сестры имеют представление о современных технологиях и в большинстве случаев согласны с их внедрением. Отрицательная реакция некоторой части специалистов может быть связана с недостаточными знаниями возможностей современных технологий и рутинным восприятием сестринской работы.

Практические рекомендации.

1. С целью совершенствования профессиональных знаний и навыков медицинских сестер стационаров в области применения цифровых технологий необходимо разработать и реализовать программу повышения квалификации по очной форме обучения. Программа должна включать следующие темы: роль информационных технологий в современном здравоохранении, основные принципы работы с аппаратным и программным обеспечением ПК, принципы информационной безопасности, операционные системы и компьютерные программы, основы работы с медицинскими информационными системами, электронным документооборотом, медицинской статистикой, локальными и глобальными сетями, системами поиска информации.

2. Регламентировать применение цифровых и информационных технологий в профессиональной деятельности медицинских сестер стационаров.

3. Разработать и реализовать систему оценки качества применения цифровых и информационных технологий в сестринской практике.

Список литературы

1. Карачаков Т. М. Информационные технологии в сфере медицины // StudNet : научный журнал. – 2020. – Т. 3. – № 2. – С. 1–5.

2. Касимовская Н. А., Лебедев Г. С., Полещук И. А. Оценка готовности медицинских сестер к введению цифровых технологий и системы видеоконтроля при уходе за тяжелобольными (маломобильными) пациентами // Социальные аспекты здоровья населения : электронный научный журнал. – 2020. – Т. 66. – № 6. – С. 2–9.

3. Михайлова С. И., Григорьева Е. В. Информационные технологии в профессиональной деятельности медицинской сестры // Состояние

и перспективы развития инновационных технологий в России и за рубежом : сборник статей Международной научно-практической конференции. – Уфа : Аэтерна, 2019. – С. 179–184.

АСПЕКТЫ РЕВЕРСИВНОГО НАСТАВНИЧЕСТВА В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

Воробьева Ольга Дмитриевна

ГБУЗ Нижегородской области «Городская клиническая больница
№5 Нижегородского района г.Н.Новгорода»
г. Нижний Новгород, Россия

Введение. Наставничество является профессиональным сопровождением специалистов сестринского дела, не имеющих медицинского стажа или сменивших специализацию, не работающих в данной медицинской организации (МО). Умения и знания формируются во время рабочего процесса путем изучения теоретического материала, а навыки нарабатываются в процессе практических упражнений [1]. Однако, стоит обратить внимание на тот факт, что наставничество - это обоюдный процесс и, в некоторых моментах, наставник может и должен поменяться местами с наставляемым. Возникает реверсивное взаимодействие, при котором всё происходит наоборот. Эффективность метода зависит соблюдения определенных правил, иначе в коллективе сотрудников может возникнуть разлад, а, с другой стороны, это повышает кадровую устойчивость, помогает внедрять инновации и сокращает разрыв между поколениями [2].

Впервые метод реверсивного наставничества использовали в 1999 году в компании General Electric, которая производила технику. В организации начали внедрять интернет-технологии, но руководителям – людям зрелого возраста – было сложно разобраться с инновациями. Молодые сотрудники, которые в силу возраста активно пользовались интернетом, помогли старшим коллегам освоить современные технологии [3].

Личный опыт внедрения реверсивного наставничества мы впервые применили в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции 2020-2022 гг., которая изменилась условия работы многопрофильных стационаров города и области. Эффективность работы МО, в нашем

случае - перепрофилирование больницы в ковид-госпиталь, в первую очередь, зависела от подготовки медицинского персонала, во-вторых, от сохранения работоспособности кадров в непривычных условиях. К работе были привлечены не только профессиональные специалисты сестринского дела, но и студенты Приволжского исследовательского медицинского университета (ПИМУ) и Нижегородского медицинского колледжа (НМК). Подготовка сестринских кадров, имеющих различный стаж и подготовку, включала в себя изучение и внедрение новых методик лечения пациентов, использование новой лечебно-диагностической аппаратуры. В освоении цифровых технологий специалисты, имеющие продолжительный профессиональный стаж, уступали молодому поколению. Мы учили молодых помощников правилам инфекционной безопасности, ухода, наблюдения за пациентом, выполнению сестринских вмешательств и манипуляций. Они в свою очередь помогли нам освоить электронные цифровые технологии, которые включают в себя программы динамического мониторингирования жизненно важных функций организма и передачу на информационные порталы. Получился продуктивный и взаимовыгодный процесс обучения. Целью данной работы - показать, что реверсивное наставничество необходимо, имеет высокое значение для сохранения кадров, развития и укрепления корпоративной этики, формирование командной работы.

Материалы и методы. Исследовательская работа проводилась на базе ГАУ ДПО Нижегородской области «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения» и базы практического обучения ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №5 г. Нижнего Новгорода» среди медицинских сестер, проходящих профессиональную переподготовку по специальности «Анестезиология и реаниматология».

Респонденты имеют различный профессиональный стаж. Это не только выпускники НМК 2024-2025 гг., но и сестринский персонал, получающий дополнительную квалификацию. Проводилось интервьюирование респондентов на добровольной основе, что способствовало повышению уровня достоверности полученных ответов.

Результаты и обсуждения. На первом этапе исследования нас интересовал вопрос: «Готовность медицинской сестры-наставника принять реверсионное обучение, правильно оценить необходимость изменений?». Из числа специалистов сестринского дела в 86,7% случа-

ев выразили положительную оценку. Медицинские сестры с опытом работы в 10,1% испытали сомнение и недоверие к данному вопросу, но ответили, что после подробного изучения могут, несмотря на трудности принятия, поучаствовать в процессе реверсии. Оставшиеся респонденты, всего 3,2% категорически отказались меняться местами с обучающимися. Полученные данные говорят о том, что специалисты сестринского дела, имеющие практический опыт, готовы меняться в зависимости от профессиональных ситуаций, могут правильно оценить перспективы развития.

Второй вопрос, поставленный перед сестринским персоналом, «Готовы ли молодые специалисты участвовать в реверсивном наставничестве?». Молодые специалисты сестринского дела в 97,4% случаев ответили положительно и выразили готовность к новому статусу, 2,6% респондентов ответили отрицательно или выразили сомнения. В эту группу вошли медицинские сестры, имеющие стаж по другой специальности.

В результате пошаговой расстановки приоритетов мы начали реверсивный процесс. В первую очередь, были сформированы правильные пара между наставником и подопечным. Во-вторых, организована обратная связь и налажен четкий контакт. Оба участника выходят из зоны комфорта, учатся работать и коммуницировать по-новому, что приводит к взаимному развитию и улучшению профессиональных навыков. Происходит взаимный обмен, например, молодой специалист, обладающий навыками активной цифровизации, становится ментором в данной паре, обучая наставника информационной мобильности. В свою очередь наставник передает свой практический опыт при выполнении практических мероприятий.

Программа способствует развитию культуры толерантности, когда в роли наставников и подопечных выступают сотрудники из разных поколений. Некоторые молодые сотрудники могут испытывать стресс и неуверенность на работе, особенно на фоне более опытных коллег. Реверсивное наставничество помогает решить этот вопрос. Благодаря методу молодые специалисты сестринского дела ощущают значимость для качественного и безопасного оказания медицинской помощи, осознают важность своих знаний и опыта – даже если у них не так много получается по сравнению со старшими коллегами, повышается уверенность в себе.

Реверсивное наставничество является мощным способом повысить вовлеченность и удерживать сотрудников, а также передать новые навыки старшим сотрудникам. Наглядным примером может служить взаимодействие на симуляционной станции при отработке навыков сердечно-легочной реанимации (СЛР), которая требует не только практических навыков, но и ведения реанимационной карты и фиксирования данных в системе единой цифровой платформы (ЕЦП). Практикующие сестры (наставники) имели опыт и, как следствие, легко выполнили поставленную задачу в плане правильного проведения СЛР. Однако, опытные медицинские сестры в 20,5% не смогли правильно выполнить заполнения в ЕЦП. У молодых специалистов ситуация выглядела наоборот. Система единой цифровой платформы была заполнена правильно и технически быстро. Практические навыки отставали, теряли время в оценке критического состояния, распределения функционала. При обмене практическими нюансами ситуация меняется, продуктивное взаимодействие дает всем участникам наставничества положительные результаты. Наставники приобретают уверенность в работе с ЕЦП, а наставляемые - в практических навыках и уверенности в своих знаниях и умениях, а также, ощущение значимости и вовлеченности в командный процесс.

На вопрос «Как был организован процесс реверсионного обучения на новом рабочем месте?» ответы сотрудников распределились следующим образом: 98,8% анкетированных молодых специалистов дали положительную оценку, медицинские сестры с опытом работы в 95,1% ответили утвердительно.

На основании полученных данных можно заключить, что реверсивное наставничество имеет место быть и должно формироваться прежде всего со спецификой работы данного стационара и относиться к профессиональной деятельности медицинского персонала структурного подразделения.

В коллективах, состоящих из сотрудников разного возраста, иногда встречается непонимание и конфликты между поколениями. Профессионалы сестринского дела считают молодых неопытными, не учитывают их мнение при обсуждении задач. В ответ молодым медицинским сестрам кажется, что опытные коллеги слишком консервативны и придерживаются устаревших подходов. Негативная обстановка повышает риск текучести кадров и снижает качество и безопас-

ность оказания медицинской помощи. Реверсивное наставничество помогает выстроить взаимопонимание между старшими и младшими сотрудниками. Выполнение общих функциональных обязанностей и тесное общение помогают лучше узнать друг друга, найти общий язык. В результате мы имеем комфортную обстановку в коллективе, способном слаженно работать.

Заключение. Проведение реверсивного наставничества на рабочем месте специалистов сестринского дела необходимо, независимо от стажа и опыта работы нового сотрудника. Реверсивное наставничество - это взаимовыгодное сотрудничество и непрерывный процесс профессионального развития независимо от стажа и опыта работы. Молодые специалисты сестринского дела являются движущей силой развития медицинской организации. Программы теоретических и практических занятий, должны быть разработаны с учетом ситуаций, проблем, связанных с условиями работы. При этом нужно выслушать все опасения и страхи, которые могут возникнуть при внедрении нововведений, выявить риски с помощью объективной обратной связи и помочь при затруднениях.

Список литературы

1. Милькаманович В.К. Роль медицинской сестры на современном этапе развития здравоохранения // Медицинские новости. 2015. №12. С. 68–70.
2. Кругликова Г.А. Реверсивное наставничество. Методический навигатор: методическое пособие для наставника / Кругликова Г.А., Антонова А.В., Колотовкина И.М. - Екатеринбург: [б.и.], 2023. - 16 с.
3. Аракелян Н. Л. Наставничество как фактор профессионального развития медицинских работников // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 2. С. 157–156

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С РАБОТОДАТЕЛЕМ КАК ОДИН ИЗ АСПЕКТОВ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ

Гарипов Равиль Рашидович
ГАПОУ «Нижекамский медицинский колледж»
г. Нижнекамск, Россия

Перед образовательными организациями, реализующими среднее профессиональное образование, стоит задача подготовки профессионально компетентных специалистов. Они должны обладать необходимым набором современных знаний, умений и качеств, позволяющих им уверенно чувствовать себя как в профессиональной деятельности, так и в самостоятельной жизни. Для решения этой задачи требуются новые эффективные формы организации образовательного процесса.

В числе приоритетных направлений работы ГАПОУ «Нижекамский медицинский колледж» является взаимодействие колледжа с работодателями, которое способствует повышению качества образования, формированию профессиональных компетенций обучающихся, а также лучшему трудоустройству выпускников.

Ежегодно до 1 июня больницы Нижнекамского муниципального района подают заявку с потребностью в тех или иных специалистах среднего звена. Исходя из этой заявки Минздравом Республики формируется план приема на следующий учебный год. По объему государственного задания Нижнекамский медицинский колледж является вторым по мощности в Республике Татарстан. В колледже реализуется 7 образовательных программ по подготовке специалистов среднего звена по специальностям: Лечебное дело, Сестринское дело, Акушерское дело, Фармация, Лабораторная диагностика, Стоматология профилактическая. Колледж единственный в Татарстане с 2018 года обучает студентов по специальности Медицинский массаж (для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению).

Основным местом трудоустройства выпускников являются Нижнекамская центральная районная многопрофильная больница и Нижнекамская детская районная больница с перинатальным центром. Для студентов по специальности Медицинский массаж - это лечебные и социальные организации КЦСОН «Милосердие», ГАУЗ «Детский центр медицинской реабилитации», МАОУ «Надежда».

На базе этих учреждений проходит производственная практика студентов. В её организации непосредственное участие принимают работодатели, с ними согласуется план производственной практики и назначение специалистов, ответственных за работу со студентами. В медицинских организациях обучающихся встречают руководители практик, которые назначаются приказом руководителя медицинской организации. Во время прохождения практики студенты оформляют дневник, в котором отмечаются виды работ в соответствии с профессиональными модулями. В конце практики ответственный специалист больницы дает свою оценку работе студента.

Тесное сотрудничество с руководителями медицинских и социальных организаций в период производственных практик – одно из важнейших направлений в процессе трудоустройства выпускников. Зарекомендовав себя с положительной стороны во время прохождения производственной практики, они, как правило, остаются работать в тех же коллективах, а руководители практик становятся наставниками для уже работающих молодых специалистов.

Взаимодействие колледжа с социальными партнерами направлено также на совершенствование содержания и процесса формирования профессиональных образовательных программ. Специалисты медицинских организаций принимают участие в рецензировании (согласовании) учебных планов, рабочих программ по специальностям, являются руководителями выпускных квалификационных работ и принимают непосредственное участие в заседании Государственной экзаменационной комиссии.

Медицинские работники больниц преподают в колледже клинические дисциплины, участвуют в процедуре аккредитации, что даёт возможность наглядно оценить уровень подготовки будущих специалистов.

Ещё одним приоритетным направлением работы колледжа являются встречи выпускников с главными врачами и старшими сёстрами отделений больниц.

Кроме того, на базе Нижнекамского медицинского колледжа проводятся научно-практические конференции, семинары, круглые столы с привлечением работодателей, центров занятости, кадровых агентств и других заинтересованных сторон.

Специалисты медицинских организаций являются экспертами региональных этапов Всероссийского чемпионатного движения по профессиональному мастерству, так как Нижнекамский медицинский колледж стал площадкой для проведения Региональных этапов чемпионата по профессиональному мастерству среди инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья «Абилимпикс» по компетенции «Массажист», чемпионата по профессиональному мастерству «Профессионалы» по компетенции «Акушерское дело», чемпионата высоких технологий по компетенции «Персонализированные здоровьесберегающие технологии».

Такие мероприятия позволяют обмениваться опытом, получить профессиональные навыки и оценить качество подготовки студентов и качество работы преподавателей.

Медицина – очень динамичная отрасль, изменения и инновации происходят стремительно, система образования, в то же время, более инертна, связано это со строгими стандартами, утвержденными Министерством образования, учебными планами и другими нормативными документами. Для решения этого дисбаланса преподаватели клинических дисциплин направляются на стажировку в городские больницы, чтобы они синхронизировали свои знания с тем, как сегодня работают клиники, познакомились с новыми подходами в работе, оборудованием, новыми стандартами в медицине. Безусловно, улучшается качество подготовки студентов и ещё больше сближает образование с практическим здравоохранением.

Помимо этого, педагогов включают в процесс сертификации Росздравнадзором больниц Нижнекамска, чтобы они обучились сами и обучили студентов работать в соответствии с принятыми стандартами.

Коллектив на отделении ОДПО занимается переподготовкой и усовершенствованием работающих средних медработников по заявкам от больниц, согласованных с управлением здравоохранения. Таким образом, происходит постоянный обмен знаниями, что, конечно же, способствует развитию профессиональных компетенций как преподавателей колледжа, так и средних медицинских работников.

Качество профессиональной подготовки невозможно без планомерной и систематической профориентационной работы. Правильно и осознанно выбранная профессия медицинского работника в школе

впоследствии решает вопрос обеспеченности кадрами отрасли здравоохранения и социальную стабильность для человека.

На сайте колледжа имеется 3D тур. И любая семья, не выходя из дома, может посетить виртуальный колледж. Приняв предварительное решение в семье, школьники и их родители подают заявку своему классному руководителю о желании познакомиться с медколледжем подробнее.

Далее через управление образования и школы и формируются группы по 15 человек и в течение 5 дней проводятся занятия на базе колледжа по программе «Введение в профессию медработника». Преподаватели колледжа, специалисты медицинских организаций рассказывают о будущей профессии медицинского работника, показывают на фантоме приемы оказания первой помощи пострадавшим и медицинские манипуляции.

Колледж вошел в программу работы «Центра технического творчества и профориентации» «Кванториум», в котором ведется работа по профориентации школьников города по различным специальностям. Центр набирает группы школьников, желающих познакомиться с той или иной профессией и в том числе с профессией медработника. Группа школьников посещает медколледж и проходит программу ознакомления с профессией, посещает медучреждения.

Конкурс при поступлении в ГАПОУ «Нижекамский медицинский колледж» составляет более 3х человек на место, и поэтому очень важно, чтобы будущие студенты сделали правильный и осознанный выбор.

Для студентов первого года обучения проводятся ознакомительные экскурсии в медицинские и фармацевтические организации города. Опытные медицинские сестры и врачи помогают студенту влиться в команду и чувствовать себя полезным.

В процессе обучения особое внимание уделяется обучению практическим навыкам, этике и деонтологии. Разработан специальный цикл занятий с отработкой реальных ситуаций, возникающих при коммуникациях с пациентами и персоналом больницы, с отработкой вопросов стрессоустойчивости, вежливости, профессиональной этики и пациентоцентричности.

Студенческая жизнь крайне насыщена мероприятиями. Это и чемпионаты, олимпиады, научно-практические конференции, викторины,

конкурсы, танцы, спорт. К примеру, спортзал работает с 8 утра до 8 вечера ежедневно, кроме воскресенья. Сотрудники больниц также приходят в зал колледжа заниматься спортом.

Студенты оказывают помощь поликлиникам и травмпунктам города в периоды сезонного подъема заболеваемости ОРВИ, повышенного травматизма зимой, а во время проведения профосмотров и диспансеризации заполняют анкеты, маршрутизируют пациентов на медосмотры, раздают приглашения и рассказывают о необходимости медосмотров. Работа плечом к плечу с врачами и медсестрами больниц повышает уровень компетенции студентов.

Системная работа по профориентации, теоретическому и практическому обучению, активная работа с социальными партнерами, целевой способ подготовки специалистов позволили достичь максимального числа трудоустройства выпускников в медицинские организации города Нижнекамска.

Только совместные, скоординированные действия колледжа и работодателей могут принести в долгосрочной перспективе ощутимую пользу всем заинтересованным сторонам и создать эффективную систему объединения потенциала учебной организации профессионального образования и предприятий в подготовке высококвалифицированных кадров.

Комфорт и Безопасность, Вежливость и Профессионализм – это основные принципы в работе ГАПОУ «Нижнекамский медицинский колледж».

Список литературы

1. Левашова, В.В. Зачем учить медицинских сестер: взгляд руководителя. – Текст : непосредственный / В.В. Левашова // Медицинская сестра. – 2023. – № 7. – с. 19 – 21.

2. Солодовников, Ю.Л. Экономика и управление в здравоохранении : учебное пособие для СПО / Ю.Л. Солодовников, – 6-е изд., стер.– Санкт – Петербург : Лань, 2021.– 312 с. : ил.– Текст : непосредственный.

3. Федько, Н.А. Совершенствование системы управления сестринским персоналом. – Текст : непосредственный / Н.А. Федько // Медицинская сестра. – 2025. – № 2. – с. 49 – 52.

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Гуцу Марина Александровна
ФГБ ПОУ «Ульяновский фармацевтический колледж» МЗ РФ
г. Ульяновск, Россия

Многие годы артериальная гипертензия (АГ) остаётся актуальной проблемой глобального и национального масштаба. Это хроническое заболевание связано с устойчивым повышением артериального давления, приводящее к серьёзным осложнениям и ухудшающее качество жизни. Повышенное давление является причиной >50% случаев сердечно - сосудистых заболеваний, инсульта и сердечной недостаточности, >40% смертей среди больных сахарным диабетом. Многие годы заболеваемость АГ остаётся на высоком уровне, по данным исследования ЭССЕ-РФ3 (2012-2022гг) распространённость её в российской популяции 35-74 лет составило 53,9% [1], а по данным исследований за 2021–2024 годы, средняя распространённость АГ среди населения России - 44,2% [3], что выше среднемирового значения. Распространённость АГ увеличивается с возрастом, в России примерно у 80% людей в возрасте старше 65 лет диагностируются повышенные уровни давления. К сожалению, проблемы в коррекции факторов риска АГ, достижении целевых показателей артериального давления (АД) и приверженности к лечению остаются нерешёнными.

Для снижения риска возникновения АГ и развития осложнений у пациентов, уже страдающих АГ, крайне важна коррекция факторов риска ее развития.

Известные факторы риска развития и прогрессирования АГ подразделяют на устранимые и неустранимые. Неустранимые это наследственность и мужской пол, этим категориям населения необходимо уделить особое внимание. Устранение других факторов риска позволит людям с наследственной предрасположенностью сместить время развития гипертензии, возможно, уменьшить выраженность проявлений.

Устранимые факторы риска. Особую роль играют стрессовые ситуации, особенно у женщин. В ответ на стрессовые ситуации организм выделяет гормоны, такие как адреналин и кортизол. Эти гормоны вызывают учащение сердцебиения и сужение кровеносных сосудов, что,

в свою очередь, приводит к повышению артериального давления. Так же стресс активизирует симпатическую нервную систему, также способствующую увеличению давления. Стрессовые ситуации, особенно у женщин, приводят к изменению пищевого поведения и снижению мотивации к физической активности, усиливая тем самым влияние как непосредственно на повышение АД, так и на развитие атеросклеротического поражения сосудов.

Нерациональное питание. На первом месте – употребление поваренной соли. Учёными достоверно установлено, что существует тесная связь между уровнем артериального давления и количеством ежедневно потребляемой человеком соли. Эссенциальная гипертензия развивается как правило в группах с высоким потреблением соли, более 5,8 г в сутки. Механизмов влияния натрия на АД несколько:

- *Увеличение объёма циркулирующей крови.* Избыток натрия приводит к повышению осмолярности крови, что вызывает перемещение воды из клеток и тканей в сосудистое русло, а это приводит к увеличению объёма циркулирующей крови и повышает давление на стенки сосудов.

- *Накопление солей натрия в стенках сосудов.* Избыток натрия может накапливаться в стенках сосудов, что повреждает их структуру и нарушает тонус. Это способствует развитию артериальной гипертензии.

- *Влияние на почки и водно-солевой баланс.* Почки регулируют баланс натрия и воды в организме. При избыточном потреблении натрия почки могут не справляться с его выведением, что приводит к задержке жидкости и повышению АД.

- *Взаимодействие с другими системами.* Избыток натрия может влиять на микробиом кишечника и провоцировать воспалительные и иммунные реакции, которые способствуют развитию чувствительной к соли артериальной гипертензии. Также есть данные о том, что натрий может накапливаться в мышцах и коже, что может влиять на регуляцию внеклеточного объёма и АД.

- *Взаимодействие с калием.* Риск гипертензии усиливает дефицит калия в сочетании с избытком натрия. Современная диета, богатая натрием и бедная калием, в сочетании с неадаптированной функцией почек, которые сохраняют натрий и выводят калий, создаёт условия

для повышения системного сосудистого сопротивления и развития гипертонии.

Реакция людей на избыток натрия не одинакова. Те, у которых наблюдается наибольшее повышение АД в ответ на повышенное потребление натрия, называют «солечувствительными», а тех, у кого изменение АД незначительное или отсутствует, - «солерезистентными».

Снижение потребления натрия особенно эффективно снижает АД у людей среднего и пожилого возраста, лиц с артериальной гипертензией, пациентов с диабетом или заболеваниями почек.

Физиологическая норма суточного потребления натрия около 3,5 граммов (примерно 5-5,5 граммов поваренной соли). По рекомендациям ВОЗ, верхняя граница потребления соли для здоровых людей составляет 6 граммов в сутки, а при артериальной гипертонии - 5 граммов в сутки.

Чтобы снизить потребление натрия, рекомендуется:

- ограничить употребление консервированных, солёных и копчёных продуктов;
- готовить пищу с минимальным количеством соли;
- обращать внимание на маркировку продуктов на содержание соли;
- увеличить потребление продуктов с низким содержанием соли (овощи, фрукты).

Снижение потребления натрия не только уменьшает уже существующее повышение АД, но и может отсрочить начало гипертонии у людей без неё, потенциально снижая риск сердечно-сосудистых заболеваний.

В популяционном исследовании, выполненном в Перу, было показано, что замена всей продаваемой соли в магазинах сельских населенных пунктов на соль с пониженным содержанием Na (25% K), в течение 3 лет привела к сокращению вероятности развития АГ на 51% [2]. Исследование, проведенное в Китае в 600 селах (были включены лица старше 60 лет и более молодые, но перенесшие инсульт либо имеющие неконтролируемую АГ) так же показало, что замена обычной соли на соль с пониженным содержанием Na приводит к снижению смерти от всех причин и инсультов.

При повышенном артериальном давлении важно соблюдать диету не только ограничивая соль, это поможет контролировать состояние

пациента и снизить риск развития осложнений. «Атеросклероз следует за гипертонической болезнью, как тень за человеком» - это образное выражение используется в медицинской литературе для описания тесной взаимосвязи между артериальной гипертонией и атеросклерозом. Диета во многом направлена именно на профилактику повреждения сосудов, профилактику атеросклероза.

Не рекомендуется жёсткое ограничение калорий или голодание. Суточная калорийность должна быть сбалансированной, в зависимости от массы тела и уровня физической активности, обычно 1500–2000 ккал. Следует исключить животные жиры, заменить их на растительные. Предпочтение следует отдавать нежирным сортам мяса (телятина, курица, индейка, кролик) и рыбы (треска, окунь, судак, хек). Простые углеводы (сладости, мучные изделия) следует заменить на сложные: цельнозерновой хлеб, крупы, овощи, фрукты, ягоды, зелень.

Диета должна включать достаточное количество калия, который помогает сбалансировать уровень натрия. Его источники: курага, чернослив, бананы, печёный картофель, изюм, тыква, плоды шиповника, авокадо.

Магний способствует расширению кровеносных сосудов и укреплению их стенок. Он содержится в отрубях, крупах (овсяной, ячневой, гречневой, пшеничной), листовой зелени (петрушке, салате), овощах (моркови, свёкле), орехах (миндале, фундуке, грецких).

Омега-3 жирные кислоты снижают уровень триглицеридов и улучшают функцию кровеносных сосудов. Их источники - жирные сорта рыбы, льняное семя и грецкие орехи.

Кальций участвует в регуляции сосудистого тонуса. Его можно получить из нежирных молочных продуктов (молоко 1–1,5%, творог 3–5%, сыр 5–10%).

Также важны витамины-антиоксиданты: витамин С (цветная капуста, чёрная смородина, шиповник), витамин А (морковь, печень, яичный желток), витамины группы В (отруби, капуста, дрожжи).

Предпочтительны щадящие методы термической обработки: отваривание, запекание, тушение, приготовление на пару. Следует избегать жарки.

Рекомендуется соблюдать дробный режим питания - 5–6 раз в день небольшими порциями. Последний приём пищи - не позднее чем за 3 часа до сна.

Следует исключить из рациона: алкоголь, напитки, содержащие кофеин (крепкий чай, крепкий кофе), газированные напитки, фастфуд, острые блюда, приправы, соленья, консервированные продукты, мучные и кондитерские изделия, продукты с высоким содержанием сахара и насыщенных жиров.

Суточная норма потребления жидкости 1,5-2 литра (включая продукты питания с высоким содержанием жидкости). Вода рассчитывается исходя из соотношения 35–50 мл на килограмм массы тела.

Следует бросить курить. Никотин и другие вещества, содержащиеся в табачном дыме, могут привести к прогрессированию гипертонии и развитию сопутствующих заболеваний. Механизмы влияния курения на АД:

- *Спазм сосудов и выброс адреналина.* Никотин стимулирует работу надпочечников, которые выбрасывают в кровь большое количество адреналина - гормона стресса. Это вызывает спазм сосудов, что приводит к резкому повышению артериального давления. Эффект может сохраняться 15-20 минут после выкуривания сигареты.

- *Развитие атеросклероза.* Курение повреждает внутреннюю оболочку сосудов, что способствует образованию холестериновых бляшек. Никотин нарушает липидный обмен, усиливая расщепление жирных кислот, повышая их содержание в крови. Просвет сосудов сужается, что ещё больше повышает давление.

- *Учащение сердцебиения.* Это увеличивает нагрузку на сердце и может вызвать нарушения сердечного ритма - аритмию.

- *Нарушение свёртываемости крови.* Курение повышает склонность к образованию тромбов.

- *Гипоксия.* Оксид углерода (угарный газ) из табачного дыма связывается с гемоглобином, образуя карбоксигемоглобин. В результате ухудшается перенос кровью кислорода к органам и тканям.

- *Снижение эффективности лекарственной терапии.* У курящих людей снижается эффективность гипотензивных препаратов [5].

У курящих людей повышается риск инфаркта миокарда примерно вдвое, а геморрагического инсульта втрое по сравнению с некурящими людьми с гипертонией.

Отказ от курения - один из ключевых шагов в борьбе с повышенным давлением и профилактике сердечно-сосудистых осложнений. После прекращения курения:

- через неделю нормализуется дыхание и снижается частота сердечных приступов;

- через месяц улучшается кровообращение;

- через полгода восстанавливается эластичность сосудистой стенки, что снижает нагрузку на сердце.

- через год риск сердечных катастроф снижается в два раза.

При избыточном весе снижение массы тела способствует снижению АД. По данным исследований, потеря 1 кг веса в среднем снижает систолическое артериальное давление на 1,1 мм рт. ст. и диастолическое на 0,9 мм рт. ст.

Потеря 10 кг веса приводит к снижению АД минимум на 10 мм рт. ст.

У пациентов с ожирением II или III степени снижение веса более чем на 10 кг может привести к уменьшению САД на 15 мм рт. ст., а ДАД на 6 мм рт. ст. Важно помнить, что снижение веса должно быть постепенным и проводиться под контролем врача, особенно при наличии сопутствующих заболеваний.

Регулярные физические нагрузки также помогают контролировать давление. Физическая активность влияет на АД через несколько механизмов:

- *Снижение периферического сосудистого сопротивления.* Аэробные нагрузки улучшают функцию эндотелия, повышают чувствительность барорецепторов и уменьшают тонус симпатической нервной системы, что приводит к расширению сосудов и снижению сопротивления кровотоку.

- *Улучшение эластичности артерий.* Регулярные упражнения замедляют ремоделирование сосудистой стенки, что способствует нормализации АД.

- *Рабочая мышечная гиперемия (симпатоллизис).* Во время физической активности артерии работающих мышц становятся менее чувствительными к адреналину.

- *Снижение веса и уровня холестерина.* Физическая активность помогает контролировать массу тела и липидный профиль.

Рекомендуемые виды нагрузок: прогулки пешком, дозированная ходьба, бег трусцой, плавание и некоторые другие (их следует согласовывать со специалистом по реабилитации).

По данным 6 летнего наблюдения за лицами ведущими ЗОЖ (отсутствие курения, отсутствие пагубного потребления алкоголя, умеренная и высокая физическая активность, употребление овощей и фруктов ежедневно не менее 400 г, уменьшение потребления соли) оказалось: снизилась смертность от всех причин на 39%, от ССЗ на 36% и уменьшилась вероятность развития сердечно-сосудистых событий на 19% [4].

Коррекция факторов риска развития и прогрессирования АГ реализуется в нашей стране в формате профилактического консультирования. Как показывают исследования, часто сами медицинские работники не верят в возможность изменения образа жизни пациентов и поэтому не уделяют должного внимания профилактическому консультированию [2]. Исследование, проведённое студентами колледжа под руководством преподавателей, показало, что большинство опрошенных методом свободной выборки пациентов даже не слышали о Школах здоровья, информацию о факторах риска получили от медицинских работников в формате «солёное - жирное не есть, воды много не пить», результат: услышал, забыл, не выполнил. Большую информационную роль выполняют такие источники информации как санбюллетени и буклеты, а также интернет, которыми, к сожалению, не интересуются или не могут воспользоваться около 40% респондентов.

Профилактика артериальной гипертензии может предупредить миллионы случаев (доклад ВОЗ) смерти, инсультов, инфарктов, сердечной недостаточности по всему миру, включая нашу страну. Для этого необходимо повышать грамотность населения в вопросах здоровья, формировать мотивацию здорового образа жизни среди здоровых людей и пациентов, создавать условия для этого. Для решения вопросов профилактики заболеваний, включая профилактику АГ, необходимо привлекать студентов медицинских специальностей.

Список литературы

1. Баланова Ю. А. Артериальная гипертензия в российской популяции в период пандемии COVID-19 / Ю. А. Баланова и соавторы // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2023. - Том 22. - № 8S, с. 105-120
2. Драпкина О. М. Программный подход к профилактике и контролю артериальной гипертензии как ключевой резерв снижения смертно-

сти в Российской Федерации / О. М. Драпкина, А. В. Концевая, И. А. Деев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2025. - Том 24. - №12, с.114-127

3. Кириленко Н.П. Гипертоническая болезнь в популяции и профилактика в амбулаторных условиях: проблемы и пути решения / Н.П. Кириленко, Н.Н. Ильина // Профилактическая медицина. – 2023. - Т. 26. - №3, с. 23-29

4. Укрепление общественного здоровья и медицинская профилактика в контексте задачи по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний: руководство для Центров общественного здоровья и медицинской профилактики / О. М. Драпкиной, О. О. Салагая [и др.]. - М., 2021 г

5. Якубова Э.Ф. Оценка влияния курения на висцеральные органы и регуляторные функции организма / Э.Э. Якубова Э.Ф., Ибрагимова, З.А. Якубова / Здоровье населения и среда обитания. – 2018. -№3, с.51-53

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК УПРАВЛЯЕМЫЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА: РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ И УХОДЕ

Даурцева Надежда Владимировна
ГАОЗ «Краевая больница № 4»
г.Краснокаменск, Забайкальский край, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) – это не просто цифры на тонометре. Это состояние, которое ежедневно, месяц за месяцем, год за годом разрушает сосуды всего организма, и в первую очередь – головного мозга. Для медицинских сестер и младшего персонала, которые проводят с пациентами больше всего времени, критически важно понимать, как именно высокое давление приводит к инсульту. Это знание – не просто теория, а основа для ежедневной эффективной работы, правильного ухода и действенного просвещения пациентов.

Гипертония – «тихий убийца» сосудов мозга. Чтобы понять связь, представьте себе сосуды головного мозга как гибкие, эластич-

ные шланги. Постоянно высокое давление внутри них действует как постоянный избыточный напор воды:

Сосуды постоянно напряжены. Со временем они теряют эластичность, становятся жесткими и ломкими, как старые резиновые шланги.

На стенках сосудов появляются микротравмы. Организм пытается «залатать» эти повреждения холестерином и кальцием. Так формируются атеросклеротические бляшки, которые сужают просвет сосуда.

Создается основа для катастрофы. Любой резкий скачок давления может привести к разрыву ослабленного сосуда или отрыву бляшки.

Как именно гипертония вызывает инсульт? Существует два основных механизма.

Ишемический инсульт (инфаркт мозга) – 80% всех случаев. Это закупорка сосуда тромбом. Гипертония здесь – главный «сообщник» этой катастрофы.

Атеротромботический инсульт: высокое давление ускоряет рост атеросклеротической бляшки в артериях, питающих мозг (сонных, позвоночных). В какой-то момент бляшка разрывается. Организм воспринимает это как рану и формирует на этом месте тромб, который полностью перекрывает кровоток.

Лакунарный инсульт: это особая «визитная карточка» гипертонии. Постоянный высокий напор крови повреждает мельчайшие глубокие артерии мозга (диаметром с волос). Их стенки утолщаются и перекрывают кровоток. Возникают маленькие очаги повреждения – лакуны (полости). Хотя каждый очаг мал, их множественное появление приводит к тяжелым последствиям: нарушению ходьбы, памяти, мочеиспускания.

Проще говоря: из-за давления сосуд либо «зарастает» изнутри (бляшка), либо «закупоривается» в глубине мозга (лакуны). Кровь перестает поступать к участку мозга, и он погибает.

2. Геморрагический инсульт (кровоизлияние в мозг) – 20% случаев. Это разрыв сосуда. Здесь роль гипертонии еще более прямая и очевидная.

Ослабленная и напряженная стенка сосуда не выдерживает очередного резкого подъема давления и разрывается. Кровь изливается в ткань мозга, сдавливая и разрушая ее.

Чаще всего страдают те самые мелкие артерии, которые уже были повреждены гипертонией.

Проще говоря: сосуд, истощенный годами борьбы с высоким давлением, не выдерживает и «лопается».

Почему проблема так актуальна? Цифры и факты. Ситуация с гипертонией в России остается тревожной. Около 45% взрослого населения живут с повышенным давлением. Многие из них не чувствуют симптомов годами, а те, кто знает, часто не лечатся правильно или не достигают целевых цифр давления.

Инсульт ежегодно уносит жизни сотен тысяч людей в мире. В России регистрируется более 500 000 случаев в год. Важно понимать: **до 80-90% инсультов у наших пациентов прямо или косвенно связаны с гипертонией.** Это значит, что борьба с высоким давлением – это самая эффективная стратегия спасения от инсульта.

Что показывает практика в нашем лечебном учреждении? Данные, которые мы собрали за последние три года в ГАУЗ «Краевая больница № 4», наглядно подтверждают общемировую тенденцию.

Таблица 1

Связь инсультов и артериальной гипертензии (*данные за 2025 год приведены по состоянию на сентябрь)

Год	Всего пациентов с инсультом	Из них с инсультом на фоне гипертонии	Процент
2023	320	260	81,2%
2024	330	281	85,0%
2025*	388	353	91,0%

Из таблицы видно две тревожные тенденции:

1. Общее число пациентов с инсультом растет.
2. Доля тех, чей инсульт случился из-за высокого давления, увеличивается еще быстрее и в этом году достигла 91%.

Это прямое указание на то, что нам, медикам, нужно усиливать работу по контролю артериального давления среди наших пациентов.

Последствия инсульта и почему так важен правильный уход. Инсульт – это катастрофа, которая ложится тяжелым бременем не

только на самого пациента, но и на всю его семью и систему здравоохранения.

Последствия зависят от того, какая именно часть мозга пострадала:

- **Двигательные нарушения (параличи, парезы):** человек теряет возможность самостоятельно передвигаться, обслуживать себя.
- **Нарушения речи (афазия):** пациент не может говорить, понимать речь, читать и писать. Это изолирует его от мира.
- **Нарушения глотания (дисфагия):** крайне опасное состояние, ведущее к аспирационной пневмонии, истощению и обезвоживанию.
- **Когнитивные нарушения:** страдает память, внимание, мышление. Развивается сосудистая деменция.
- **Эмоционально-волевые нарушения:** апатия, депрессия, или наоборот – раздражительность, плаксивость.
- **Нарушения контроля тазовых функций:** недержание мочи и кала.

Восстановление после инсульта – это марафон, который длится месяцы и годы. И в этом марафоне средний и младший медицинский персонал – это главные помощники и проводники для пациента.

Осознавая всю сложность проблемы, на базе нашего первичного сосудистого отделения для больных с ОНМК с ранней медицинской реабилитацией/неврологического отделения ГАУЗ «Краевая больница №4» г. Краснокаменска уже несколько лет успешно работает «Школа ухода за пациентами с ОНМК». Эта Школа – мост между больницей и домом, помогающий пациенту и его семье адаптироваться к новой жизни.

В роли учеников этой школы выступают:

- Пациенты, у которых сохранились способности к обучению и пониманию.
- Родственники и близкие, которые берут на себя роль сиделок и ухаживающих.
- Главными целями школы ухода за пациентами с ОНМК являются:
 - Адаптация: максимально приспособить пациента к самостоятельной жизни, несмотря на ограничения.
 - Качество жизни: сделать жизнь пациента и его семьи достойной, снизив физическую и психологическую нагрузку.

- Профилактика повторных осложнений: научить, как предотвратить повторный инсульт, пролежни, пневмонию.

Работа в Школе ведется по нескольким ключевым направлениям, где роль медсестры и младшего медперсонала первостепенна:

1. Обучение пациента самообслуживанию: показываем, как с помощью специальных приспособлений (ложек с утолщенной ручкой, «шнуровки» одной рукой) есть, одеваться, умыться.

2. Обучение родственников основам ухода: подробный инструктаж и отработка на практике:

- ✓ Техники перемещения в кровати, правильного усаживания.

- ✓ Кормления и помощи при глотании. Особый акцент на безопасности.

- ✓ Ежедневной личной гигиены (умывание, уход за полостью рта, подмывание).

- ✓ Профилактики пролежней: обучение смене положения тела, осмотру кожных покровов, использованию противопролежневых средств.

3. Психологическая поддержка: объясняем, что эмоциональные колебания – это часть болезни. Учим, как правильно общаться с пациентом, поддерживать его, справляться с агрессией или апатией.

4. Информирование – основа профилактики: простым языком объясняем:

- ✓ Что такое инсульт и гипертония.

- ✓ Почему нужно пожизненно принимать таблетки от давления, даже если самочувствие хорошее.

- ✓ Как правильно измерять артериальное давление дома.

- ✓ Какие симптомы являются «красными флажками» и требуют срочного вызова врача.

5. Формирование мотивации: помогаем пациенту поверить в свои силы, ставить маленькие, но достижимые цели (например, самому держать ложку).

Для максимальной эффективности мы внедрили особый формат занятий, который базируется на нескольких принципах:

- **Маленькие группы (5-8 человек):** это позволяет уделить внимание каждому.

- **Короткие занятия (30 минут):** чтобы не утомлять пациентов с нарушенной концентрацией внимания.

• **Практика и диалог:** минимум сухой теории, максимум практических навыков и ответов на вопросы.

• **Команда специалистов:**

✓ **Медицинские сестры:** делятся самым ценным – практическим опытом ухода. Их советы – самые весомые для родственников.

✓ **Медицинский психолог:** работает со страхами и депрессией.

✓ **Логопед:** учит приемам восстановления речи и безопасного глотания.

✓ **Инструктор ЛФК:** показывает правильные и безопасные упражнения для дома.

✓ **Специалист по социальной работе:** консультирует по вопросам получения льгот и средств реабилитации.

Организационная и методическая поддержка работы Школы

Эффективность и постоянное развитие нашей Школы во многом обеспечены системной поддержкой со стороны профессионального медицинского сообщества. Куратором по организации работы школы профильных больных является Забайкальская региональная общественная организация «Профессиональные медицинские специалисты» (ЗРОО «ПрофМедСпец») во главе с Президентом ассоциации Валентиной Александровной Вишняковой. Профессиональная ассоциация ежемесячно проводит мониторинг деятельности профильных школ. Профессиональный комитет анализирует ключевые показатели, такие как посещаемость, охват, обратную связь от пациентов и их родственников, и на основе этого дает нам практические рекомендации по улучшению организации учебного процесса и содержательной работы.

Для непрерывного повышения профессионального уровня медицинских работников ЗРОО «ПрофМедСпец» организует ежегодные профессиональные конкурсы по номинации «Лучшая практика работы Школ профильных больных». Участие в таких конкурсах позволяет нашим специалистам делиться наработанным опытом, анонсировать свои методические инновации и перенимать успешные подходы коллег из других учреждений. Лучшие практики поощряются ассоциацией не только дипломами, но и значимыми материальными стимулами: денежными вознаграждениями, оргтехникой и специализированной одеждой, что дополнительно мотивирует коллектив.

Важным ресурсом для нашей команды является регулярное поступление современной методической литературы от ЗРОО «ПрофМедСпец», которая рассылается на электронные адреса сотрудников. Это позволяет нам своевременно изучать опыт других регионов, знакомиться с новыми методиками и подходами к ведению и реабилитации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, интегрируя наиболее эффективное в нашу практику.

Деятельность Школы является открытой и подотчетной. Регулярные отчеты о нашей работе, включающие статистику, итоги анкетирования и описание методических новшеств, мы направляем в ключевые инстанции: в ГКУЗ «Краевой центр общественного здоровья и медицинской профилактики» Министерства здравоохранения Забайкальского края, курирующей организации ЗРОО «ПрофМедСпец», а также партнерам, таким как госкорпорация «Росатом». Такая многоуровневая система отчетности и обратной связи обеспечивает прозрачность, позволяет масштабировать успешный опыт и корректировать работу для достижения наилучших результатов.

Такой продуманный и внешне поддерживаемый формат позволяет нам достигать главного результата: наши пациенты и их семьи получают не просто знания, а реальные инструменты для полноценной жизни. Этот всесторонний подход уже принес конкретные плоды: Школу окончили более 1500 пациентов и их родственников. И самое весомое из наших достижений – осязаемое снижение риска повторного инсульта среди выпускников. Программа формирует у пациентов осознанное отношение к здоровью, что проявляется в регулярном приеме лекарств и самоконтроле артериального давления.

Подводя итоги, становится абсолютно очевидным, артериальная гипертензия была и остается главным управляемым фактором риска инсульта, что делает борьбу с ней первостепенной задачей. Хотя схему медикаментозной терапии определяет врач, именно средний и младший медицинский персонал формирует основу для ежедневного контроля состояния пациента. От качества работы медсестры – от того, как точно она измерит давление, как доступно разъяснит важность регулярного приема препаратов и обучит правилам ухода – напрямую зависит, удастся ли предотвратить повторную сосудистую катастрофу.

Опыт «Школы ухода за пациентами с ОНМК» наглядно доказывает: знания, терпение и участие младшего и среднего звена не только спасают жизни, но и кардинально улучшают их качество. Таким образом, эффективная стратегия против инсульта сегодня – это комплексный подход, объединяющий современную фармакотерапию, цифровые технологии для мониторинга, персонализированную реабилитацию и, что особенно важно, непрерывное просвещение пациентов.

Такие ориентированные на нужды человека программы, как наша Школа, являются ключевым инструментом в снижении бремени инсульта. Только объединив усилия врачей, медперсонала, пациентов и их семей, мы сможем противостоять этой эпидемии, даря людям не просто жизнь, а жизнь достойного качества.

Список литературы

1. Емельянова И. А. Гипертония. Современный взгляд на лечение и профилактику. – Москва : АСТ, 2022. – 160 с.
2. Гогин Е. Е. Гипертоническая болезнь. – 10-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 64 с.
3. Ратова Л. Г., Чазова И. Е. Артериальная гипертензия : пособие для пациентов. – Москва : Медиа Медика, 2019. – 48 с.
4. Школа здоровья. Жизнь после инсульта : материалы для пациентов / под ред. В. И. Скворцовой. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 88 с.

**ЭЛЕКТРОННЫЙ ДОКУМЕНТООБОРОТ – КАК
ИНСТРУМЕНТ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ОПЫТ РАБОТЫ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА НА ПРИМЕРЕ
ГУЗ «КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ
БОЛЬНИЦА»
(г. ЧИТА, ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ КРАЙ)**

Жигарева Елена Владимировна, Коробейникова Наталия Николаевна
ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница»
г. Чита, Россия

ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница» оказывает специализированную медицинскую помощь населению Забайкальского края, в том числе консультативную помощь по линии санитарной авиации. В структуру ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница» Забайкальского края входит стационар мощностью 253 койки и обособленное подразделение «Центр профилактики и борьбы со СПИД».

Стационар предназначен для госпитализации больных с различными бактериальными и вирусными инфекциями. Предусмотрена более полная возможность использования коечного фонда, высокая маневренность больницы, при которой лечебные отделения могут легко перепрофилироваться для госпитализации больных с любыми формами инфекционных заболеваний в зависимости от эпидемической обстановки в крае.

В своем составе имеет 5 лечебных отделений, 2 отделения реанимации и интенсивной терапии, приемно-диагностическое отделение, клинико-диагностическое отделение, кабинет компьютерной томографии, микробиологическую лабораторию 3 уровня, клинико-диагностическую лабораторию, кабинет инфекционных заболеваний, обособленное подразделение «Центр профилактики и борьбы со СПИД», вспомогательную службу.

Численность среднего медицинского персонала на конец 2025 года составила 156 человек, из них 29 специалистов студенты Читинской государственной медицинской академии, имеющие допуск к профессиональной медицинской деятельности на должностях среднего медицинского персонала.

Впервые переход средним медицинским персоналом с бумажного на электронный документооборот произошел в 2017 году - в работу были внедрены две информационных программы: лабораторная информационная система (ЛИС) и 1С «Аптека».

Внедрение ЛИС позволило не только идентифицировать лабораторный материал с помощью штрих кодирования и выдавать электронный результат, но и дало возможность отслеживать и быстро находить результаты лабораторных исследований прямо со своего рабочего места, без посещения лаборатории.

В свою очередь внедрение программы 1С «Аптека» позволило среднему медицинскому персоналу автоматизировать учет, выписку, списание лекарственных препаратов, контроль за сроками годности, что значительно снизило нагрузку и ускорило учет ЛП без ведения бумажных журналов, упростило работу за счет интегрирования информации между отделениями, аптекой и бухгалтерией. Специалистам аптечного склада и руководителям больше не нужно было собирать информацию о наличии лекарственных препаратов в отделениях «вручную» из журналов. Внедрение программ не только упростило работу медперсонала, но и сократило финансовые расходы на печать бумажных документов.

В 2018 году в рамках внедрения системы менеджмента качества мы разработали положение об ЭДО (электронный документооборот) и внедрили систему 1С документооборот государственных учреждений (далее ДГУ). Согласно положению, все локальные электронные документы стали размещать в единую базу, список специалистов, имеющих доступ в ДГУ, был утвержден приказом главного врача, специалистам были выданы индивидуальные пароли доступа в систему ДГУ.

Был сформирован реестр сестринской документации, доступный всему персоналу: реестр алгоритмов, памяток, реестр видеороликов и презентации, реестр стандартных операционных процедур. Это значительно облегчило обмен медицинской информацией внутри стационара, а также позволило осуществлять контроль за наличием и сроками действия документов.

Во всех отделениях старшие медицинские сестры сформировали информационные электронные папки для медсестер, куда стали размещать всю информацию для самообучения медперсонала и проведе-

ния занятий: приказы, памятки, обучающие видеоролики и презентации и т.д.

Создали электронные папки порционных требований по отделениям – медицинская сестра составляет порционное требование, передает его старшей медицинской сестре, старшая в свою очередь проверяет правильность составления порционного требования, подписывает его у заведующего отделением, сканирует и размещает в электронную папку стационара до указанного времени. Внедрение таких папок с общим доступом позволило быстро находить нужную информацию или документ с любого рабочего места.

Табели учета рабочего времени стали создавать в программе 1С «Зарплата», теперь таблицы в экономический отдел передаются электронно без личного посещения.

Впервые внедрили электронную историю болезни (МИС QMS), разработали сестринские протоколы: протокол оценки риска развития пролежней и протокол оценки риска падений.

В 2019 году в стационаре ввели «Систему идентификации личности пациента». При поступлении пациента в приемном покое стали надевать идентификационные браслеты со штрих-кодом, содержащим закодированную информацию о пациенте. Информацию с браслета медсестра считывает специальным сканером и все данные о пациенте появляется на экране ее монитора. Браслеты различаются по цветовой кодировке. На сегодняшний день мы используем браслеты белого цвета – для всех детей, находящиеся на лечении без законного представителя, взрослых пациентов старше 50 лет, пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии; желтые браслеты – для пациентов с сахарным диабетом, красные браслеты – для пациентов с аллергическими реакциями, а оранжевые браслеты надеваем пациентам с высоким риском падения. Благодаря идентификационным браслетам, информацию о пациенте можно получить в любой момент, даже если пациент находится без сознания или не отдает отчета своим действиям. Внедрение в стационаре «Системы идентификации личности пациента» значительно снизило возможность перепутать пациентов при выполнении манипуляций, тем самым повысило их безопасное пребывание в стационаре.



Рисунок 1. Идентификация пациента

В 2022 году электронную историю болезни из МИС QMS, а также 1С «Аптека» интегрировали в МИС «Ариадна» и МИС «Ариадна Аптека». Впервые мы полностью отказались от ведения бумажного листа врачебных назначений. Все отметки о выполненных манипуляциях стали заполнять только в электронном листе назначений, это упростило списание лекарственных препаратов на конкретного пациента автоматически. МИС «Ариадна» имеет широкий потенциал для создания электронных медицинских документов и протоколов. Совместно с сотрудниками ИТ-отдела разработали электронные журналы:

- Журнал учета исследований
- Журнал учета пероральных, сублингвальных назначений
- Журнал учета инъекционных назначений
- Журнал учета орофарингеальных, наружных назначений
- Каждый журнал распечатывается на отдельный лист, медсестра больше не тратит рабочее время на выборку врачебных назначений и их перенос на бумажные носители.

Организаторами сестринского дела за 2022 – 2025 гг. было разработано, утверждено главным врачом организации и внедрено в работу 15 сестринских протоколов, оценочных шкал и карт сестринского наблюдения:

- Протокол ухода за центральным сосудистым катетером
- Протокол постановки и ухода за периферическим сосудистым катетером

- Протокол удаления периферического сосудистого катетера, установленного в другой медицинской организации

- Протокол постановки мочевого катетера и замены мочеприемника

- Протокол ухода за мочевым катетером

- Шкала оценки риска падения Морса

- Карта пациента с высоким риском падения

- Шкала оценки степени риска развития пролежней

- Карта сестринского наблюдения за пациентом с пролежнями

- Карта сестринского наблюдения за маломобильными и лежачими пациентами без пролежней

- Протокол лечения пролежней

- Протокол ухода за плевральным дренажем

- Протокол ухода за колостомой

- Протокол ухода за гастростомой

- Протокол ухода за трахеостомой

Все сестринские протоколы отражают даты проведения инвазивных процедур (например: фиксация даты постановки катетеров помогает осуществить контроль максимального срока стояния, а также можно легко сосчитать нагрузку отделения по отдельным видам манипуляций и расход медицинских изделий (ПВК, мочевых катетеров и т.д.).

Данные протоколы позволяют осуществлять контроль руководителю за проведением и кратностью ухода, что важно для профилактики ИСМП. Электронная форма при необходимости распечатывается: по запросу контролирующих органов, ТФОМС или при разборе жалоб от пациентов или родственников.

С целью ускорения передачи данных и избавления от бумажных дубликатов, сокращения финансовых затрат на документооборот, упрощения взаимодействия с контролирующими органами в 2024 году мы разработали, утвердили локальным приказом и внедрили в работу электронные формы сестринских журналов:

- Журнал учета проведения генеральных уборок

- Журнал учета работы облучателя

- Журнал учета осмотров пациентов на педикулез

- Технологический журнал учета медицинских отходов классов Б и В в структурном подразделении

- Журнал учета температурного режима и относительной влажности помещений

Ведение журналов осуществляем в форме электронных документов без дублирования на бумажных носителях. Ежемесячно 1 числа формируем новую вкладку согласно утвержденной формы, поименованную названием месяца (январь 2026г., февраль 2026г и т.д.), без сокращения названия. В работе осталось несколько журналов, которые ведутся в бумажном варианте, т.к. в них требуется личная подпись пациента/законного представителя или внесение результатов теста. Например, «Журнал регистрации работы воздушного стерилизатора» или «Журнал проведения инструктажа пациентам по правилам пребывания в инфекционном отделении».

Старшая медсестра или главная медицинская сестра со своего рабочего места в любое время может проверить правильность ведения всей электронной документации, закрепленной за отделением, что облегчает контроль за ее ведением и ускоряет сбор нужной информации без отвлечения от работы медсестер.

Не смотря на все плюсы перехода на электронный документооборот, были и проблемы, такие как:

- сопротивление сотрудников, не желание учиться работать с новой системой, привычка к бумаге
- сложность адаптации и обучения возрастных сотрудников
- сбои в работе системы, зависимость от интернета, серверов
- аварийные ситуации, ведущие к утере важной документации.

Для минимизации рисков все рабочие места специалистов среднего звена оснащены автоматизированным рабочим местом с оргтехникой, системами идентификации биологического материала и пациентов. Организован компетентный ИТ-отдел, осуществляющий круглосуточную поддержку и сопровождение, оперативно отвечающий на все вопросы пользователей и быстро устраняющий возникающие проблемы в работе с системой. Разработаны и розданы для использования памятки и инструкции по работе с программами. Создано внутреннее сетевое хранилище, доступ в который имеется с каждого рабочего места. Проведено обучение сотрудников о необходимости внедрения и преимуществах новой системы. Организовано реверсивное наставничество - обучение возрастных сотрудников молодыми специалистами. Настроена функция резервного копирования данных.

Что дает нам ЭДО?

- Значительное ускорение обмена медицинской информацией внутри учреждения, с партнерами, обособленным подразделением, страховыми компаниями, контролирующими органами.

- Сокращение расходов на печать бумажных документов и хранение архивов.

- Быстрое нахождение всех необходимых документов и записей.

- Уменьшение рисков потери или подлога документов.

- Снижение нагрузки на медработников за счет автоматизации процесса.

- Конфиденциальность личных данных пациентов и соблюдение врачебной тайны.

- Отпадает необходимость перемещать карты физически с поста и обратно.

- Общее существенное увеличение эффективности и производительности медицинской организации.

Серьезную поддержку во всех начинаниях и вопросах мы получаем от ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты», членами которой являются все средние медицинские работники нашего стационара. Это своевременное обеспечение новыми нормативными документами различного уровня, ссылками на вебинары, рассылка методических материалов на личные электронные почты каждому члену профессиональной организации, участие в НПК различного уровня, мастер-классах, непрерывное наставничество по всем направлениям, возможность выступать с докладами и мастер-классами, участвовать в конкурсах, публиковать статьи о внедрении наших лучших практик.

Наша Профессиональная организация помогает быть в курсе всех изменений и стремиться к внедрению нового.

Список литературы

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.09.2020 № 947н «Об утверждении порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов» // Официальные документы в здравоохранении. – 2020. – № 9. – С. 3–48.

2. Методические рекомендации по переходу на ведение медицинской документации в форме электронных документов. Версия

1.0 : утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации
05.08.2021. – Москва : [б. и.], 2021. – 45 с.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА РАЗВИТИЕ ПОТЕНЦИАЛА КОМПЕТЕНЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛИЗМА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Кадникова Екатерина Анатольевна
ГАУ ДПО Нижегородской области «Центр повышения
квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
здравоохранения»
г. Нижний Новгород, Россия

Важным фактором обеспечения стабильности в области здравоохранения является профессионализм медицинских работников, который напрямую зависит от профессионального развития личности, его образованности и компетентности.

С точки зрения медицинской этики и в условиях растущего потока медицинской информации, меняющихся требований к уровню знаний непрерывное профессиональное образование обязательно для всех специалистов – медиков. Оставаться в русле потока медицинской информации трудно, но необходимо всем. Традиционное образование уже не устраивает ни самих медицинских работников, ни преподавателей. Процесс реформирования высшего, среднего и последиplomного образования, снизившийся уровень образованности и эрудиции специалистов - медиков требуют иных подходов к повышению и сохранению профессионального престижа медицинских организаций.

В государственной стратегии развития России важнейшими целями модернизации образования признаются развитие интеллектуального потенциала личности, аналитических способностей, критического мышления. Развитие умений самоанализа и осознания собственных возможностей. Постоянное пробуждение творческих способностей, инициативы. Развитие чувства ответственности за свои действия. Развитие коммуникабельности. Помощь людям в адаптации и подготовке к переменам. Выработка способности оперативно и эффективно решать возникающие проблемы.

«Опережающее образование» является важнейшим методологическим принципом дальнейшего развития профессионального образования, требующим пересмотра сложившихся стереотипов. Основная цель профессионального образования взрослого человека – профессиональное развитие личности. «Опережающее обучение» - осуществляется на основе прогнозирования научно-технического развития общества и условий труда, ориентации полученных знаний и умений и одновременно развитие потенциала компетентности специалиста.

На современном этапе в подготовке высококвалифицированных специалистов - медиков значительную роль играет сочетание основных обучающих компонентов: психолого-педагогическая компетентность, врачебный профессионализм преподавателя и применение инновационных технологий обучения.

Правильно сформулированные преподавателем этапы диагностического поиска открывают нужную информацию. Решение обучающих клинических задач по дисциплине в ходе проведения практических занятий позволяет обсудить все варианты диагностического поиска, показать правильные и ошибочные направления, развивать абстрактное и клиническое мышление специалистов - медиков.

Но клиническое образование – это особая сфера, в которой совершаются передачи и воспроизводство не только знаний и профессионального опыта, но и самое главное – практических умений и навыков. В качестве возможной инновационной образовательной технологии можно использовать успешно зарекомендовавший себя «кейс-метод» - для проверки степени сформированности практических навыков.

И, безусловно, виртуальные технологии (обучение на фантомах, муляжах и симуляционных тренажерах), которые в медицинской практике и образовании на сегодняшний день являются одним из наиболее востребованных и активно развивающихся направлений. Благодаря использованию в обучении этого метода освоения практических навыков:

- появляется возможность моделировать клинические ситуации, максимально приближенные к реальным, но безопасные для пациентов;

- профессиональное действие может быть неоднократно повторено для выработки умения и ликвидации ошибок;

- создаются условия для выработки и поддержания навыков профессиональных действий в редких ситуациях, необходимых каждому медицинскому работнику (например, сердечно-легочная реанимация).

Применение в процессе обучения последовательных этапов получения теоретических знаний и закрепления практических умений формирует профессиональные и общекультурные компетенции специалиста - медика. Информационно - образовательные технологии являются важным средством в подготовке высококвалифицированных кадров в сфере медицины и усиливают мотивацию преподавателя к повышению психолого-педагогических компетенций в своей профессиональной деятельности.

НАСТАВНИЧЕСТВО

Капралова-Тиханович Ксения Сергеевна
ГАУ ДПО Нижегородской области «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения»
г. Нижний Новгород, Россия

«Место наставничеству, верности традициям есть в любом деле. Люди, прогрессивно мыслящие, духовно и нравственно сильные, это хорошо понимают и делают все, чтобы их начинания имели развитие, чтобы на смену им приходили те, кто сохранит и преумножит достигнутое. Успехами и отношением к делу, личным участием в судьбе учеников и молодых коллег поддерживается связь времен и поколений, дается пример высочайшего профессионализма, верности призванию и гражданскому долгу»

В.В. Путин

Интерес к наставничеству и практикам его реализации можно назвать ренессансом наставничества.

Наставничество в медицинской среде является неотъемлемым средством передачи знаний, навыков от старшего поколения – младшему, от более опытного специалиста – менее опытному. В этой связи наставничество в медицине представляется как часть профессиональной культуры, которая складывалась на протяжении многих веков.

Если обратиться к историческому наследию образования, то идея наставничества находит свое отражение в трудах Сократа, Платона и Аристотеля [3]. Аристотель писал, что признак знатока – способность научить [1]. Практика наставничества как работа с начинающими, входящими в жизнь и профессию, отражает давнюю традицию.

Наставничество в процессе развития цивилизации рассматривалось в разных аспектах, наполнялось содержанием, отвечающим запросам общества, экономики, культуры, образования и т.д., пройдя путь от классического наставничества (менторинга) до его современных форм (тьюторства, коучинга и др.).

Особое место в истории развития медицинской науки и практики занимает наследие выдающегося отечественного хирурга Н. И. Пирогова. Его равнодушие к вопросам воспитания и обучения молодого поколения, передовые для того времени идеи позволили занять особое место и в русской педагогике.

По мнению Н. И. Пирогова, хороший наставник – это не тот человек, который добросовестно излагает свой предмет ученику, а тот, который активизирует и развивает внимательность своих воспитанников. Н. И. Пирогов акцентировал свое внимание на том, что, являясь образцом поведения для своих учеников, наставник должен помнить о том, что в их памяти остаются как добрые, так и «худые дела наставников». Взаимоотношения наставников и студентов должны быть проникнуты гуманизмом в соответствии с общей целью – быть человеком [4].

Введение системы наставничества в медицинских организациях обеспечивает устойчивое развитие медицинского персонала, повышение качества предоставляемых услуг и снижение рисков ошибок. Наставничество в сфере здравоохранения осуществляется в отношении лиц, получивших медицинское образование по основным профессиональным образовательным программам по специальностям (направлениям подготовки) согласно перечню и впервые прошедших первичную аккредитацию специалиста, первичную специализированную аккредитацию специалиста по соответствующей специальности. Наставничество осуществляется работником, имеющим соответствующую специальность (направление подготовки) и стаж медицинской деятельности не менее 5 лет, или руководителем (заместителем ру-

ководителя) организации (структурного подразделения), имеющим стаж медицинской деятельности не менее 5 лет [5].

Целями наставничества являются подготовка молодых специалистов к самостоятельному выполнению должностных обязанностей, минимизация периода их адаптации к занимаемой должности, помощь в их профессиональном становлении, приобретении профессиональных знаний и навыков выполнения должностных обязанностей.

Задачами наставничества являются:

- погружение молодого специалиста в профессиональную среду, ознакомление с условиями труда, режимом работы, кругом обязанностей, зоной ответственности и требованиям к служебному поведению, предъявляемыми к сотрудникам медицинской организации;
- ускорение процесса профессиональной и должностной адаптации молодого специалиста;
- формирование индивидуальной образовательной траектории молодого специалиста в системе непрерывного профессионального образования медицинских и фармацевтических работников;
- формирование индивидуальной программы наставничества в зависимости от степени профессиональной и должностной подготовки аккредитованного молодого специалиста, специфики работы подразделения медицинской организации;
- развитие у молодого специалиста мотивации к эффективной профессиональной деятельности, способности самостоятельно и качественно выполнять возложенные на него задачи по занимаемой должности и повышать свой профессиональный уровень;
- формирование у молодого специалиста сознательности, добросовестности, дисциплинированности, чувства ответственности за свои поступки, доброжелательного и уважительного отношения к коллегам и пациентам, корпоративной культуры, приверженности к неукоснительному следованию правилам и нормам медицинской этики и деонтологии;
- проверка наличия у молодого специалиста теоретических знаний и практических навыков по выполнению функциональных обязанностей, самостоятельному проведению молодым специалистом диагностических, лечебных и профилактических мероприятий в соответствии с трудовыми функциями профессионального стандарта по специальности/должности, на основе утвержденных порядков оказа-

ния медицинской помощи и действующих клинических рекомендаций;

– определение профессионального потенциала молодого специалиста.

Молодой специалист проходит адаптацию по плану, который разрабатывается для каждого работника и содержит перечень адаптационных мероприятий [2].

Система наставничества призвана помочь молодым специалистам адаптироваться к профессиональной деятельности, снизить стресс в первый год работы и быстрее освоить практические навыки. А также, Министерство здравоохранения рассчитывает за счет этой меры частично восполнить кадровый дефицит в регионах, особенно в сельской местности и малых городах, где потребность в медицинских работниках остается наиболее острой.

Список литературы

1. Аристотель. Метафизика. – М.: ЭКСМО, 2018. - 480 с.
2. Методические рекомендации по организации наставничества в учреждениях здравоохранения. Москва. Министерство здравоохранения Российской Федерации 2022г
3. Наставничество в образовании: учебное пособие/автор-составитель Е.Е. Рукавишникова. – Ставрополь: Изд-во «Тимченко О.Г.», 2020. – 84 с.
4. Пирогов Н. И. Вопросы жизни. Дневник старого врача. – Иваново, 2008. – 427 с
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 марта 2026 г. № 167н «Об утверждении Положения о наставничестве в сфере здравоохранения».

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПАЛЛИАТИВНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ В ГАУ ДПО НО «ЦЕНТР ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Карабанова Наталья Анатольевна
ГАУ ДПО Нижегородской области «Центр повышения
квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
здравоохранения»
г. Нижний Новгород, Россия

Развитие паллиативной медицинской помощи является одним из приоритетных направлений современного здравоохранения. В Российской Федерации в последние годы активно расширяется сеть паллиативных отделений, хосписов, выездных патронажных служб. Однако, эффективность этой работы напрямую зависит от уровня квалификации среднего медицинского персонала.

Подготовка медицинских сестер для паллиативной помощи имеет свою специфику. Традиционная система образования, ограниченная классно-урочной системой и короткими циклами практики в стационарах, не способна в полной мере сформировать профессиональные компетенции медсестры для работы в паллиативных учреждениях. Необходимо тесное и системное взаимодействие образовательного учреждения и конкретной медицинской организации, в которой выпускник будет работать.

Если базовое образование (колледж) закладывает фундаментальные знания и первичные навыки, то именно система дополнительного профессионального образования (ДПО) и повышения квалификации играет ключевую роль в формировании и совершенствовании специальных компетенций, необходимых для работы с терминальными пациентами.

Центры повышения квалификации медицинских работников выступают тем звеном, которое обеспечивает переход от общих сестринских компетенций к узкоспециализированным, паллиативным, с учетом актуальных клинических рекомендаций и стандартов. Профессиональные компетенции медицинской сестры паллиативного

отделения выходят далеко за рамки стандартного ухода за тяжелыми пациентами. Они включают клинические, психологические, коммуникативные и этические аспекты.

Работа в паллиативной помощи предъявляет особые требования к медицинской сестре. Профессиональный стандарт и современные исследования выделяют следующие группы компетенций, которые должны быть сформированы или усовершенствованы в процессе повышения квалификации:

Клинические (технические) компетенции:

- ✓ Купирование хронического болевого синдрома (лестница обезболивания ВОЗ, использование опиоидных анальгетиков);
- ✓ Уход за стомированными пациентами (трахеостомы, гастростомы, колостомы, илеостомы, цистостомы);
- ✓ Профилактика и лечение пролежней (использование современных средств ухода, противопролежневых систем);
- ✓ Кормление тяжелобольных (энтеральное питание через зонд, парентеральное питание);
- ✓ Катетеризация мочевого пузыря и уход за катетерами;
- ✓ Оценка функционального статуса пациента с использованием валидированных шкал (Карновского, Бартел, Рэнкина, Ривермид, Norton, Waterlow, Braden).

Психологические и коммуникативные компетенции:

- ✓ Установление психологического контакта с пациентом в терминальной стадии;
- ✓ Навыки сообщения «плохих новостей»;
- ✓ Взаимодействие с родственниками, обучение их элементам ухода;
- ✓ Работа с агрессией, тревогой, депрессией пациента;
- ✓ Психологическая поддержка семьи в период утраты.

Организационно-управленческие компетенции:

- ✓ Организация сестринского ухода в паллиативном отделении;
- ✓ Взаимодействие в мультидисциплинарной команде (врач, медсестра, психолог, социальный работник, священнослужитель);
- ✓ Ведение медицинской документации в соответствии с требованиями;
- ✓ Организация безопасной больничной среды.

Компетенции по профилактике профессионального выгорания:

- ✓ Распознавание симптомов эмоционального истощения;
- ✓ Техники саморегуляции и эмоциональной разгрузки;

- ✓ Навыки рефлексии и супервизии.

Формирование профессиональных компетенций у медицинских сестер паллиативной помощи – это многоэтапный, непрерывный процесс, который официально закреплён в системе дополнительного профессионального образования (ДПО) и непрерывного медицинского образования (НМО). Он сочетает базовую подготовку, обязательное повышение квалификации и постоянную практику.

Структура этого процесса представлена в виде последовательных этапов.

1. Базовый этап: получение среднего профессионального образования (СПО)

Это фундамент, на котором строится вся дальнейшая карьера.

- ✓ Обучение: Медицинский колледж.
- ✓ Специальность: «Сестринское дело» (код 34.02.01).
- ✓ Результат: Диплом государственного образца и право работать медицинской сестрой.

✓ Содержание: В программу включены основы ухода, анатомия, основы первой помощи. Однако углубленных знаний по паллиативу на этом этапе, как правило, недостаточно для работы в специализированном отделении.

2. Этап: Повышение квалификации

Это обязательный этап для всех медсестер, которые приходят работать в паллиативное отделение или хоспис. Без него вы не сможете эффективно работать с данной категорией пациентов.

Ключевые параметры обучения:

Название: Типовые программы «Паллиативная медицинская помощь» или «Сестринское дело в паллиативной медицине».

Объем: От 72 часов до 144 часов.

Форма: Очно-заочная с применением дистанционных технологий (ДОТ). Теория изучается онлайн, практика отрабатывается в симуляционных центрах или на рабочем месте (стажировка).

Периодичность: Согласно законодательству РФ, специалисты со средним медицинским образованием обязаны проходить повышение квалификации не реже 1 раза в 5 лет.

3. Этап формирования узкопрофильных компетенций (усовершенствование)

После освоения базы паллиативной помощи медсестра может углублять знания в конкретных областях. Это необходимо для работы в специализированных отделениях (например, детский хоспис или кардиологический паллиатив).

✓ **Педиатрическая паллиативная помощь:** Обучение уходу за детьми с тяжелыми неизлечимыми заболеваниями, особенностям неонатальной паллиативной помощи.

✓ **Паллиативная кардиология:** Уход за пациентами с терминальной стадией хронической сердечной недостаточности (ХСН), контроль отеков, одышки, подбор режима питания.

4. Непрерывное развитие (система НМО)

Система непрерывного медицинского образования (НМО) пришла на смену старым сертификатам. Это этап постоянного «накопления баллов».

✓ **Механизм:** Медсестра ежегодно набирает определенное количество баллов (ЗЕТ), посещая конференции, вебинары, мастер-классы и проходя короткие курсы (от 18 до 36 часов).

✓ **Ресурсы:** Платформы образовательных порталов (например, «Про Паллиатив»), вебинары Московского центра паллиативной помощи, тренинги по коммуникации.

✓ **Цель:** Изучение новых методик ухода, лекарственных форм, психологических техник.

5. Практическая отработка навыков (симуляционное обучение и стажировка)

Формирование компетенций невозможно без «ручного труда». Современный стандарт обучения включает обязательную **стажировку на рабочем месте** или тренинг в **симуляционном центре**.

Что отрабатывают: Постановка назогастрального зонда на фантоме, техника перемещения тяжелого пациента, обработка пролежней, уход за стомами, алгоритм действий при аспирации (попадании пищи в дыхательные пути).

Результат: Доведение навыков до автоматизма без риска для живого пациента.

Таким образом, формирование компетенций – это замкнутый цикл «Теория → Практика (симуляция) → Работа с пациентом → Актуализация знаний (НМО)». Без прохождения этапа повышения

квалификации (72+ часа) медсестра юридически не может считаться компетентной для работы в паллиативном отделении.

В ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения» проходит обучение слушателей по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалистов сестринского дела».

Система обучения обладает значительной гибкостью по сравнению с базовым образованием, используются разнообразные форматы обучения, позволяющие максимально эффективно формировать профессиональные компетенции.

Учеба на базе центра с использованием современных педагогических технологий помогает слушателям получить углубленные знания в своей профессиональной области и осуществлять помощь пациентам, взаимодействуя с другими организациями и службами.

Современные подходы к обучению специалистов сестринского дела:

Модульное построение программ

Современные программы повышения квалификации по паллиативной помощи строятся по модульному принципу. Это позволяет слушателям выстраивать индивидуальную траекторию обучения с учетом дефицита компетенций. Типовые модули включают:

Нормативно-правовое обеспечение паллиативной помощи (Приказы Минздрава № 187н, № 66н);

- ✓ Философия и этика паллиативной помощи;
- ✓ Контроль боли и симптомов;
- ✓ Особенности сестринского ухода;
- ✓ Психосоциальная поддержка пациента и семьи;
- ✓ Паллиативная помощь при различных нозологиях (онкология,

ХСН, инсульт, деменция).

Симуляционное обучение

Одним из наиболее эффективных методов формирования практических навыков является симуляционное обучение. Центр оснащен симуляционным оборудованием, позволяющим отрабатывать манипуляции в условиях, приближенных к реальным.

Программа повышения квалификации «Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалистов сестринского дела» включает

отработку навыков ухода за стомами и профилактики пролежней у лежачих больных с использованием специализированного оборудования.

Ключевые навыки, отрабатываемые на симуляторах:

Уход за стомами: гастростомой, трахеостомой, колостомой, илеостомой, цистостомой; постановка и замена назогастрального зонда;

Профилактика пролежней: оценка риска по шкалам (Ватерлоу, Нортон), позиционирование пациента, использование специальных матрасов;

Обезболивание: оценка уровня боли по валидационным шкалам (у немых пациентов) и техника введения препаратов;

Экстренные ситуации: помощь при падении пациента, удушье (аспирации), алгоритм действий при агонии.

Дистанционные образовательные технологии

Значительная часть программ повышения квалификации сегодня реализуется с применением дистанционных технологий. Это позволяет медицинским сестрам проходить обучение без отрыва от работы, что особенно важно в условиях кадрового дефицита.

Дистанционный формат включает:

- ✓ Лекционный материал в текстовом и видеоформате;
- ✓ Вебинары с возможностью интерактивного общения с преподавателем;
- ✓ Тестирование для самоконтроля;
- ✓ Итоговую аттестацию в форме теста.

Однако, дистанционное обучение не может полностью заменить практическую подготовку. Поэтому многие программы предусматривают обязательную стажировку на рабочем месте или очный симуляционный этап.

Стажировка на рабочем месте

Важнейшим компонентом повышения квалификации является производственная практика (стажировка) на базе паллиативного отделения или хосписа. В ходе стажировки слушатель под руководством наставника отрабатывает практические навыки, знакомится с организацией работы, участвует в мультидисциплинарных консилиумах.

Стажировка позволяет:

- ✓ Закрепить теоретические знания в реальных клинических условиях;

- ✓ Перенять опыт более опытных коллег;
- ✓ Сформировать устойчивые психоэмоциональные установки к работе с терминальными пациентами.

Анализ повышения квалификации медицинских сестер паллиативных отделений в центре дополнительного профессионального образования (ДПО) показывает, что эта форма подготовки является **ключевым звеном** в формировании профессиональных компетенций.

Программа повышения квалификации «Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалистов сестринского дела» предназначена для практикующих медсестер, уже имеющих опыт работы в паллиативной помощи, но нуждающихся в актуализации знаний. Основное содержание: обзор новых клинических рекомендаций, нормативных документов, современных технологий ухода.

В результате успешного прохождения обучения медицинские сестры отмечают освоение новых технологий ухода за тяжелобольными, алгоритмов выполнения манипуляций, уверенность в общении с пациентами, и их родственниками, при оказании помощи в конце жизни.

Однако, несмотря на активное развитие системы дополнительного профессионального образования в сфере паллиативной помощи, сохраняется ряд проблем:

- ✓ *Неравномерность доступности качественного обучения в разных регионах.*

Решение: развитие дистанционных форматов и выездных циклов обучения.

- ✓ *Дефицит преподавателей, имеющих практический опыт работы в паллиативной помощи.*

Решение: активное привлечение практикующих специалистов (главных и старших медсестер паллиативных отделений) к преподавательской деятельности.

- ✓ *Недостаточная оснащенность симуляционных центров специализированным оборудованием (манекены с трахеостомами, гастростомами, противопролежневые системы).*

Решение: целевое финансирование центров ДПО в рамках региональных программ развития паллиативной помощи.

В заключении, хотелось бы отметить, что Центры повышения квалификации медицинских работников играют ключевую роль в форми-

ровании и совершенствовании профессиональных компетенций медицинских сестер паллиативных отделений. Используя современные образовательные технологии (модульное обучение, симуляционные методы, дистанционные форматы, стажировку на рабочем месте), они обеспечивают переход от общих сестринских компетенций к специализированным, паллиативным.

Эффективность обучения должна оцениваться не только по формальным критериям (удовлетворенность, результаты тестирования), но и по реальным изменениям в практике ухода и качестве жизни пациентов. Дальнейшее развитие системы ДПО в сфере паллиативной помощи требует тесного взаимодействия с практическим здравоохранением, профессиональными ассоциациями и образовательными организациями.

Только непрерывное профессиональное развитие, обеспечиваемое системой повышения квалификации, позволяет медицинской сестре паллиативного отделения соответствовать современным требованиям и оказывать качественную помощь неизлечимо больным пациентам.

Список литературы

1. Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела: образовательная программа. – РостГМУ, 2026.
2. Каларашук А.В. Паллиативная помощь в работе медицинской сестры: учебное пособие для СПО. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2025. – 240 с.
3. Паллиативная помощь и сестринский уход: материалы конференций Ассоциации хосписной помощи. – Медицинский колледж РАМН, 2025.
4. Профессиональный стандарт «Медицинская сестра/медицинский брат» (утв. Приказом Минтруда № 475н от 12.04.2022).

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ

Касымова Лола Казимовна

ГБПОУ «Сызранский медико-гуманитарный колледж»
г. Сызрань, Россия

Здравоохранение как одна из самых значимых социально-экономических сфер современного российского общества претерпевает качественные преобразования в целях соответствия растущим медико-социальным потребностям населения.

Кадровая обеспеченность медицинских организаций является одним из главных проблем в организации здравоохранения. Известно, что качество и результативность оказания медицинской помощи во многом зависят от обеспеченности медицинским персоналом [1].

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» важной составляющей процесса реформирования системы здравоохранения является решение вопросов подготовки и переподготовки квалифицированных медицинских кадров, обладающих современными знаниями и способных обеспечить экономическую и клиническую эффективность применяемых высоких медицинских технологий и новых методов профилактики, диагностики и лечения на основе непрерывного образования. Наличие квалифицированных кадров – важнейшая составляющая качества и доступности медицинской помощи [2].

Сызранский медико-гуманитарный колледж с 01 сентября 2025 года является региональной инновационной площадкой (далее - РИП) в сфере образования по проекту «Инновационный подход к организации практико-ориентированного обучения студентов медицинского профиля в системе среднего профессионального образования».

Качество профессиональной подготовки специалистов, несомненно, влияет на качество оказания медицинской помощи.

Возникает необходимость максимальной ориентации содержания образования на результаты, значимые в сфере труда, что обеспечивает конкурентоспособность выпускников. Реализация поставленной задачи обуславливает внедрение в учебный процесс практико-ориентированных образовательных технологий.

Наличие аккредитации является обязательным условием допуска к медицинской деятельности, поэтому, чем качественнее будут подготовлены студенты колледжа, тем большее количество специалистов успешно пройдет аккредитацию и трудоустроятся в практическое здравоохранение

Предлагаемый проект представляет собой формирующий эксперимент, новизна которого заключается в оптимизации организационно-содержательного механизма практико-ориентированного обучения студентов медицинского профиля профессионального образовательной организации для обеспечения первичной аккредитации и трудоустройства.

Совершенствование организационно-содержательного механизма практико-ориентированного обучения при сохранении требуемого качества обучения включает следующие направления:

- оптимизация содержания образовательных программ с включением в каждый междисциплинарный курс необходимых сквозных практических навыков, проверяемых на первичной аккредитации по специальности;
- разработка учебно-методического обеспечения в виде сборников профессиональных заданий по каждому междисциплинарному курсу;
- использование симуляционных методов обучения с обязательной отработкой практических навыков, решением ситуационных задач в каждом разделе междисциплинарного курса и динамическим контролем с оценочными листами в рамках внутренней системы оценки качества обучения.

В качестве дополнительного результата проекта выступает сборники профессиональных заданий по каждому междисциплинарному курсу, включающие ситуационные задачи, сквозные практические навыки, проверяемые на первичной аккредитации по специальности.

Целевыми аудиториями проекта являются администрация и преподаватели ГБПОУ «СМГК», реализующие образовательные программы среднего профессионального образования по специальностям 31.02.01 Лечебное дело, 34.02.01 Сестринское дело.

Благополучатели: обучающиеся специальностей 31.02.01 Лечебное дело, 34.02.01 Сестринское дело, преподаватели профессиональных модулей профессиональных образовательных организаций (далее - ПОО) Самарской области. ПОО медицинского профиля

- внешние благополучатели получают ресурсы для организации собственной работы по реализации практико-ориентированного обучения: сборники профессиональных заданий по каждому междисциплинарному курсу, включающие ситуационные задачи, практические навыки, проверяемые на первичной аккредитации по специальностям, подготовленные работниками ГБПОУ «СМГК».

Продуктами проекта будут: оптимизированный механизм практико-ориентированного обучения студентов медицинского профиля для достижения показателей Федерального проекта «Медицинские кадры» национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», регионального медицинского образовательного кластера, направленных на снижение дефицита среднего медицинского персонала в медицинских организациях Самарской области; сборники профессиональных заданий по каждому междисциплинарному курсу по специальностям 31.02.01 Лечебное дело, 34.02.01 Сестринское дело; организационно-содержательные и учебно-методические материалы, позволяющие тиражировать разработки РИП в других профессиональных образовательных организациях медицинского профиля Самарской области и Российской Федерации

Применение данного механизма позволит студентам успешно пройти первичную аккредитацию и в дальнейшем трудоустроится в медицинских организациях.

В рамках работы региональной инновационной площадки проведена установочная сессия для участников проекта, сформирован приказ о составе рабочей группы. Проведено выявление и оценка возможностей планирования образовательных программ для оптимизации организационно-содержательного механизма практико-ориентированного обучения студентов медицинского профиля.

Разработана модель организационно-содержательного механизма практико-ориентированного обучения студентов медицинского профиля. За основу взяты перечни практических навыков для проведения первичной аккредитации.

Разработаны образовательные программы, рабочие программы профессиональных модулей по специальностям 31.02.01 Лечебное дело, 34.02.01 Сестринское дело с включением в каждый междисциплинарный курс необходимых сквозных практических навыков, проверяемых на первичной аккредитации по специальности.

Составлены карты формирования практических навыков по темам занятий междисциплинарных курсов.

В проекте участвуют 267 обучающихся, специальностей Лечебное дело, Сестринское дело. По расписанию проводятся аудиторные занятия с использованием симуляционных методов обучения с обязательной отработкой практических навыков в каждом разделе междисциплинарного курса. Преподаватели ведут рабочую книжку по РИП. Проводятся внутренние аудиты по оцениванию процесса формирования практических навыков с использованием оценочных листов в рамках внутренней системы оценки качества обучения. Работа будет продолжена.

В качестве основного результата профессионального образования рассматривается компетентность будущего специалиста.

Следует отметить, что только систематическая отработка необходимых практических навыков на каждом году обучения в рамках изучения каждого междисциплинарного курса даст желаемый результат по успешному прохождению первичной аккредитации. Именно на достижение такого результата направлен данный проект.

Список литературы

1. Паспорт федерального проекта «Медицинские кадры» национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2024 г. № 36). – URL: <https://национальныепроекты.рф/projects/prodolzhitelnaya-i-aktivnaya-zhizn/meditsinskie-kadry> (дата обращения: 20.03.2026).

2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 48. – Ст. 6724. – URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 20.03.2026).

РОЛЬ ВАКЦИНАЦИИ В ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

Кириллова Юлия Валерьевна, Смолина Альбина Викторовна
ГУЗ «Петровск-Забайкальская ЦРБ»,
г. Петровск-Забайкальский, Забайкальский край, Россия

Вакцинация - единственный надёжный способ защиты от инфекции, комплекс мероприятий, направленных на ведение в организм антиген-специфичных компонентов с целью формирования активного защитного иммунитета против определенного инфекционного агента. Иммунопрофилактика играет огромную роль в формировании культуры здоровья детей. На современном этапе развития общества основной борьбой с инфекционной патологией является иммунодиагностика. По подсчётам специалистов ВОЗ за последнее столетие продолжительность жизни населения в среднем увеличилась на 30 лет, из них 25 лет – благодаря профилактическим прививкам. В современном обществе присутствует и пропаганда против вакцинации, в связи с этим страх у родителей перед прививкой нередко выше, чем у самих детей. Мамы и папы вооружившись знаниями из Интернета, боятся тяжелых последствий вакцинации, а зря...

В детской поликлиники ГУЗ «Петровск-Забайкальская ЦРБ» организован кабинет иммунопрофилактики и главными задачами его является организация и реализация мероприятий по осуществлению вакцинации детского населения. Кабинет иммунопрофилактики осуществляет свою работу в соответствии с нормативными правовыми актами, нормативными и методическими документами и наличием лицензии на данный вид деятельности, оснащен в соответствии с приказом Минздрава России от 27.05.2025 г. N 313н [2].

Средний медицинский персонал, участвующий в проведении вакцинопрофилактики детей, проходит процедуру допуска к данной деятельности: обучение на циклах повышения квалификации «Вакцинопрофилактика» и «Туберкулинодиагностика» по 36 часов каждые 5 лет, проходят специальную подготовку на базе Фтизиопульмонологического центра г. Читы не реже 1 раза в 2 года с оформлением справки-допуска [1], на рабочем месте проводится ежегодный инструктаж.

Целью работы прививочной медицинской сестры является достижение контрольных уровней привитости (не менее 95% в декрети-

рованных возрастах) [1], снижение заболеваемости и смертности от инфекций, управляемых средствами специфической профилактики, проведение информационно-разъяснительной работы с населением, а также мониторинг поствакцинальных осложнений и предупреждения их развития.

Так, к задачам кабинета иммунопрофилактики (КИП) относится: организация и реализация мероприятий по вакцинопрофилактике в лечебно- профилактическом учреждении.

Наша детская поликлиника обслуживает 6885 детей вместе с районом, из них 3748 по городу.

Мы, как медицинские работники Петровск-Забайкальской детской поликлиники понимаем и держим на контроле вопрос вакцинации детского населения Петровск-Забайкальского района.

Таблица 1

Анализ динамики инфекционных заболеваний за 2022 – 2025 г.
среди детей Петровск-Забайкальского района

	2022 г.	2023 г.	2024 г.	2025
Наименование инфекции	%	%	%	%
Коклюш	0	0	4	0
Дифтерия	0	0	0	0
Полиомиелит	0	0	0	0
Корь	0	0	0	0
Паротит	0	0	0	0
Краснуха	0	0	0	0
Туберкулез	0	1	0	0
Гепатита В	0	0	0	0

Исходя из анализа динамики инфекционных заболеваний за 2022-2025 года мы видим, что на протяжении последних четырех лет заболеваемость инфекционными заболеваниями такими как дифтерия, полиомиелит, корь, краснуха и гепатит в Петровск-Забайкальском районе не регистрировалась. В 2024 году было выявлено 4 случая коклюша, из них трое детей были не привиты, также в 2023 году был выявлен случай заболеванием туберкулезом среди детей. Показатели еще раз доказывают то, что более подвержены заражению инфекционными заболеваниями дети, не привитые от данных инфекций.

Планирование прививок ежемесячно проводится медицинскими сестрами картотеки детской консультации, согласно приказа от 6 декабря 2021 года N 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок» [3]. Каждая медицинская сестра участковая отчитывается о результатах прививочной работы, производится подсчет охвата детского населения.

Таблица 2

Охват профилактическими прививками детей Петровск-Забайкальского района

Прививки против	2022 запланиро- вано 100%			2023 запланирова- но 100%			2024 запланирова- но 100%			2025 запланирова- но 100%		
	заплани- ровано	Сделано	Процент	заплани- ровано	Сделано	Процент	заплани- ровано	Сделано	Процент	заплани- ровано	Сделано	Процент
Коклюша V	356	347	97	281	275	97	294	284	96	296	287	96
Дифтерия V	356	347	97	281	275	97	294	284	96	296	287	96
Полиомиелита V	356	347	97	281	275	97	294	284	96	296	287	96
Кори V	316	310	97	345	340	98	289	286	98	287	284	98
Паротита V	316	310	97	345	340	98	289	286	98	287	28	98
Краснухи V	316	310	97	345	340	98	289	286	98	287	284	98
Туберкулез	275	250	90	270	264	97	277	267	96	276	269	97
Гепатита В	275	273	99	281	279	99	294	294	100	292	292	100

Проведен анализ динамики вакцинации против инфекционных заболеваний за 2022-2025 года. Исходя из него видно, что на протяжении последних четырех лет, процент привитых среди детского остается высоким. Несмотря на определенные трудности с поступлением вакцины, отказа от проведения профилактических прививок некоторыми родителями, заболеваемости детей до года, удается создать иммунную прослойку на высоком уровне, хотя иногда нарушаются графики иммунизации и детей приходится прививать в более позднем возрасте, чем это предусмотрено национальным календарем прививок.

Среди родителей проводится разъяснительная работа врачами и медицинскими сестрами, а также на базе ГУЗ «Петровск-Забайкальской

ЦРБ» в детской поликлинике работает кабинет «здорового ребенка», где с детьми и родителями проводятся занятия и обучения, в том числе и по вакцинации детей против инфекционных заболеваний, с родителями, которые отказываются от проведения прививок своим детям, проводится разъяснительная работа. В поликлинике работает иммунологическая комиссия, куда направляются дети из групп риска для решения вопроса о вакцинации. Дети из групп риска прививаются по индивидуальному графику, пройдя предварительную подготовку. Для предупреждения осложнений, вакцинация проводится на фоне полного здоровья, после клинического осмотра, измерения температуры, сдачи анализов.

Каждый медицинский работник играет огромную роль в организации прививочной работы. Только командная работа позволит эффективно бороться с инфекционными заболеваниями.

Список литературы

1. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»» (с изм. и доп.) // Российская газета. – 2021. – № 41. – С. 12–18

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.05.2025 № 313н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://pravo.gov.ru> (дата обращения: 22.03.2026).

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2021 № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок» // Российская газета. – 2021. – № 280. – С. 25–30

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЕВОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Коротеева Людмила Анатольевна, Сергеева Яна Александровна
ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр»
г. Чита, Россия

*Качество, эффективность и безопасность медицинской помощи
новорожденным детям, базируется
на трех «китах» - перинатальных технологиях,
квалифицированном медицинском персонале,
организации перинатальной помощи.*

Забайкальская региональная общественная организация «Профессиональные медицинские специалисты», членами которой являются медицинские сестры ГБУЗ «Забайкальского краевого перинатального центра», играют большую роль в организации непрерывного профессионального развития специалистов среднего звена региона. Краевые конференции, профессиональные конкурсы, семинары, мастер-классы, рабочие встречи, выдача методической литературы широко применяется для повышения квалификации специалистов.

Широко используется обучение специалистов на центральных базах. Неонатологические медицинские сестры не являются исключением. Так, в апреле 2011 года в г. Екатеринбурге прошла обучение Яна Сергеева, старшая медицинская сестра ОРИТН Городского родильного дома. В настоящее время мастер-класс «Первичная реанимация новорожденных» проводится на постоянной основе для медицинских сестер палатных и отделений новорождённых края и акушеров.

В апреле 2016 года я, как председатель профессионального комитета по специальности «Сестринское дело в неонатологии», и старшая медицинская сестра Краевой больницы № 4 г. Краснокаменска Пименова В. В. приняли участие в III Евро-Азиатском неонатологическом форуме в г. Екатеринбурге. Во время форума я представила отчетный доклад о работе профессионального комитета «Сестринское дело в неонатологии». Мы не только поделились своим опытом работы, но и привезли и успешно внедрили у себя в организациях опыт

коллег других регионов, а также поделились им с коллегами из районов края. Результаты этого обучения мы видим сегодня в работе неонатологических медицинских сестер.

Одним из основных принципов организации медицинской помощи детям, оказавшимся после родов в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), является преемственность в работе врачей неонатологов, реаниматологов, а также специалистов сестринского дела, важно и непосредственное участие родителей новорожденного в уходе за ним.

Для обеспечения высокого качества медицинской помощи недоношенным новорожденным с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой (ОНМТ), находящимся в критическом состоянии, специалисты неонатальной службы Забайкальского края, изучили и обобщили теоретические основы программ выхаживания недоношенных новорожденных- NIDCAP (программа индивидуального развивающего ухода), Cura Posturale (лечение с помощью позций тела). Разработали план поэтапного внедрения основ развивающего ухода в ОРИТН.

Использование элементов развивающего ухода в интенсивной терапии новорожденных в настоящее время рассматривается, как фундаментальная часть индивидуальной помощи развитию малыша [1].

С внедрением современных технологий выхаживания глубоко недоношенных детей они стали выживать гораздо чаще, чем ранее, но выжить - не означает быть здоровым. Крайняя незрелость детей, родившихся ранее 28 недель гестации, способствует формированию у них хронических заболеваний (бронхолегочной, костно-суставной системы, нервной системы [2].

Какие современные перинатальные технологии обеспечивают качественную, эффективную, безопасную и доступную медицинскую помощь новорожденным детям? Эти технологии можно разделить на две группы - базовую медицинскую помощь и специализированную. Среди технологий базовой помощи большое значение имеют тепловому комфорту, профилактике нозокомиального инфицирования, грудного вскармливания, неонатального ухода при необходимости мероприятия по первичной реанимации [3].

Независимо от того, каким путем рождается недоношенный ребенок, к его рождению тщательно готовятся. Сразу после рождения

на ребенка обрушивается лавина физических факторов-холодовой стресс, яркий свет, громкие звуки, боль. Ребенок один на один остается с медицинской техникой и медицинским персоналом, основная цель которого - максимально гуманизировать высокотехногенную неонатальную помощь, провести необходимый минимум при оказании помощи в родильном зале. Родильные залы оснащены реанимационными столами, дыхательной аппаратурой, различными расходными материалами для оказания помощи новорожденным. Очень важным является тепловой комфорт, так как самостоятельно регулировать процессы теплообмена ребенок не может. Для этого четко контролируется температура в родильном зале или операционной, применяются термоустойчивые пакеты, теплое белье (пеленки, шапочки, носочки). Перевод новорожденного в отделение реанимации и интенсивной терапии из родильного зала осуществляется в транспортном кувете.

Кувез - первый домик, в котором выхаживается недоношенный ребенок, и дети с ОНМТ и ЭНМТ. В кувезах создаются те комфортные условия, которые необходимы малышу. Из пеленок создаются «гнездышки», в которые малыш укладывается в позу эмбриона. Это очень важно - воссоздать ту позу ребенку, в которой он находился внутриутробно.

Для обеспечения дыхания недоношенному малышу требуется специальная аппаратура, которой оснащены родовспомогательные учреждения Забайкальского края. Одним детям требуются аппараты ИВЛ, другим аппараты вспомогательной вентиляции - неинвазивная ИВЛ, СРАР, а некоторым и высокочастотная ИВЛ.

Количество болевых раздражителей должно быть сведено к минимуму. Поэтому предпочтение необходимо отдавать малотравматичным методикам. Для забора крови используются венозные или артериальные катетеры. Кроме того, можно добиться эффекта уменьшения боли - за счет контакта «кожа к коже», нутритивного (питательного) и не нутритивного (непитательного) сосания.

Очень важно раннее начало энтерального питания грудным молоком. Оно не только питает ребенка, но и помогает его слабой иммунной системе. В ситуациях, когда проблемы с лактацией, используются специальные смеси для кормления недоношенных детей. В случаях, когда малыш не усваивает энтеральное питание, ему проводится парентеральное питание, путем внутривенного введения специализиро-

ванных растворов аминокислот, жировых эмульсий. Пока малыш не научится сосать из груди или из соски, питание он получает через оро - или назогастральный зонд. Кормление таких малышей проводится каждые 2–3 часа небольшими объемами. В отличие от доношенных новорожденных, соски - пустышки рекомендованы у недоношенных детей. Это помогает развивать сосательный рефлекс и легче переносить болезненные манипуляции. На базах перинатальных центров, роддомов и в отделениях патологии новорожденных края, работают «Школы грудного вскармливания». Специалисты школ прошли обучение на центральных базах в городе Москве. На рабочих местах разработаны методические пособия, согласно которым, мам обучают технике сцеживания, правильному прикладыванию к груди, рассказывают о преимуществах грудного вскармливания и так далее.

Внутриутробно ребенок огражден от воздействия световых и чрезмерно сильных звуковых раздражителей. Яркий свет, громкие звуки усиливают возбуждение ребенка, тем самым мешая правильному развитию центральной нервной системы. Главными источниками шума в реанимации являются шум аппаратуры, закрывание дверей кувеза, разговоры персонала и конечно же мобильные телефоны. Для того, чтобы снизить вредное воздействие шума и света на недоношенных детей, в отделениях устанавливается специальный лечебно-охранительный режим. Персонал обучен правилам соблюдения тишины. В отделениях чередуются периоды освещенности и темноты, а куветы закрыты защитными плотными накидками.

В отделениях реанимации и интенсивной терапии, вопросам развивающего ухода за недоношенным младенцем, последнее время уделяется много внимания: это тактильные прикосновения к малышу, ласковые разговоры родителей, тихие колыбельные песни и сказки во время проведения методики «Кенгуру», использование игрушек по мере взросления малыша.

В работе с малышами медицинский персонал активно привлекает к уходу родителей. На сегодняшний день количество женщин, желающих находится рядом с малышом, и ухаживать за ним возросло. Во избежание неполноценной эмоциональной связи между матерью и ребенком, необходимо с первых дней донести до родителей важность вербального и не вербального общения с ребенком, помочь маме переломить в себе страх прикосновения к недоношенному малышу, на-

строиться на хороший результат и быть помощником своему младенцу. Это предупредит госпитальную депривацию.

В 2017 году, в рамках конгресса Союза Педиатров России, медицинская сестра отделения реанимации и интенсивной терапии Забайкальского краевого перинатального центра, представила доклад на тему «Опыт совместного пребывания матери и ребенка в отделении реанимации и интенсивной терапии», где подробно рассказала о результатах внедрения этой практики. Такой уход обеспечивает физиологические потребности ребенка и психоэмоциональный контакт с родителями.

Метод «Кенгуру» - так же очень распространенная методика. В Забайкальском крае широко применяется данная методика. Ее применение помогает снизить заболеваемость детей, они быстрее набирать вес. Доказано, что участие родителей в выхаживании крохи повышает шансы на успех. Во время проведения сеанса «Кенгуру» родители максимально приближены к своему ребенку, что ведет к уменьшению родительского стресса, формирует осознанное родительство. В результате выхаживания формируется модель внутрисемейных отношений. Данная методика способствует повышению уровня доверия и взаимодействия родителей с ребенком, между собой и медицинским персоналом, а также способствует благоприятной адаптации детей. *Такое тесное сотрудничество семьи и медицинского персонала в отделениях реанимации и интенсивной терапии дали потрясающие результаты. Родители уходят подготовленные к дальнейшей реабилитации, они понимают суть проблем, пути их решение. Дети, переводящиеся на второй этап выхаживания, быстрее адаптируются, сокращаются сроки их пребывания в отделении.*

В отделении реанимации и интенсивной терапии используются «Луги-гнездо-позиционер», это приспособление для фиксации малыша в конкретном положении, оно также выполняет функцию педиатрической подушечки - суппорта. Его эргономическая конструкция имитирует форму и тепло руки родителей при прикосновении. «Луги» анатомический аналог маминых рук, который сохраняет запах мамы, после того как мама носит его на шее или выкладывает себе на грудь в течение 1–2 часов или ночи, успокаивает малыша, снижает уровень стресса и позволяет расслабиться и спокойно уснуть.

«Луги» помогает снизить риск апноэ и брадикардии, нормализует дыхание, обеспечивает правильное и удобное положение тела малыша.

Специальные гранулы-наполнитель «Луги» развивают моторику, когда ребенок играет с этим приспособлением. Дети часто спят с «Луги» даже в 3-летнем возрасте вместо игрушек. Двухслойный материал поддерживает температурный баланс, согревает, но не дает потеть ребенку. Его вес сравним с весом руки матери. «Луги» можно стирать в отличие от многих других приспособлений. «Луги» – это приспособление, которое помогает малышу, расти и развиваться в комфортных условиях, даже при отсутствии мамы рядом.

Осьминожки - друзья наших малышей. Новорожденные постоянно тревожатся, машут ручками, вырывают трубки, для успокоения, защиты и чувства комфорта мы используем вязанных осьминожек. Благодаря им, детки успокаиваются, хватают своими крошечными ручками щупальца осьминога, по форме напоминают пуповину, которая долгое время окружала малыша в утробе матери. Помогают нам в приобретении осьминожек мамочки, которые вяжут их для своих малышей.

На сегодняшний день доступна специальная успокаивающая музыка для новорожденных. Например, дети, родившиеся раньше срока, лучше прибавляли в весе, прослушивая классическую музыку. Полезно прослушивание спокойной музыки для малышей с нестабильной нервной системой через полчаса после кормления. Если ребенок, наоборот, малоактивен и вял, прослушивание музыки показано за полчаса перед кормлением. Для детей легковозбудимых и беспокойных может подойти классическая музыка Моцарт. Шуберта, Гайдна, также «Зима» из «Времен года» композитора Вивальди. Для вялых и неактивных деток больше подойдут вальсы Чайковского, «Весна» из «Времен года» Вивальди, некоторые маршевые мелодии.

Задача отделений реанимации новорожденных не только выхаживать ребенка, но и оказывать поддержку семье, помочь пережить трудности. Тем самым мы повышаем шансы на благоприятный для ребенка исход.

Ежегодно, в Забайкальском Краевом перинатальном центре, проводится День недоношенного ребенка. Это стало традицией, вселяющей надежду матерям недоношенных малышей. которые на данный момент находятся на этапе реанимации или на этапе интенсивной терапии, настраивают их на борьбу и дарят оптимизм.

А наши бывшие пациенты, наши маленькие друзья, рассказывают нам стихи, поют песни, говорят слова благодарности, что в свою оче-

редь придает нам силы и вселяет уверенность в том, что мы выполняем такую сложную работу не зря.

*Нам так понятно, просто слово «НАДО»,
на задний план эмоции и страх.
И всех наград дороже нам награды,
свет материнских благодарных глаз!*

Список литературы

1. Рылова Н.Ю. Новорожденный ребенок: учебное пособие. Издательство «ЭКСМО», 2008. 362 с.
2. Ушакова Ф.И. Сестринский уход за здоровым новорожденным: учебное пособие. Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2021. 168 с.
3. Сестринский уход за больным новорожденным: учеб. пособие // Под ред. О. Поликарпова, Т.Е. Портнова. Издательство «Феникс», 2023. 238 с.

МОНИТОРИНГ ГЕМОДИНАМИКИ НОВОРОЖДЕННЫХ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Коротеева Зарина Саъдуллаевна
ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр»
г. Чита, Россия

Актуальность

Число новорожденных, нуждающихся в экстренной медицинской помощи, в связи с критическим состоянием, обусловлены увеличением частоты патологической беременности, родов и врождённых пороков развития, неуклонно растёт [1].

Клинические проявления нарушений гемодинамики у детей раннего возраста не специфичны, значительно запаздывают и соответственно не всегда вовремя распознаются [2, 3].

Цель

Цель мониторинга в ОРИТ – оценка основных жизненных показателей организма пациента. От состояния и уровня профессиональной подготовки медицинских сестёр, умения правильно использовать

технические средства и знание норм основных жизненных показателей зависит своевременная диагностика нарушений, профилактика тяжёлых осложнений у новорожденных детей - позволяет улучшить результаты лечения и повысить качество жизни детей, перенёсших критические состояния.

Исследование проводилось на базе отделения реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр». Отделение рассчитано на 12 реанимационных мест.

Техническая оснащённость отделения реанимации и интенсивной терапии.

В нашем отделении техническую оснащённость составляют:

-куветы для новорожденных

-аппараты ИВЛ (Drager, Servo Ventilator)

-аппарат для терапии оксидом азота АИТ-NO-01(рис.4)

-аппарат гипо/гипертермический для новорожденных ТЕСоТНerm NeO (рис.5).

При анализе заболеваемости детей, находящихся в ОРИТ на первом месте, неизменно находятся респираторные нарушения – это респираторный дистресс, второе место, занимают сердечно-сосудистые заболевания, и на третьем месте-перинатальные гематологические нарушения, самыми частыми из которых являются анемии недоношенных.

Таблица 1

Заболеваемость доношенных и недоношенных новорожденных детей, по годам

Годы наблюдения	2024 г		2023 г		2022 г	
Число родившихся, абс.ч.	3231		3839		3512	
Поступило в ОРИТ абс.ч	321		407		376	
Число доношенных	88	27,4%	101	24,8%	107	28,4%
Число недоношенных	233	72,6%	306	75,2%	269	71,6%
Общая заболеваемость (абс. ч. и ‰)	1776 (5533)	32,1‰	464 (6054)	40,7‰	457 (6534)	37,6‰
Заболеваемость доношенных (абс.ч. и %)	407 (4625)	8,8%	417 (4129)	10,1%	289 (2700)	10,7%

Заболеваемость недоношенных (абс. ч. и %)	319 (5660)	23,3%	2046 (6686)	30,6%	913 (5087)	37,6%
---	---------------	-------	----------------	-------	---------------	-------

Мониторинговый контроль

Мониторинговый контроль параметров гемодинамики позволяет обнаружить минимальные изменения витальных функций организма на ранних стадиях заболевания, обеспечить своевременное начало интенсивной терапии, её качественное проведение и способствует не только увеличению выживаемости, но и приводит к снижению инвалидизирующих нарушений.

Основными принципами мониторинга являются точность, надежность, комплексность, наличие минимального количества осложнений, практичность, доступность.

Особенности проведения мониторинга

При проведении мониторинга необходимо соблюдать ряд особенностей.

Каждые 2 часа оценивать место расположения датчика в целях предупреждения сдавления ткани лейкопластырем и повреждения кожи.

Не следует устанавливать датчик сатурации и манжету тонометра на одной конечности.

Необходимо следить за полным сдуванием манжеты, во избежание ухудшения кровоснабжения в конечности.

Контролировать правильное, симметричное расположение датчика, т. к., некоторая часть светового потока может не проходить через ткани, в результате получается заниженные данные, это называется эффектом полутени.

Не следует использовать один одноразовый датчик пульсоксиметра на нескольких пациентов.

Мониторинг температуры тела

Целью является поддержание вокруг новорожденного термонейтрального температурного режима.

Обеспечение надежного постоянного мониторинга температуры тела, выявление характера изменений температуры тела в течении времени.

Автоматизированное управление оборудованием.

Показания:

Длительный мониторинг температуры тела при переохлаждении

Автоматический контроль выработки тепла куветом или лампой обогрева

Особенности:

- При использовании лампы обогрева накожный датчик защищает обтягивающей подушечкой

- В целях повышения эффективности мониторинга постоянно меняют место прикрепления

Мониторинг сердечной и дыхательной систем

Показания:

1. Обеспечение надежного и точного мониторинга сердечной деятельности новорожденного

2. Определение характера изменений ЧСС во время наблюдения

3. Мониторирование variability сердечного ритма

4. Оценка и наблюдение сердечной деятельности новорожденного при критических состояниях

5. Предупреждение потенциально возможных изменений ЧСС при регистрации ритма выше или ниже заданных границ тревоги

6. Выявление брадикардии (с или без сопутствующего апноэ) у новорожденных группы риска

Мониторинг АД

Для оптимизации лечения новорожденных необходим постоянный и точный мониторинг АД. АД - один из наиболее частых измеряемых физиологических параметров для оценки состояния в интенсивной терапии. Регистрация патологических отклонений АД и последующее лечение во многом определяют прогноз интенсивной терапии.

В ОРИТН оптимизировали оказание реанимационной помощи новорожденным путем организации системы экстренного оповещения и реагирования как между подразделениями, включающими в себя родильный зал, операционная, ОРИТ, так и связь медсестры и врача внутри данного отделения.

Реализованные мероприятия позволили нам избежать временных потерь, связанных с использованием телефонной связи и оповещением с помощью третьих лиц, а также ускорить процесс комплектации реанимационного места с учетом модели пациента. Кроме того, был оптимизирован процесс оказания доврачебной помощи, когда медсестра может сообщить врачу о возникновении экстренной ситуации, не покидая рабочего места и не приостанавливая реанимационную

помощь. То есть главным результатом реализации данных мероприятий является выигранный временной фактор от момента рождения до оказания полного комплекса реанимационных мероприятий. **МЫ ВЫИГРАЛИ ЗОЛОТОЕ ВРЕМЯ!**

Результаты

Незначительные, но не замеченные вовремя изменения гемодинамического статуса могут в последствии привести к серьёзным системным нарушениям с развитием шокового состояния. По динамическому изменению измеряемых параметров можно оценить насколько адекватно проводится лечение.

Огромное значение в оценке основных жизненных показателей организма пациентов зависит насколько медицинский персонал профессионально подготовлен и владеет основными принципами мониторинга гемодинамических показателей – точность, надёжность, комплексность.

Заключение

Мониторинг показателей гемодинамики при проведении интенсивной терапии у новорожденных детей позволяет улучшить результаты лечения и повысить качество жизни пациентов, перенёсших критические состояния.

Список литературы:

1. Рылова Н.Ю. Новорожденный ребенок: учебное пособие. Издательство «ЭКМО», 2008. 362 с.
2. Ушакова Ф.И. Сестринский уход за здоровым новорожденным: учебное пособие. Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2021. 168 с.
3. Сестринский уход за больным новорожденным: учеб. пособие // Под ред О. Поликарпова, Т.Е. Портнова. Издательство «Феникс», 2023. 238 с.

АКТУЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Кочетова Анна Михайловна, Салов Алексей Николаевич
ГАУ ДПО Нижегородской области «Центр повышения квалификации
и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения»

г. Нижний Новгород, Россия

Аннотация: Статья посвящена проблеме качества дополнительного профессионального образования и технологическим аспектам разработки дополнительных профессиональных программ, предназначенных для повышения квалификации специалистов, отмечены положительные тенденции и вероятные перспективы.

Актуальной задачей в системе дополнительного профессионального образования (ДПО) специалистов здравоохранения является степень соответствия программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки реальным потребностям государственного здравоохранения.

Образовательные программы часто не успевают за быстрыми изменениями компетенций, требуемых в системе здравоохранения в условиях новых медицинских технологий, что приводит к отставанию знаний. Наблюдается дефицит качественных образовательных продуктов, формальный подход к повышению квалификации и короткие сроки переподготовки, отсутствие непрерывности в системе ДПО.

Необходима гибкость для оперативного обновления программ под запросы медицинских учреждений.

Повышение качества образования – один из ключевых вопросов как в дополнительном профессиональном образовании, так и в системе образования в целом. Обратим внимание на возможности повышения качества дополнительного профессионального образования. В соответствии с «Законом об образовании в Российской Федерации» дополнительное профессиональное образование «ориентировано на удовлетворение образовательных и профессиональных потребностей, профессиональное развитие человека, обеспечение соответствия его квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды» и реализуется в различных формах [1].

В системе образования повышение квалификации является ведущей формой ДПО специалистов и осуществляется на основе дополнительных профессиональных программ (ДПП), направленных на «совершенствование и (или) получение новой компетенции, необходимой для профессиональной деятельности, и (или) повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации» [1].

Обеспечение и оценка качества ДПО определяется программно-центричностью ДПО, значимость имеет как качество реализации, так и сама ДПП. Качество реализации ДПП определяется соотношением полученных результатов к запланированным, а цель и запланированные результаты в ДПП связываются с совершенствованием и формированием профессиональных компетенций, значимым является применение компетентностного подхода [4, с. 14].

Оценка качества освоения ДПП более подробно раскрывается в Рекомендациях по обеспечению качества ДПП Академии Минпросвещения России, перечислим основные составляющие оценки качества ДПП: соответствия результатов освоения ДПП заявленным целям и планируемым результатам обучения; соответствия процесса организации и осуществления ДПП установленным требованиям к структуре, порядку и условиям реализации программ, эффективности организации образовательного процесса [5].

На повышение качества ДПО, таким образом, оказывает влияние качество самой программы. При этом данное качество должно быть повторяемым, воспроизводимым, что определяет необходимость технологического подхода к разработке ДПП. Целостность ДПП достигается последовательным проектированием с соблюдением основных технологических этапов (рис. 1).

Технологические аспекты разработки и экспертизы дополнительных профессиональных программ [2].

1. Определение проблемы. Выявление конкретных профессиональных компетенций, которые недостаточно сформированы у обучающихся, что помогает понять, каким должно быть содержание программы.

2. Формулирование цели программы. Тема программы и цель программы должны соответствовать проблеме и отражать её направленность на совершенствование/ формирование определённых профессиональных компетенций обучающихся.

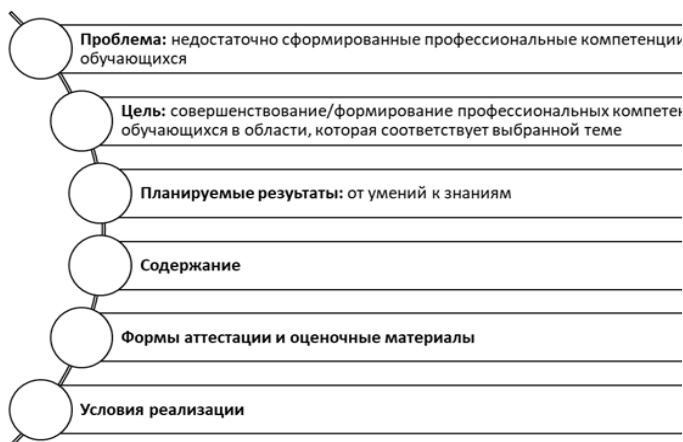


Рисунок 1. Основные этапы разработки ДПП

3. Формулирование планируемых результатов освоения программы, в первую очередь, выделение профессиональных умений, которыми должны овладеть обучающиеся. Определение понятий, алгоритмов деятельности, методик, которые им необходимо знать для освоения указанных умений. Выбор способов проверки и измерения уровня сформированности у обучающихся всех, определённых программой, профессиональных умений по итогам её освоения.

4. Отбор содержания и разработка программы с опорой на планируемые результаты. Определение (уточнение) категории слушателей, выбор формы обучения. Особое внимание следует обратить на содержание практических занятий, которое должно давать представление о деятельности слушателей, способствовать формированию у них умений, определённых в планируемых результатах.

5. Выбор формы аттестации и подготовка (разработка) оценочных материалов для осуществления проверки знаний и сформированности умений. Знания можно проверять с помощью тестовых заданий, а сформированность умений оценивать при выполнении обучающимися практических работ. При этом важное значение имеет применимость результатов практической работы на практике, в профессиональной деятельности специалиста.

6. Определение организационно-педагогических условий реализации программы.

Наибольшую сложность у разработчиков ДПП вызывают обеспечение целостности и практикоориентированности программ. Целостность достигается при условии поэтапной разработки программы в соответствии с предлагаемым алгоритмом. Практикоориентированность обеспечивается в том случае, если в формулировках умений разработчиком ДПП учтена операционная, технологическая составляющая, если задаётся вопрос, как можно проверить данное умение в процессе реализации программы и будут ли применимы результаты выполнения практических работ в профессиональной деятельности обучающегося специалиста [2].

Выводы

В образовательном процессе в системе ДПО важен учет неформального опыта специалистов при оценке квалификации и определении степени потребности в ее повышении: учет практических навыков, полученных на работе, достижения в профессиональных соревнованиях, длительность опыта в сфере деятельности. При профессиональной переподготовке программы должны соответствовать учебной цели: освоение новой специальности или восстановление в профессию по базовому образованию, то есть целесообразна дифференцированность программ ДПО.

В аспекте создания и сохранения контингента трудовых ресурсов для отраслей целесообразно ориентировать процесс ДПО на здоровьесбережение и снижение стресса обучающихся специалистов-медиков и их преподавателей.

Перспективы.

В настоящее время отчетливо обозначились две тенденции в развитии содержания ДПО: ориентация на текущие потребности рынка, интересы работодателей и стратегическая ориентация, направленная на всестороннее развитие личности, формирование творческих компетенций персонала в рамках инновационной системы ДПО.

Будущее ДПО - в балансе между качеством и гибкостью, а также в тесной интеграции с основным образованием и реальными секторами экономики.

Список литературы

1. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 N 273-ФЗ [Электронный ресурс]: Законодательство Российской Федерации Сборник основных федеральных законов РФ (ред. от 04.08.2023) <https://fzrf.su/zakon/ob-obrazovanii-273-fz/> (дата обращения: 11.12.2023).
2. ДПП «Технологические аспекты разработки и экспертизы дополнительных профессиональных программ для работников образовательных организаций города Москвы» [Электронный ресурс]: Дополнительное профессиональное образование работников образовательных организаций. ГАОУ ДПО «Корпоративный университет», Москва, Россия. https://www.dpomos.ru/upload/iblock/371/56jlsdrh2pmyf4amlti07nu3oh4smsu3/K_VSE_2023_54.pdf (дата обращения: 11.12.2023).
3. Другова Е.А. Использование инструментов педагогического дизайна для обеспечения качества смешанного обучения / Е.А. Другова, С.Б. Велединская, И.Г. Журавлева, М.Ю. Дорофеева. Томский государственный университет. Томск: Изд-во Томского гос. ун-та, 2021. 64 с.
4. Лебедев В.В. Проектирование и экспертиза дополнительных профессиональных программ: технологии, стратегии и деловые игры: Учебно-методическое пособие / В.В. Лебедев. М.: Белый ветер, 2021. 52 с.
5. Мансурова С.Е. Рекомендации по обеспечению качества дополнительных профессиональных программ педагогического образования: методическое пособие / С.Е. Мансурова, Т.В. Расташанская, К.А. Табаровская; под общей редакцией Н.А. Родиной. М.: Академия Минпросвещения России, 2021. 85с.

ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ВЕКТОР ЦИФРОВОГО ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

Кочетовская Елена Александровна
ГАОУ ДПО Республики Мордовия «Мордовский республиканский
центр повышения квалификации специалистов здравоохранения»
г. Саранск, Россия

Актуальность и значимость цифровизации дополнительного профессионального образовательного процесса вызвана необходимостью адаптации системы образования и обучения к запросам цифровой экономики и цифрового общества, становление которых – глобальные тренды современной эпохи. Построение цифровой экономики и цифрового образования – значимые приоритеты государственной политики Российской Федерации.

Цифровизация образовательного процесса представляет собой глубинную встречную трансформацию образовательного процесса и его элементов, с одной стороны, и цифровых технологий и средств, используемых в образовательном процессе, с другой. Цель трансформации образовательного процесса – создание гибкой и адаптивной образовательной системы, отвечающей запросам цифровой экономики и обеспечивающей максимально полное использование дидактического потенциала цифровых технологий. Цель трансформации цифровых технологий – их адаптация для максимально эффективного решения поставленных педагогических задач.

Ожидаемые образовательные и образовательно значимые результаты цифровизации профессионального образования и обучения связаны с выявлением и максимально полным использованием возможностей цифровых технологий. В числе таких результатов можно обозначить:

- полноценную персонализацию образовательного процесса, основанную на построении индивидуальных образовательных траекторий и непрерывном персонализированном мониторинге учебных достижений обучающихся, их личностного и профессионального развития;
- расширение возможностей для использования различных индивидуальных и командных форм организации учебной деятельности;

- вовлечение каждого обучающегося в активную деятельность на протяжении всего занятия, повышение темпа учебной деятельности, обеспечение рационального использования времени учебных занятий;

- поддержание устойчивой учебной мотивации у раз личных групп обучающихся на всех этапах образовательного процесса, в том числе, за счёт создания повторяющихся ситуаций успеха в обучении.

Построение цифрового образовательного процесса – сложная задача, требующая научного обоснования на основе нового направления педагогической науки – цифровой дидактики. Цифровая дидактика – отрасль педагогики, научная дисциплина об организации процесса обучения в цифровой образовательной среде. Цифровая дидактика преемственно использует основные понятия и принципы традиционной (доцифровой) дидактики как науки об обучении, дополняя и трансформируя их применительно к условиям цифровой среды. Цифровая дидактика может рассматриваться как трансфер-интегративная область научного знания. Цифровая дидактика выступает основой для проектирования деятельности и взаимодействия обучающегося и педагога в процессе освоения тех или иных профильных областей, дисциплин, модульных курсов.

Факторами, порождающими потребность в построении цифрового образовательного процесса дополнительного профессионального образования и обучения, выступают три тенденции, характеризующие становление цифрового общества:

- цифровая экономика и порождаемые ею новые требования к кадрам;

- новые цифровые технологии, формирующие цифровую среду и развивающиеся в ней;

- цифровое поколение (новое поколения обучающихся, имеющее особые социально-психологические характеристики).

К числу образовательно значимых цифровых технологий могут быть отнесены:

- телекоммуникационные технологии, в том числе обеспечивающие конвергенцию сетей связи и создание сетей нового поколения;

- технологии обработки больших объёмов данных (Big Data) и «цифрового следа»;

- искусственный интеллект;

- виртуальная и дополненная реальность;
- технологии электронной идентификации и аутентификации;
- облачные технологии; интернет вещей; технологии распределённого реестра (в т.ч. блокчейн);
- цифровые технологии специализированного образовательного назначения – edtech (educational technologies), как правило, использующие одну или несколько из перечисленных цифровых технологий, и другие.

Кроме того, широкий ряд цифровых образовательных технологий необходим для построения эффективного образовательного процесса дополнительного профессионального образования и обучения, включая технологии индустриального интернета, аддитивные технологии, технологии проектирования и т.д. Использование цифровых технологий создает новые возможности для построения образовательного процесса и решения широкого комплекса образовательных задач – как «вечных», не разрешимых средствами традиционного образования, так и принципиально новых. Описать, как цифровые технологии могут повлиять на преподавание и обучение, можно с помощью модели SAMR.

Модель предполагает четыре этапа:

1) Подмена (Substitution): цифровые технологии просто заменяют традиционные (например, набор текстов в программе Word).

2) Накопление (Augmentation): цифровые технологии становятся инструментом оптимизации в решении учебных задач (например, текущее или диагностирующее, или итоговое оценивание с использованием Google-форм, мобильных приложений Kahoot!; Plikers и т.п.)

3) Модификация (Modification): существенные функциональные изменения в образовательном процессе и взаимодействии его участников (например, использование технологий смешанного обучения).

4) Преобразование (Redefinition): постановка и решение новых педагогических задач, которые не могли быть решены ранее.

Особенности цифрового поколения.

Существенный разрыв между доцифровым и цифровым поколениями – факт, который необходимо учитывать в образовании. С одной стороны, педагоги – представители доцифрового поколения SAMR (Модель разработал Рубен Пуэнтедура (Dr. Ruben Puentedura); <http://www.hippasus.com/>) испытывают трудности с интеграцией цифровых

технологий в образовательный процесс; с другой – цифровое поколение не готово интегрироваться в доцифровой образовательный процесс. Особенности цифрового поколения (восприятия, внимания, мышления, мотивации, поведенческих паттернов, образа жизни, мировоззрения) определяют психолого-педагогическую специфику целеполагания, принципов, подходов к формированию содержания, форм и методов цифровой дидактики. При этом важно понимать не только негативные стороны влияния цифровых технологий на процессы развития, социализации «цифровых детей», но и превосходящие характеристики цифрового поколения, чтобы опираться на них в образовательном процессе. С одной стороны, для представителей цифрового поколения («поколение Z», «дети процессора», «дети-планшетники», «дети-чипы», digital natives – «цифровые туземцы») характерны:

- в плане когнитивного развития – мозаичность («клиповость») мышления, рассеянность внимания (по данным исследований, способны фиксировать своё внимание на одном предмете не более 8 секунд), неспособность читать и понимать большие по объёму тексты, ограниченность лексики, смешение реального и виртуального пространств («плавающая картина мира»), слабо развитое творческое воображение, иллюзия «обратимости жизни»;

- в плане эмоционально-волевого развития – бедность сенсорного опыта, упрощённая картина реальности, восприятие реальной жизни как «слишком скучной» и «слишком медленной», нетерпеливость и потребность в немедленном вознаграждении, неспособность к систематическому упорному труду;

- в плане социального развития – инфантилизм (дисбаланс между продвинутым интеллектуальным и отстающим социальным и личностным развитием), индивидуализм, уверенность в своей неповторимости и уникальности, сниженная потребность в живом общении, неготовность к кооперации, сосредоточенность на своём внутреннем мире, гиперпрагматизм и гедонизм, смутные и неустойчивые морально-этические представления;

- в целом – ведущая роль сетевой социализации в процессе становления личности; онлайн как «референтная группа» на всех этапах взросления, задающая ролевые модели и формирующая тренды социального поведения. Первопричиной возникновения обозначенных

проблем, по-видимому является феномен «цифровой беспризорности», т.е. передача родителями ребёнка, с первых лет его жизни, «в аутсорсинг» цифровым гаджетам, что создаёт иллюзию постоянной занятости и удовлетворённости обучающегося.

С другой стороны, представители цифрового поколения, как правило, обладают целым рядом позитивных образовательно значимых характеристик, по которым они часто превосходят доцифровые поколения. Это, прежде всего, свободная ориентировка в наиболее современных цифровых технологиях, а также:

- в плане когнитивного развития – постоянное стремление к новизне и самосовершенствованию, креативность, способность к синтезу различных типов мышления, нелинейность, способность к параллельной обработке разных потоков информации (многозадачность), склонность к использованию разных источников информации, высокая скорость переработки информации и принятия решений;

- в плане социального развития – стремление к самовыражению, предпочтение «горизонтального» (партнёрского) типа отношений «вертикальному» (иерархическому), открытость к межкультурному и междоуниверситетскому общению; кроме того, (с некоторыми оговорками) оптимизм и уверенность в своих силах. Среди цифрового поколения особенно заметна дифференциация на «отстающих» и «продвинутых».

В числе последних появился новый тип обучающихся, обладающих высокой учебной самостоятельностью, нацеленных на самообразование, самоактуализацию и саморазвитие, там, где это возможно – самостоятельно формирующих свой образовательный маршрут, в ряде случаев, соединяющих вместе учебу, работу и личностное развитие.

Список литературы

1. Цифровая педагогика. Практический курс : учебник для вузов / под ред. В. В. Пономаревой. – Москва: Издательство Юрайт, 2024.

2. Цифровая педагогика: от дидактики к педагогическому дизайну: сборник статей. – Екатеринбург: УрФУ, 2023.

3. Современная цифровая дидактика : учебное пособие / под ред. И. В. Роберт., 2024г.

4. Цифровая педагогика: технологии и методы : учебное пособие., 2025г.

**ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ИНФИЦИРОВАНИЯ.
ИЗУЧЕНИЕ НАПРЯЖЕННОСТИ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО
ИММУНИТЕТА К ВГВ
У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ГАУЗ «РККВД»**

Кувшинова Нина Евгеньевна, Петрунина Светлана Анатольевна
Государственное автономное учреждение здравоохранения
«Республиканский клинический кожно-венерологический
диспансер

Министерства здравоохранения Республики Татарстан имени
профессора А.Г.Ге»
г. Казань, Россия

Гепатит В - неизлечимое заболевание печени, вызываемое вирусом HBV, которое приводит к тяжелому поражению печени и смертельно опасным осложнениям. Достаточная для заражения концентрация вируса находится только в биологических жидкостях больного. Заражение гепатитом В может произойти парентерально при проведении различных процедур, в т.ч. и немедицинского характера (татуаж, педикюр, пирсинг и др.), а также половым путем.

Основным и самым надежным методом профилактики является вакцинация, которая была введена в РФ в 1996 году [1]. С момента введения вакцинации заболеваемость ОГВ в РФ снизилась в 62,4 раза. По данным Федерального «Регистра больных вирусными гепатитами» до 2015 года профессиональные заражения регистрировались с частотой 26,2 на 1000 медработников, а в период после 2015 года снизились до 17,9 [2,3].

Стандартные схемы предполагают введение 3 или 4 доз вакцины, которые обеспечивают стойкий иммунитет. У людей с хорошим состоянием иммунитета защитный эффект вакцины сохраняется около 20-30 лет после курса прививок. Необходимость ревакцинации медицинских работников обусловлена высокими факторами риска и необходимостью поддержания уровня антител. Ревакцинация против гепатита В у медицинских работников рекомендуется через 5 лет после первичной вакцинации, так как защитный уровень антител (анти-HBs >10 мМЕ/мл) может снижаться, особенно у лиц старше 30 лет [4].

Учитывая высокий риск заражения, в 2015 году в ГАУЗ «РККВД» по г. Казани эпидемиологическим отделом было организовано исследование с целью оценки напряженности иммунитета против гепатита В у медицинских работников. В контрольную группу отбирались лица, работающие с кровью, имеющие полный курс вакцинации с давностью более 5 лет. Обследовано 92 сотрудника, у 52 (56,5%) титр антител был ниже рекомендуемых границ. Даны рекомендации о проведении ревакцинации. В 2018 году за счет средств ОМС проведена ревакцинация 40 сотрудников из группы риска.

С 2022 года определение защитного титра антител перед ревакцинацией было включено в СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», в соответствии с которыми уже в 2022 году в рамках периодического медицинского осмотра сотрудников было обследовано 282 сотрудника.

Всего в 2015-2025 годах на АТ к гепатиту В проведено 572 обследования. В группу включались лица с первичной вакцинацией и прошедшие ревакцинацию. По результатам исследований подлежали ревакцинации 262 или 45,8% от обследованных. Низкие титры антител, выявленные при обследовании врачей и медицинских сестер, составили 39,2 и 36,8% соответственно. На конец 2025 года ревакцинировано 128 сотрудников, имеющих контакт с биологическими жидкостями и с титром анти-НВs ниже защитного (10 мМЕ/мл). Из обследованных 89 лиц, получивших ревакцинацию бустерной дозой вакцины, 66 чел. или 74 % имели высокий защитный титр антител.

Следует отметить, что по данным Консультативного комитета по практике иммунизации (ACIP CDC) у большинства пациентов с низким титром АТ присутствует защита от вируса гепатита В благодаря иммунологической памяти. Это подтверждено в исследованиях: через 2-4 недели после антигенной стимуляции у 74-100% испытуемых наблюдался быстрый прирост защитных антител. Однако эксперты CDC сообщают, что у людей с иммунодефицитами, и других представителей групп риска иммунитет менее стойкий, что является основанием для контроля титра антител после прививок и ревакцинации от ВГВ [5].

Список литературы

1. Приказ Минздравмедпрома РФ и Госкомсанэпиднадзора РФ от 3 июня 1996 г. N 226/79 «О введении профилактических прививок против гепатита В»
2. Госдоклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2024 году».
3. Кудрявцева Е. Н., Корабельникова М. И. Федеральный «Регистр больных вирусными гепатитами» - универсальный инструмент многофакторного эпидемиологического анализа // Эпидемиология и инфекционные болезни, Актуальные вопросы. 2024.Т.14, №1.С. 22-30
4. МУ 3.1.2792-10 «Эпидемиологический надзор за гепатитом В»
5. З.П. Калинина, М.Г. Дарьина , К.Н. Мовчан « О поствакцинальном иммунитете против вирусного гепатита у медицинских работников Санкт-Петербурга», Инфекция и иммунитет 2015, Т. 5, № 1, с. 89–92 СПб ГБУЗ Медицинский информационно-аналитический центр, Санкт-Петербург, Россия, ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова МЗ РФ

ПРОФИЛАКТИКА РАЗЛИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ОРТОПЕДО – ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ И РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ЭТОМ ПРОЦЕССЕ

Лобецкая Татьяна Николаевна, Хангашкан Софья Дармаевна
ГАУЗ Забайкальского края «Забайкальская краевая клиническая
больница»

Забайкальский край, г. Чита, Россия

Противодействуя недугам и болезням, человек всегда стремился облегчить свои физические страдания, но искусство врачевания родилось лишь тогда, когда человек пришёл на помощь другим.

Социальное и экономическое значение повреждений в современном обществе огромно. Травмы, и притом тяжелые, стали встречаться все чаще и чаще. В индустриально развитых странах мира из года в год неуклонно отмечается увеличение пострадавших от травм. Ежегодно в России различным травматическим воздействиям, требующим оказания неотложной помощи, подвергается 10-12% населе-

ния. Автодорожный травматизм стал не менее опасен для людей и, как причина смерти и инвалидности, занимает 3 место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

В результате автомобильных аварий чаще всего происходит множественные и сочетанные повреждения. При автодорожных повреждениях травма головы составляют 65%, травмы конечностей -70%, сочетанные травмы - 75%.

Что такое травма? Говорят: «электротравма», «бытовая травма», «ожоговая травма». Травма – это повреждение, вызванное действием внешней силы, нарушающее анатомическую целостность и физиологическую функцию тканей, органа, системы или организма в целом.

Современная травматология – это наука о повреждениях, состоящая из различных разделов (ортопедия, протезирование, комбустиология и другие), имеющих самостоятельную специализацию.

Сращивание переломов костей – сложный процесс восстановления целостности и функции конечности, для которого необходим комплекс оптимальных биомеханических условий. Последнее включает полную репозицию отломков с формированием хорошего контакта на стыке, фиксацию, сохраняющую взаимную неподвижность отломков в покое и при нагрузке, раннюю активизацию конечности, малую травматичность метода при сохранении хорошей трофики ткани.

Общепринятые методы лечения переломов – гипсовую иммобилизацию, вытяжение, накостный интрамедуллярный остеосинтез - широко применяют в ортопедо-травматологической практике и сегодня. Гипсовая повязка и скелетное вытяжение не обеспечивают стабильной неподвижности фрагментов кости. В тоже время при длительном их применении происходят серьезные вторичные изменения в мягких тканях и кости, требующие дополнительных усилий по реабилитации. При надкостном и интрамедуллярном остеосинтезе, как правило, повреждают надкостницу, питающие кость сосуды, эндост, а также нередко не обеспечивают стабильной фиксации фрагментов, особенно при развитии резорбции на концах фрагментов. Удаление металлофиксаторов зачастую не менее травматично, чем первичный остеосинтез. Эти методы увеличивают длительность лечения.

Только прочная и управляемая фиксация костных отломков с сохранением функции суставов и конечности в целом обеспечивает оптимальные условия для сращения и скорейшего функционального

восстановления. Ранняя нагрузка на конечность с полноценной активной работой мышц ускоряет репаративный остеогенез, сокращает период формирования костной мозоли и общие сроки реабилитации.

Разработка способов фиксации без недостатков традиционных методик началась в первой половине 19 века. Аппараты внешней фиксации, удерживали отломки костей спицами и стержнями, проведенными через кость. Неуправляемость этих конструкций и сложность вызвали у хирургов негативное отношение к чрескостному остеосинтезу (ЧО).

Чрескостные аппараты в сравнении с имплантатами (винты, болты, жесткие накостные пластины или блокирующие интрамедуллярные стержни с винтовыми устройствами) являются более сложными инженерными конструкциями.

Значение и пунктуальное выполнение базисных моментов метода ЧО являются залогом его успешного применения. Напротив, невыполнение основ ЧО, таких как рациональный подбор, расположение и установка опор, стержней и других деталей аппарата (т.е. его компоновка), методика проведения спиц и укрепление их в опорах, центрация костных отломков в опорах рассматривают как одну из основных причин ошибок и осложнений при использовании метода.

Современные по конструкции и принципу фиксации наружные аппараты можно разделить на 4 группы.

Аппараты 1-й группы.

Аппарат Ламботта (1902), аппарат Стадер (1937), аппарат Гофмана (1942).

Это устройство с 4 гвоздями, которые попарно вводят в каждый отломок кости до прохождения через вторую кортикальную стенку. Наружные концы гвоздей крепят в специальных металлических устройствах, имеющих винтовые приспособления для создания компрессии.

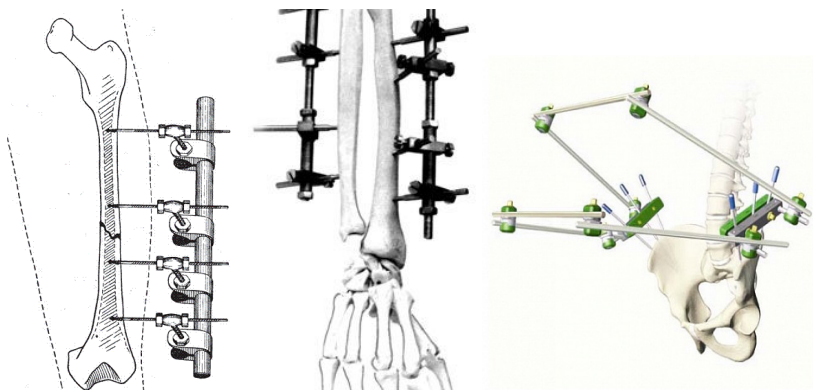


Рисунок 1. Аппараты 2-й группы

Аппарат Хэу-Гровес (1907), аппарат Кей (1932), среди отечественных ортопедов пионером считается Рупасов, который в 1947 г. предложил так называемую шину-раму двойного действия.

В этих аппаратах гвозди проводились через отломки и мягкие ткани насквозь, а выступающие концы с обеих сторон крепились к боковым металлическим шинам с устройствами для компрессии.

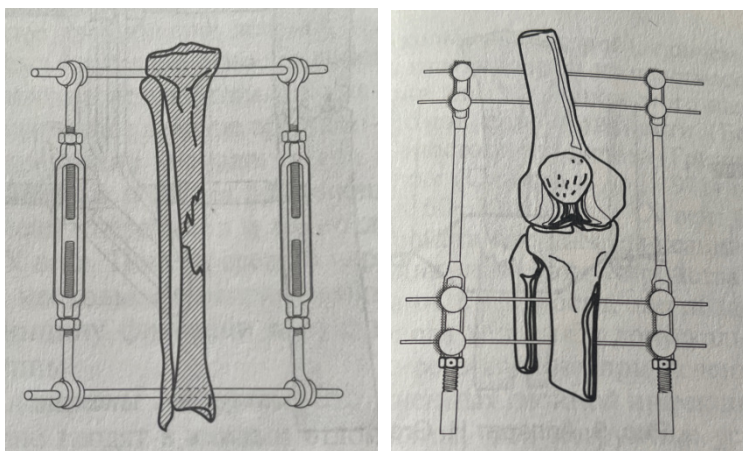


Рисунок 2. Аппарат 3-й группы

Аппарат Гидушаури (1954).

Спицы этих аппаратов проводят через отломки и мягкие ткани в одной плоскости, а их концы фиксируют в дугообразных опорах, соединенных раздвижными устройствами.

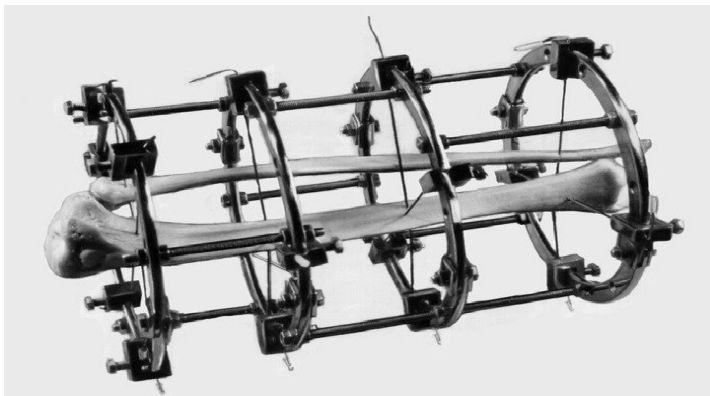


Рисунок 3. Аппараты 4-й группы

Аппарат Эттингер (1934).

В них используется сквозное перекрестное проведение спиц с фиксацией в замкнутых кольцевых или другой формы опорах.

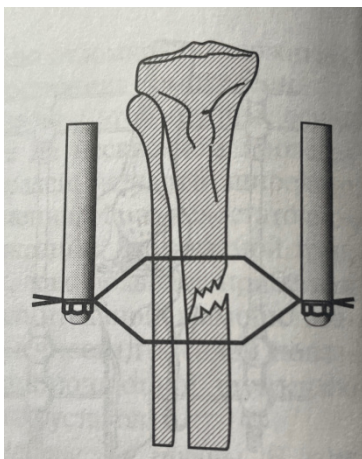


Рисунок 4

К 60-70-м годам было предложено несколько десятков устройств внешней фиксации. Чрескостные аппараты менее травматичны, чем погружные устройства, а их снятие не требует повторного оперативного вмешательства.

Лишь через столетия Гавриил Абрамович Илизаров (1951) предложил аппарат, выгодно отличавшийся от предшествовавших простотой, управляемостью, жесткостью фиксации и одновременно динамизмом и универсальностью конструкции. Сегодня метод является научно обоснованной системой медико-социальной реабилитации и органореставрационного лечения больных и инвалидов ортопедо-травматологического профиля.

В России не осталось ни одного областного центра, где в профильных стационарах не применяли бы метод ЧО Илизарова. Немаловажное его преимущество – соответствие современному стандарту «стоимость-качество», поскольку детали и узлы аппарата применяют многократно. Чрескостные аппараты, в сравнении с имплантатами являются более сложными инженерными конструкциями.



Рисунок 5

Аппарат представляет собой набор серийно выпускаемых металлоконструкций. Детали выполнены из легированной нержавеющей стали или из титановых сплавов, что позволяет стерилизовать их любым способом.

Значение и пунктуальное выполнение базисных моментов метода ЧО являются залогом его успешного применения.

Проведение спиц - один из ответственных моментов остеосинтеза. Спицы – основной связующий элемент в системе кость-аппарат, от правильности направления, уровня и техники их проведения многое зависит. Число спиц в каждой опоре должно обеспечивать жесткую фиксацию на уровне наложения и может составлять от 1 до 4. Число спиц должно быть достаточным для обеспечения жесткости.

Возможные осложнения.

- Повреждение магистральных сосудов и нервов. Лечение: удаление чрескостного элемента и гемостаз компрессий мягких тканей; по показаниям шов сосуда.

- Неправильное проведение спиц вблизи суставов может стать причиной контрактуры сустава.

- Ожог кости при сверлении ее спицей – наиболее частая причина «спицевого» остеомиелита и патологического перелома.

- Дерматит - длительный контакт мягких тканей с металлическими спицами. Лечение исключить аллерген, купирование воспалительного процесса.

Следует отметить, что одним из важных звеньев в лечении травматологических больных, является медицинская сестра. Она отвечает за соблюдение правил асептики в перевязочном кабинете. Как известно – и это уже не нужно доказывать – до 80% случаев ИСМП связано с плохой гигиеной рук медицинского персонала.

Осуществляя мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, бактериологического контроля за перевязочной, сестра первая заметит такое осложнение, как:

- воспаление мягких тканей вокруг спиц. Одно из наиболее частых осложнений при ЧО. Оно бывает ранним и поздним. Его причиной становится нарушение асептики и антисептики, травматизация мягких тканей о чрескостные элементы. Профилактика этого осложнения – строгое соблюдение правил асептики и антисептики при проведении чрескостных элементов, выполнение перевязок; регулярность перевязок.

- Некроз мягких тканей (от давления внешними опорами и другими элементами аппарата так же это чрезмерное прижатие резиновых пробок, фиксирующих салфетки у спиц). Профилактика: при угрозе

выраженного отека использование пробок со срезанной выступающей частью, увеличение в пробке диаметра канала для обеспечения скольжения пробки по спице.

Следует отметить, что осложнения при ЧО сравнительно редки. Многие из них при правильном послеоперационном ведении пациентов можно избежать. ЧО, внес новые возможности в ортопедию и травматологию, знание и понимание механизма развития специфических осложнений позволяет разрабатывать меры по их профилактике и лечению.

Роль медицинской сестры заключается не только в том, чтоб выполнять назначения лечащего врача, обеспечивать санитарно-гигиенический контроль, но и обучить пациента при выписке комплексу медицинских мероприятий, направленных на восстановление.

Современная травматология - наука, состоящая из различных разделов. Отделение Забайкальской краевой клинической больницы травматологии – это травмацентр первого уровня. Здесь оказывается помощь на самом высоком уровне. Поэтому и медицинская сестра владеет самыми широкими навыками и знаниями оказания мед помощи. На первом месте ставит интересы больного.

Медицинские сестры сегодня ставят высокие требования не только к теоретическим знаниям, но и к практическим, применяя их на практике. Самое главное из них: выполнять поставленные задачи эффективно, постоянно углублять свои знания, быть готовым оказать ту помощь, которая соответствует растущим потребностям и ожиданиям пациента.

Список литературы

1. Каплунов О.А. Чрескостный остеосинтез по Илизарову в травматологии и ортопедии. – М.: 2002.-304с.
2. Коваль А.И. Общая хирургия (курс лекций): Учебное пособие. – М.: 2009. -648 с.
3. Робкая М.П. Актуальные вопросы профилактики инфекций, связанные с оказанием медицинской помощи. Журнал «Сестринское дело» № 4 2023.
4. Стецула В.И., Веклич В.В. Основы управляемого чрескостного остеосинтеза.- М.: 2003.- 224с.

5. Соломин Л.Н. Основы чрескостного остеосинтеза аппаратом Г.А.Илизарова. Монография. – СПб. 2005.- 544с.

6. Сметанин В.Н. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи: учеб. Москва: 2022.- 480с.

7. Уход за пациентами хирургического профиля: учебно-методическое пособие / Крючкова А.В., Кондусова Ю.В., Палетаева И.А. – М. 2020.-176с.

НАСТАВНИЧЕСТВО ГЛАЗАМИ МОЛОДОГО СОТРУДНИКА

Лубская Татьяна Александровна

ГБУЗ Нижегородской области «Городская клиническая больница

№5 Нижегородского района г.Н.Новгорода»

г. Нижний Новгород, Россия

Наставничество - это система передачи опыта, знаний и навыков от более опытного специалиста к менее опытному. Практику наставничества всё чаще можно наблюдать во всех сферах жизни: в работе, спорте, образовании и других.

Каждому молодому сотруднику на новом рабочем месте необходим наставник, благодаря которому процесс адаптации к рабочему месту и трудовым обязанностям пройдет легче. Опытный наставник поможет разобраться в тонкостях профессии, познакомит с внутренней структурой и процессами, что не только ускорит процесс обучения и адаптации, но и значительно снизит уровень стресса в новой, непривычной обстановке.

Преимущества наставничества:

1. Профессиональное развитие молодого сотрудника. Благодаря постоянному наблюдению наставник помогает выявить сильные и слабые стороны, чтобы скорректировать и наметить пути для их развития и разрешения. Молодой специалист, в свою очередь, развивает свои профессиональные качества и навыки через наблюдение и взаимодействие с наставником.

2. Поддержка и мотивация. Присутствие опытного коллеги значительно уменьшает уровень тревожности и неуверенности. Наставник не только обучит, но и даст совет, поддержит в трудную минуту. Наставник служит примером для подражания и источником мотивации для молодого сотрудника.

3. Ускоренная адаптация. Наставник помогает новому сотруднику быстрее понять внутренние особенности работы, с которыми ранее сталкиваться не приходилось.

4. Передача корпоративной культуры и ценностей. Наставник взаимодействует с новым сотрудником каждый день, демонстрируя стиль общения в коллективе. С наставником проще влиться в новый коллектив.

5. Передача опыта и знаний. Наставник делится знаниями, которые чаще всего практически невозможно получить из теории. Часто на рабочем месте используются наблюдения из практики для решения нестандартных ситуаций.

6. Возможность для опытного сотрудника развивать личные и профессиональные качества. Для наставника это небольшая смена деятельности - к рутинной постоянной работе добавляется возможность развить в себе лидерские качества, научиться правильно мотивировать и обучать других.

7. Ежемесячное денежное поощрение для наставника.

Реализация практики наставничества в ГБУЗ НО ГKB №5.

Практика наставничества в нашей больнице начала развиваться недавно, но уже дала значимые результаты. Сначала внутри учреждения определили специалистов, которые могут быть наставниками. Наставниками являются наиболее компетентные сотрудники учреждения, обладающие глубокими профессиональными знаниями и навыками, пользующиеся уважением в коллективе и среди пациентов, прошедшие обучение по вопросам реализации наставничества в медицинских организациях. За каждым молодым специалистом, приходящим на практику или на работу, закрепляется наставник. Назначение наставника осуществляется на добровольной основе с его письменного согласия.

Руководство наставничеством осуществляет главный врач. Кадровая служба больницы контролирует процесс наставничества в учреждении, систематически рассматривает вопросы его организации на оперативных совещаниях, своевременно предоставляет надлежаще оформленные документы по результатам наставничества, взаимодействует с образовательными учреждениями по вопросам реализации процесса наставничества и проводит выборочное тестирование стажеров для выявления эффективности реализуемого процесса. Таким

образом, наставничество рассматривается как программа профессиональной адаптации врачей и медицинских сестер, начинающих работать в медицинской организации после окончания учебных заведений. Кроме того, наставничество осуществляется и в отношении студентов, приходящих на практику. Видя положительный эффект от наставничества, мы считаем необходимым развивать и совершенствовать эти программы с учетом современных условий [1].

В период с июля по сентябрь 2025 года в больницу трудоустроили 21 молодой сотрудник. Из них 30% получили наставников на первые 3 месяца.

Примерно через 2 месяца от начала работы последнего пришедшего сотрудника было проведено анкетирование самооценки эффективности адаптации. Анкета состояла из 10 вопросов, в некоторых из которых нужно было выбрать наиболее подходящий ответ, а в других - написать ответ самостоятельно. Вопросы касались как наставничества, так и адаптации в целом. В результате анкетирования выяснилось, что для 90% опрошенных самым сложным этапом адаптации оказался «Привыкание к условиям труда и графику». На вопрос о том, в чём конкретно состояла сложность, ответили: «Трудно просыпаться рано, чтобы успеть к началу рабочего дня». На вопрос «Как вы преодолели трудности при адаптации?» сотрудники с наставниками ответили, что именно наставник помог им в преодолении этих трудностей.

Также более 90% всех опрошиваемых подчеркнули важность наставника для новых сотрудников, несмотря на то, что не все были закреплены за наставниками. На вопрос «Какой период вы считаете наиболее оптимальным для наставничества?» более 50% выбрали вариант ответа «6 месяцев». Около 30% ответили, что их интересует профессиональный рост внутри учреждения, но, как показала практика, за полгода работы далеко не все молодые сотрудники захотели проявлять себя и принимать участие в жизни больницы.

В одном из вопросов были представлены факторы и условия для работы в таблице; молодым сотрудникам предлагалось оценить степень удовлетворенности. По результатам данных из таблицы, молодые сотрудники были наиболее удовлетворены такими факторами, как занимаемая должность и отношения с коллегами. Все сотрудники с наставниками подчеркнули наибольшую удовлетворенность в отношениях с наставником, а также помощью и поддержкой наставника.

Скорее не удовлетворены такими факторами, как бытовые условия на рабочем месте и размер заработной платы.

Результаты внедрения практики наставничества в ГБУЗ НО ГKB №5 оказались весьма обнадеживающими. Молодые специалисты, имевшие наставников, демонстрировали более высокие показатели в освоении профессиональных навыков, быстрее адаптировались к рабочему процессу и проявляли большую уверенность в своих силах. Уровень текучести кадров среди молодых сотрудников также снизился, что свидетельствует об эффективности данной системы.

Кроме того, наставничество способствовало укреплению командного духа и формированию более сплоченного коллектива. Взаимодействие между опытными и молодыми специалистами способствовало обмену знаниями и опытом, а также создавало атмосферу взаимной поддержки и уважения. Это, в свою очередь, положительно сказывалось на общем климате в больнице и качестве предоставляемой медицинской помощи.

Анализ полученных результатов позволяет сделать вывод о том, что практика наставничества является мощным инструментом для развития персонала и повышения эффективности работы медицинского учреждения. Дальнейшее развитие и совершенствование этой системы, включая регулярное обучение наставников и расширение программы, позволит достичь еще более значимых успехов в подготовке высококвалифицированных медицинских кадров.

Заключение.

Наставничество – не просто обучение, это важный элемент работы, который помогает молодому и неопытному сотруднику быстрее адаптироваться к условиям и особенностям работы. Наставник становится источником уверенности в своих силах, и молодые работники благодарны им за поддержку и знания, которые он им передал. Каждый молодой сотрудник должен иметь возможность пройти свой путь от новичка до профессионала с поддержкой и опорой в виде наставника. Мы убеждены, что дальнейшее развитие и совершенствование практики наставничества позволит нам не только успешно адаптировать молодых специалистов, но и создать устойчивую систему передачи опыта, знаний и ценностей внутри коллектива, что является залогом стабильного развития и высокого качества медицинских услуг в нашей больнице. Наставничество становится не просто инструментом

адаптации, а неотъемлемой частью корпоративной культуры, способствующей формированию сильной и профессиональной команды.

Список литературы

1. Городская клиническая больница № 5: официальный сайт. - URL: <https://gkb5-nn.ru/tpost/bjh3vd5rz1-institut-nastavnichestva-sozdayotsya-v-p> (дата обращения 25.03.2026). - Текст: электронный.

ОПЫТ РАБОТЫ АКУШЕРКИ С ПАЦИЕНТКОЙ НА ЭТАПЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА

Макарова Елена Леонидовна¹, Иванова Ольга Вячеславовна²

¹государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Пермского края «Городская клиническая больница
им. М.А. Тверье»
г. Пермь, Россия

²федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии им.
С.Г. Суханова» Министерства здравоохранения Российской
Федерации (г. Пермь)
г. Пермь, Россия

В России ежегодно фиксируется значительное количество аборт, что вызывает беспокойство среди медицинских специалистов и общественности. По данным Минздрава России, в 2025 году было зарегистрировано около 335 тыс. абортов – на 25 тыс. меньше, чем в 2023 году [1]. В 2024 году количество прерываний беременности снизилось до 338 367 случаев, что означает сокращение на 24 016 процедур по сравнению с 2023 годом. В 2022 году было зарегистрировано около 395 тыс. случаев, а в 2021 году – 517,7 тыс. абортов [1]. В 2020 году было зафиксировано 553 тыс. случаев искусственного прерывания беременности [3]. Таким образом, за последние пять лет наблюдается устойчивая тенденция к снижению числа абортов.

В Пермском крае наблюдается тенденция к снижению числа абортов. Согласно данным, за последние 5 лет количество абортов сократилось на 20% [2]. Это связано с улучшением доступности информа-

ции о контрацепции и повышением уровня осведомленности женщин о возможных последствиях прерывания беременности.

Однако, несмотря на снижение, проблема абортaв остается актуальной. По словам главного внештатного акушера-гинеколога академика РАН, доктора медицинских наук, профессора Адамян Лейлы Владимировны, в последние несколько лет в России делают около 400 тыс. абортaв ежегодно. В 2022 году общий объем потребления препаратов для медикаментозных абортaв составил 1,4 миллиона упаковок, что свидетельствует о значительном росте использования таких препаратов [3]. В 2021 году было зарегистрировано 517,7 тыс. абортaв, что составляет 14,9 абортa на каждые 100 родов. В 2020 году было зафиксировано 553 тыс. случаев искусственного прерывания беременности [1].

Эти данные подчеркивают необходимость проведения профилактических мероприятий и повышения осведомленности женщин о репродуктивном здоровье. Акушерки играют ключевую роль в этом процессе, предоставляя информацию о возможных последствиях абортaв и помогая женщинам сделать осознанный выбор. Важно, чтобы каждая женщина имела доступ к качественной медицинской помощи и поддержке на всех этапах репродуктивного выбора [4,5].

Работа акушерки на этапе репродуктивного выбора пациентки – это не просто медицинская процедура, а глубокое взаимодействие, направленное на поддержку женщины в принятии осознанного решения о продолжении или прерывании беременности. В этом процессе акушерка выступает не только как медицинский специалист, но и как психолог, консультант и наставник.

Основные задачи акушерки на этапе репродуктивного выбора:

1. Информирование пациентки о возможных последствиях абортa: акушерка должна подробно объяснить женщине о рисках и отдаленных последствиях прерывания беременности, включая физические и психологические аспекты.

2. Поддержка эмоционального состояния: акушерка помогает пациентке справиться с эмоциональными переживаниями, связанными с принятием решения о прерывании беременности.

3. Предоставление информации о методах контрацепции: акушерка информирует пациентку о различных методах контрацепции, чтобы предотвратить нежелательную беременность в будущем.

4. Обеспечение доступа к необходимым медицинским услугам: акушер обеспечивает пациентку доступом к необходимым медицинским услугам, включая консультации с психологом, социальным работником, юридическим службам и другими специалистами.

Для усиления влияния на пациентку в ситуации репродуктивного выбора используются специальные речевые модули, направленные на формирование положительной установки на сохранение беременности. Департамент медицинской помощи детям, службы родовспоможения и общественного здоровья Минздрава России направили для использования в работе врачей женских консультаций, акушерок речевые модули, подготовленные во исполнение поручений, предусмотренных подпунктом «а» пункта 3 протокола Совета при Правительстве Российской Федерации по вопросам попечительства в социальной сфере от 17.03.2023 № 1, пунктом 6.5 перечня поручений Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой от 28.03.2023 № ТГ-П45-4330, пунктом 6.3 Плана мероприятий (дорожной карты) по обеспечению народосбережения и поддержке семей с детьми на 2023–2025 годы и пунктом 8 перечня поручений Президента Российской Федерации от 24.04.2023 № Пр-826 по итогам совещания о мерах по повышению рождаемости в Российской Федерации (далее – речевые модули). Речевые модули разработаны рабочей группой, в составе которой специалисты социологи, врачи-психиатры и медицинские психологи федеральных государственных бюджетных учреждений Министерства здравоохранения Российской Федерации «Национальный медицинских исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» и «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова», под руководством главного внештатного специалиста Минздрава России по репродуктивному здоровью женщин Н.В. Долгушиной, при участии главного внештатного специалиста психиатра Минздрава России С.В. Шпорт в целях создания у женщин, находящихся в ситуации репродуктивного выбора, положительных установок на рождение ребенка. Речевые модули – это набор устойчивых выражений для общения врача – акушера-гинеколога, акушерки, медицинского психолога, психолога, специалиста по социальной работе, юриста, а также руководителя медицинской организации, оказывающей медицинскую по-

мощь женщинам в ситуации репродуктивного выбора, направленных на формирование правильного репродуктивного выбора у пациентки, обратившейся в медицинскую организацию с намерением прервать беременность. Медицинские работники (врачи акушеры-гинекологи и акушерки) женских консультаций применяют структурированные беседы, избегая оценочных суждений, чтобы помочь женщине принять решение в пользу рождения ребенка.

Для возможности использования в своей работе в консультировании пациенток, находящимися на этапе репродуктивного выбора, возможности использования раздаточного материала – нами созданы печатные материалы – в виде брошюры, информационного плаката, где приведены «Письма к будущей матери», написанные акушерками для женщины, находящейся в ситуации выбора – деторождения или прерывания беременности. Приводим некоторые письма наших акушерок:

«Дорогая будущая МАМА! Знаете, когда я вижу женщин в вашем положении, моё сердце наполняется особой теплотой. Потому что я знаю – внутри вас творится настоящее чудо. Чудо зарождения новой жизни, которое я имела счастье наблюдать тысячи раз. Дорогая моя, я понимаю, как вам сейчас нелегко. Но хочу от всего сердца предостеречь вас от поспешного решения. Я вижу в ваших глазах сомнения и тревогу. И это нормально – такое решение не принимается легко. Ваш малыш уже сейчас растёт и развивается. Это настоящее чудо – наблюдать, как формируется новая жизнь. И поверьте моему опыту: дети приносят столько радости и смысла в жизнь! За все время своей работы с женщинами я не встретила ни одну, которая бы родила ребенка и жалела бы об этом. Наличие ребенка не означает полный отказ от собственных целей и желаний. Наоборот, Вы откроете для себя много новых интересов и увлечений, которые станут предметом вашего внимания. Откладывая рождение ребенка сегодня, вы можете столкнуться с трудностями его зачатия в будущем. С возрастом репродуктивных потенциал неминуемо снижается, беременность протекает тяжелее, появляется риск осложнений, как со стороны матери, так и со стороны ребенка. Распространенность бесплодия продолжает расти. Дети приходят тогда, когда должны прийти. Помните, что решение сохранить беременность – это инвестиция в ваше будущее, здоровье и счастье. Это выбор в пользу полноценной жизни, наполненной любовью

и смыслом. С надеждой на лучшее решение, Ваша акушерка, которая верит в чудеса! Ваша акушерка Рената Александровна».

«Дорогая будущая МАМА! Я видела твою боль и хочу обнять тебя через эти строки. Я не осуждаю, я прошу: дай нам минуту тишины до необратимого шага. То, что под сердцем – не просто беременность. Это первая любовь, что начинается с тихого стука двух сердец: твоего и его – крошечного, но уже бьющегося только для тебя. Скоро ты почувствуешь его движение – легче крыла бабочки. Это будет его первый разговор с тобой. Его главное слово: «Мама, я здесь. Я с тобой». Этот диалог длиною в жизнь... его невозможно забыть. И невозможно вернуть, если прервать его сейчас. Знаю, страшно. Страшно остаться одной. Я видела женщин, сломленных и потерянных, как ты сейчас. Они находили в себе силу, чтобы найти выход, построить новый мир, встать на ноги. Не вопреки ребенку, а благодаря ему. Он не тяжелая ноша, а самое главное «зачем» в жизни. Та причина, ради которой хочется стать лучше. Представь на миг... Его первую улыбку. Его пальчики, сжимающие твой палец. Его запах – сладкий, молочный, запах рая. Его первый смех, от которого тает любая усталость. Это не иллюзия. Это – настоящая радость. Она перевесит все нынешние страхи. И ты не одна. Мы найдем помощь вместе. Дай себе время. Это чудо стоит того. Твоя акушерка, Марина».

«Дорогая будущая МАМА, сегодня у тебя случилось чудо! Да, именно так я называю беременность. Ведь только в сравнении можно понять, что она является наградой, а не наказанием. И это может подтвердить та женщина, которая много лет мечтает увидеть заветные «две полоски». Которая тратит на это силы, деньги, нервы и, самое главное, время. Ты можешь сказать, что с рождением детей тратится то же самое. Да. Но эти траты совсем другие. Они приносят радость и любовь в семью. Поэтому я радуюсь за тебя и желаю сохранить это чудо в своей жизни! С наилучшими пожеланиями твоя акушерка Марина, женская консультация город Добрянка Пермский край».

Таким образом, опыт работы акушерки с пациенткой на этапе репродуктивного выбора является важным аспектом медицинской практики. Акушерка играет ключевую роль в психологической поддержке женщины в принятии осознанного решения о продолжении или прерывании беременности. Статистика показывает, что в Пермском крае наблюдается положительная динамика в снижении числа аборт

свидетельствует о повышении уровня осведомленности женщин о возможных последствиях прерывания беременности.

Список литературы:

1. Ступак В.С., Бантьева М.Н., Маношкина Е.М. Динамика и структура аборт в Российской Федерации и Дальневосточном федеральном округе в 2003-2022 годах // *Социальные аспекты здоровья населения* [сетевое издание]. 2024. дата обращения 06.02.2026. DOI: 10.21045/2071-5021-2024-70-1-10.

2. Пермский край в цифрах. 2025: Краткий статистический сборник // Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Пермскому краю. Пермь, 2025. С. 180.

3. Аскерханова Э.Р., Гарунова И.Н., Аскерханов Г.Р., Омаров Н.С. Наш опыт применения медикаментозного аборта в качестве современного метода регуляции рождаемости // М.: Вестник ДГМА. 2022. № 1(42).С.36-39.

4. Роль работников здравоохранения в предоставлении медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности и контрацепции после аборта // Женева: Всемирная организация здравоохранения//2016.С. 92.

5. Мельгунова М.С. Структура доабортного психологического консультирования женщин // Международный научный журнал «Вестник науки» // 2023. № 4(61).С.345-348.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Никитенко Екатерина Михайловна

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им.Н.А. Семашко»
г. Улан-Удэ, Республика Бурятия, Россия

Внедрение цифровых технологий в систему здравоохранения является одной из приоритетных задач государственной политики Российской Федерации. Как указано в Указе Президента РФ «О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на 2017-2030 годы» - Внедрение цифровых технологий в систему здравоохранения является одной из приоритетных задач государственной политики Российской Федерации.

Так же в Указе Президента РФ «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на 2017–2030 годы», развитие технологий персонализированной медицины, и разработка информационных систем являются ключевыми направлениями модернизации отрасли. Стратегической целью выступает создание единой цифровой платформы по управлению здоровьем человека, основанной на цифровом профиле пациента, обеспечивающей переход на электронный документооборот и использующей сервисы искусственного интеллекта.

В этом процессе значительная роль отводится среднему медицинскому персоналу. Медицинские сестры являются ключевыми пользователями медицинских информационных систем (МИС), так как на них ложится основная нагрузка по первичному сбору данных. Однако, как показывают исследования, именно эта категория специалистов часто испытывает наибольшие трудности при адаптации к новым технологиям. По данным Росстата за 2020 год, значительная часть медсестер (47%) не использовали компьютерную технику в своей работе, что связано как с отраслевой спецификой, так и с недостатком технических возможностей и профильных компетенций.

Традиционная система документирования в сестринском деле сопряжена с рядом системных проблем, которые не только снижают эффективность работы, но и создают риски для безопасности пациентов [2, 3]. К основным проблемам относятся:

- **Потеря времени на рутинное документирование.** Заполнение бумажных журналов, карт и листков назначений отнимает у медсестры время, которое могло бы быть потрачено на непосредственный уход за пациентом.

- **Риск ошибок при ручном вводе данных.** Человеческий фактор остается главной причиной неточностей в медицинской документации, что может привести к фатальным последствиям.

- **Сложность оперативного доступа к истории болезни.** Бумажный архив делает невозможным быстрое получение информации о пациенте в экстренной ситуации, особенно если он находится в другом отделении.

- **Трудности персонифицированного учета.** Отслеживание индивидуальных показателей пациента в бумажной волоките требует значительных усилий и времени.

Эти факторы усугубляются жесткими требованиями нормативно-правовых актов (СанПиН, ГОСТы, профессиональные стандарты). Любое несоответствие в документации может повлечь за собой не только штрафы, но и репутационные риски, падение доверия пациентов [3].

Отдельного внимания заслуживает глобальная угроза роста антибиотикорезистентности. Цифровой контроль назначений становится мощным инструментом в борьбе с этой проблемой, так как система автоматически проверяет совместимость препаратов [4].

Драйверы и стопперы цифровизации сестринской службы Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко

Анализ текущей ситуации позволяет выделить факторы, способствующие и препятствующие внедрению цифровых технологий.

Драйверы:

- **Поддержка главного врача** и администрации, понимающих экономическую целесообразность Цифровизации.

- **Опыт пандемии**, который наглядно продемонстрировал необходимость удаленных форматов работы и быстрого доступа к данным.

- **Развитие смежных технологий** (искусственный интеллект, облачные вычисления, мобильные приложения), создающих новые возможности для автоматизации.

- **Наличие слаженной команды**, готовой к изменениям.

Стопперы (Барьеры):

- **Соппротивление персонала**, нежелание менять привычки и отказываться от неформальных практик, которые технологии делают неудобными, но более безопасными.

- **Качество данных.** Принцип «мусор на входе – мусор на выходе» здесь работает безупречно: ненадежные ручные вводы сводят на нет пользу любых систем.

- **Отсутствие ИТ-компетенций.** Технологии – лишь инструмент, эффективность которого напрямую зависит от людей, понимающих его ценность и умеющих им пользоваться.

Оценка цифровой готовности коллектива: результаты анкетирования

Для определения точной точки старта и вектора развития нами было проведено анкетирование среднего медицинского персонала.

Всего было проанкетировано 570 медицинских сестер из различных отделений, что составило около 90% всего сестринского персонала отделения. В опросе приняли медицинские сестры различных специальностей (операционные сестры, медсестры-анестезисты и т.д.).

Ключевые результаты анализа:

1. Высокая цифровая готовность. Подавляющее большинство среднего медицинского персонала (83%) поддерживает Цифровизацию, что свидетельствует о зрелости коллектива и понимании неизбежности перемен.

2. Запрос на развитие. Три четверти сотрудников (75%) прямо указывают на необходимость углубления цифровой трансформации. Персонал видит потенциал для улучшений и готов к ним.

3. Доказанная эффективность. Для 90% респондентов цифровые инструменты уже стали фактором, повышающим качество, безопасность и эффективность ухода. Это говорит о том, что даже текущий уровень автоматизации дает положительный эффект.

4. Критическая неэффективность рутины. Почти 40% медсестер тратят более 2 часов в смену на бумажную работу. Это ключевая проблема, требующая немедленного решения. Освобождение этого времени – главный резерв для повышения качества ухода за пациентами.

Полученные данные полностью коррелируют с общероссийскими тенденциями, описанными в исследованиях цифровых компетенций, где около 30% медсестер, использующих компьютеры, испытывают дефицит специальных знаний, а удовлетворенность работой напрямую зависит от уровня цифровой квалификации [1].

Стратегические цели и вектор развития

Основываясь на результатах анкетирования и стратегических задачах государства, нами определены целевые ориентиры развития до декабря 2026 года.

Главная философия преобразований – «Вернуть медсестре время для самого пациента, забрав его у бумаг и рутины».

Ключевые направления и целевые показатели:

1. Снижение временной нагрузки:

Цель: Добиться снижения времени на заполнение документации у 80% среднего медперсонала минимум на 1 час в смену до 1 декабря 2026г.

Пути достижения: Автоматизация рутинного документирования, оптимизация количества бумажных документов.

2. Оптимизация документооборота:

Цель: Сокращение количества обязательных бумажных документов на 25% до 30.12.2026г.

Пути достижения: Внедрение электронных форм, отказ от дублирования записей. Создание электронных копий журналов для заполнения на внутреннем портале ГАУЗ РКБ им.Н.А. Семашко

3. Повышение удобства электронной медицинской карты:

Цель: Повышение индекса удовлетворенности удобством электронной медицинской карты (ЭМК) среди среднего медперсонала на **40%** (по результатам повторного опроса медицинских сестер).

Пути достижения: Активная работа с IT-отделом, кастомизация интерфейсов.

Инструменты достижения целей

Для реализации поставленных задач планируется использовать несколько конкретных инструментов.

Электронный лист назначений. Внедрение электронного листа назначений позволяет создать среду, где совершить критическую ошибку становится технически сложно. Система автоматически проверяет совместимость препаратов, дозировки и кратность введения, исключая человеческий фактор на этапе планирования лечения (Электронный фармаколог) [4].

Автоматизация оценки рисков. Совместно с IT-отделом ведется работа по созданию «умных» шаблонов (автоматический расчет баллов по шкалам Ватерлоу и Морса). Медсестре достаточно ввести исходные параметры, система сама подсчитает итоговый балл. Это не только экономит время, но и стандартизирует подход к оценке состояния пациента

Развитие ЭМК под нужды сестринского персонала. Как показывает практика ведущих клиник, эффективность ЭМК напрямую зависит от ее адаптации под задачи пользователей [4]. Добавление в карту специальных разделов для сестринской деятельности позволяет врачу получать более полную картину, так как медсестра находится с пациентом в течение всего дня. Автоматический перенос данных (температура, давление) из сестринских записей во врачебные дневники сокращает время на двойной ввод информации.

Ключ к успеху: развитие цифровых компетенций

Никакие технологии не заработают без подготовленного персонала. Цифровая компетентность медицинской сестры сегодня – это не «полезный навык», а базовое профессиональное требование [5]. Именно отсутствие ИТ-компетенций и страх перед новым являются главными стопперами.

Исследования показывают, что медицинские сестры осваивают компьютерные технологии чаще самостоятельно, чем на специализированных курсах, так как последние для них менее доступны, чем для врачей [1].

Для решения этой проблемы наша стратегия включает:

- Проведение регулярных внутренних тренингов по работе в МИС.
- Создание системы наставничества, где более опытные в цифровых вопросах сотрудники помогают коллегам, при этом тенденция складывается таким образом, что молодые сотрудники чаще всего учат более опытных сотрудников.

Заключение

Цифровая трансформация здравоохранения – объективный процесс, открывающий новые горизонты для развития сестринского дела. Медицинская сестра в новой реальности перестает быть просто исполнителем назначений, превращаясь в высокотехнологичного координатора-навигатора пациента.

Представленные данные по г. Улан-Удэ демонстрируют, что коллектив находится на высокой стадии готовности к переменам. Ключ к успеху – синергия технологий, постоянное развитие компетенций персонала и неуклонное следование гуманистическому подходу, где целью всех изменений остается конкретный пациент и качество его жизни. Реализация намеченных планов к декабрю 2026 года позволит не только повысить эффективность работы, но и вернуть медицине ее главную ценность – время на заботу о человеке

Список литературы

1. Коленникова О. А. Владение медицинскими специалистами цифровыми технологиями // Народонаселение. 2022. Том 25. № 3. С. 189-199.
2. Демина Э. А., Карасева Л. А., Двойников С. И., Сиротко М. Л. Оценка эффективности программы «Автоматизированное рабочее

место старшей медицинской сестры» // Проблемы социальной гигиены... 2020;28(4):610-615.

3. Корчагин Е., Черкашин О. Как наладить работу с электронными меддокументами. Решения от лидера отрасли // Электронный журнал «Правовые вопросы в здравоохранении». 2025.

4. Селиверстов Д.П., Селиверстов П.В. Цифровая медицина Санкт-Петербурга: импортозамещение и новые горизонты для сестринской практики // Медицинская сестра. 2025. № 7. С.18-24.

5. Старшинин А. В., Аксенова Е. И., Домбаанай Б. С. [и др.]. Анализ цифровых компетенций медицинских работников: современные подходы и лучшие практики: экспертный обзор. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024. 61 с.

ПРИЗНАНИЕ УСПЕШНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРАКТИКИ ПРОЦЕСС ОПТИМИЗАЦИИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

Никулина Светлана Викторовна
ГУЗ «Карымская центральная районная больница»,
пгт. Карымское, Забайкальский край, Россия

Оптимизация - это процесс, имеющий целью
направить развитие какого-либо объекта
или метода к наиболее лучшему состоянию.

Триумфальное шествие церемонии вручения диплома в региональном конкурсе «Успешные практики» в номинации «Лучшие практики «Бережливого здравоохранения» Государственного учреждения здравоохранения «Карымская центральная районная больница» и возведение ее в ранг победителя. Ежегодный конкурс проводится при активном участии и поддержке Забайкальской региональной общественной организации «Профессиональные медицинские специалисты». Заявив о себе в процессе оптимизации вакцинопрофилактики, предполагалось, и мы с точностью знали, что комиссией конкурса будет отмечено успешное воплощение концепции стратегических приоритетов. И как следствие признание ее лучшей...

С чего все начиналось. Как сделать так, чтобы пациенты хотели прививаться в нашей поликлинике? Как этично увеличить охват вакцинацией в нашей медицинской организации? Опрос провели среди пациентов, опрос был проведен среди медицинских специалистов, особенно тех, кто занимается организацией процессов вакцинации непосредственно. Вывод напрашивался со следующим положением: вакцинация должна быть максимально удобной для пациента.

Как же решать? Были просчитаны риски внедрения в практику, найти, оценить и составить план защиты от них. Поставьте себя на место человека, который хотел бы прийти в НАШУ поликлинику с желанием сделать прививку. Пациент вообще в НАШУ поликлинику придет? Как быстро пациент «привьётся»? А «привьётся» ли он в принципе? Была выбрана стратегия на основе принципа «никого не оставить без внимания». Следующее стало движущей силой цели и инициативы в данном вопросе, повышение спроса к вакцинации с помощью современных подходов и внедрения инновационных решений. Выбор был обусловлен как актуальностью, так и весомыми обоснованиями, а именно, результаты процесса могут быть адаптированы для применения в других медицинских учреждениях. Предложены многочисленные подходы к решению, а именно общественное признание и понимание ценности вакцинации. Немаловажным было и формирование мотивации, знания и осведомленности об иммунизации среди населения. С намерением усовершенствования применили оптимизацию работы по качеству и безопасности медицинской помощи.

Стратегический приоритет 1 (реализации процесса «Вакцинация»).

Основываясь на первоочередной задаче, провели анонимный опрос по вопросам отношения к вакцинации среди населения Карымского района. Сопоставили анализ потерь и проблем, выявленных в процессе «Вакцинация взрослого населения». Разработали дорожную карту реализации мероприятий, указали основные цели и задачи, поэтапные шаги, примерные сроки исполнения, ответственных исполнителей, подготовили этапы паспорта процесса. Выстроили картирование (моделирование) текущего и целевого состояния процесса.

Исследовали всесторонне результаты анонимного опроса по вопросам отношения к вакцинации. Включены лишь несколько выбранных позиций, чтобы понять контекст событий того времени, а именно,

на вопрос «Ваше отношение к вакцинации» представлены следующие варианты суммарных ответов и в процентном распределении также:

<u>Я делаю прививки выборочно</u>	189	55,8%
<u>Я регулярно делаю прививки</u>	108	31,8%
<u>Я отказываюсь от вакцинации</u>	37	10,9%
<u>У меня медицинский отвод</u>	5	1,5%

Если Вы отказываетесь от вакцинации, то по какой причине?
Представлены варианты ответов аналогично:

<u>Боязнь осложнений</u>	114	33,6%
<u>Вакцинация недостаточно защищает от инфекции</u>	91	26,8%
<u>Считаю, что вакцины не безопасные и некачественные</u>	65	19,2%
<u>Лучше переболеть</u>	48	14,2%
<u>Медицинский работник посоветовал</u>	21	6,2%

Цель исследования и применяемые методы заключались в изучение отношения различных групп населения и медицинских работников к необходимости проведения вакцинации. Исследование основывалось на определенных материалах и методах, которые использовались для достижения процесса. Проведено анкетирование на предмет отношения к иммунопрофилактике 339 человек, студенты гуманитарных, технических вузов и колледжей, 227 взрослого населения и 60 медицинских сотрудников различных специальностей. Анкеты имели свои особенности в зависимости от группы населения и поставленной цели. Получены результаты, вызывающие настороженность, а именно: выявлена низкая приверженность населения иммунопрофилактике и высокое доверие антивакцинальной пропаганде, проводимой в средствах массовой информации, оспаривающей эффективность, безопасность и правомерность вакцинации, в частности массовой

вакцинации, которая больше говорит об осложнениях в связи с вакцинацией, чем о преимуществах. Среди студентов положительное отношение к иммунопрофилактике показали всего 37%, у работающего населения и старше трудоспособного возраста было позитивнее (72% и 80% соответственно), однако также являлось недостаточным. Информированность всех групп населения по вопросам иммунопрофилактики установлена, недостаточна для формирования приверженности к ней. Причины, без сомнения, акцентированы: антивакцинальная пропаганда, негативные настроения и недостаточная осведомленность в теме иммунопрофилактики.

Стратегический приоритет 2 (обоснование пользы иммунизации).

В информационно-коммуникативных мероприятиях, ориентированных на пациента, применялась технология выстраивания эффективных коммуникаций с пациентом, а именно пациентоцентричность подхода. Предоставили всеобъемлющую и авторитетную информацию, в сети интернет на веб-сайте медицинской организации были размещены в достаточном количестве и для абсолютно любой аудитории многочисленные варианты формулировок направлений постов о вакцинопрофилактике. Реализовывался принцип ясности и доступности языка при общении с пациентами, иначе сформулировать «говорить на одном языке с пациентами». Социальные медиа являются основным источником распространения недостоверной информации о вакцинации. Наиболее активные платформы все же остаются российские социальные платформы «Одноклассники», «ВКонтакте», официальные аккаунты социальных сетей через российский кроссплатформенный сервис мессенджер «МАХ». И в противовес антивакцинальной риторике были опубликованы информационные блоки по типу «Вопрос-ответ», где давались исчерпывающие ответы по соответствующей тематике. Применение техники убедительной коммуникации, другими словами «уметь убеждать». Возникла необходимость для специалистов, занимающихся вакцинопрофилактикой, работать с недоброжелательной и психологически неподготовленной группой населения.

Стратегический приоритет 3 (анализ потерь и проблем).

Проанализировано видение (понимание проблемы) и разработаны мероприятия воздействия по её решению в рамках данного проекта. Несколько примеров улучшения процесса: потеря времени пациента

из-за поиска необходимого кабинета в связи с отсутствием навигации и дополнительной информации о вакцинации, решением было размещение указателей с направлением и с наименованием кабинетов, а также дополнительной информации о времени проведения вакцинации. Ожидание пациента очереди в регистратуру от 3 до 25 минут, пересечение потоков пациентов, предстало как решение то, что пациент заранее оповещен, что если обращение в поликлинику за профилактической прививкой, то можно минуя регистратуру пройти непосредственно к фельдшеру доврачебного кабинета. Вывешена стойка информации в справочной регистратуры. Протяженный маршрут (отдаленность кабинетов) передвижения пациентов от входа в поликлинику, затем кабинет доврачебного приема и до прививочного кабинета, иначе формулируя, пациент «долго идет». Несоответствие размещения кабинетов с поточной логикой. Изначально не продумывали расположение кабинетов. Кабинет доврачебного приема на первом этаже, прививочный кабинет - на втором этаже здания поликлиники. Рациональное расположение кабинетов стало выходом из положения. Возникновение очереди перед осмотром фельдшера доврачебного приема от 3 до 20 минут, отсутствуют отдельно выделенные потоки пациентов, обратившихся с целью вакцинации. Послужило выходом из ситуации то, что вакцинируемые выделены отдельным потоком прохождения. В плане выравнивания нагрузки в течение рабочего времени с целью уменьшения ожидания времени пациентов, привлечен для осмотра второй фельдшер. Ожидание пациента времени вызова в кабинет прививочный от 2 до 15 минут. Нагрузка медсестры прививочного кабинета от 1 до 20 человек на 1 час работы из-за неправильного распределения потока пациентов (до обеденного перерыва - 30 человек, после перерыва - 10 человек). Предусмотрена предварительная запись на вакцинацию с указанием точного времени и даты, соответственно это явилось вариантом решения проблемы. Длительное время пребывания в поликлинике пациента до 1,5 часов. Неудовлетворенность пациента, обратившегося с целью вакцинации, на ожидание в очереди затрачено пациентом до 45 минут. Исключено время потери пациента при обращении в регистратуру 20 минут, сокращено время ожидания 25 минут суммарно при обращении к фельдшеру и на процедуру вакцинации, послужило путем решения, сокращение времени пребывания пациента в поликлинике до 45 минут.

Результаты, эффективность проекта и его успешная реализация продемонстрировали свою значимость. Для повышения доступности и качества медицинской помощи населению за счет оптимизации процессов и устранения потерь времени ГУЗ Карымской центральной районной больницы было приведено в соответствие со стандартом. При управлении потоками пациентов проектной группой была создана карта движения пациента (картирование) в поликлинике, что позволило увидеть потери времени пациента и выявить «недостатки» в организации процесса «Вакцинация». С помощью современных технологий полностью автоматизировали деятельность регистратуры: вести записи в электронном формате, быстро формировать расписание, отправлять уведомления о приеме. Автоматизация существенно облегчает с пациентом взаимодействие и повышает эффективность работы поликлиники в целом. Поработали над оценкой условий качества пространства. На фасаде вход в поликлинику обозначили красивой вывеской с учетом дизайн-кода. Днем логотип рифмуется с голубым небом, ночью светится подсветка. Легко можно заметить ещё в начале улицы. Входная дверь выбрана прозрачная, так пациенты не сталкиваются при входе или выходе потому, что сквозь стекло сразу видно, есть ли кто с другой стороны. При входе так же обустроено тёплое и сухое помещение для детских колясок, чтобы мамочки с детьми, не боясь непогоды, могли ходить на прием к специалистам. Размещение дополнительной информации о времени вакцинации, в частности в холле при входе в поликлинику размещен информационный блок о том, что по поводу профилактических прививок можно минуя регистратуру пройти к фельдшеру доврачебного кабинета. Потеря времени из-за поиска необходимого кабинета в связи с неэффективной системой навигации. Установка указателей с номером и наименованием кабинетов, при этом сокращены временные затраты нахождения пациентов в поликлинике. В коридорах размещены указатели со стрелками: налево такие-то кабинеты и специалисты, направо-другие. Настенные панели подробнее объясняют детали и показывают путь к конкретным объектам: медицинская профилактика, процедурный кабинет или туалет. Для тех, кто хочет по пути в кабинет подниматься по лестнице, установлены панели-кронштейны с узнаваемыми символами. Сразу понятно, куда идти к пролетам. Тут же на стене крупно указана цифра с номером этажа. В коридорах сверху

расположением поперек размещены заметные указатели с номерами кабинетов. У дверей кабинетов висят таблички с названием специалиста и именем врача. Светло-серые цифры номера гармонично вписываются в интерьер, и при этом их очень хорошо видно, не пестрят.

Осуществлена работа в плане коммуникаций между медицинскими работниками и пациентами, в частности, как работать с возражениями пациентов. Со всеми медицинскими сотрудниками проводилось обучение, заранее на примерах отработали тактику беседы с пациентами, чтобы предоставлять все возможности и ограничения по вакцинации и использовать эти знания при работе с возражениями пациентов. Это позволило добиться улучшения внутренней атмосферы в поликлинике, сформировать пространство, наполненное спокойствием и позитивом, для обеих сторон: клиентов и для сотрудников медицинской организации.

Повысили эффективность и провели оптимизацию рабочих процессов медицинской сестры прививочного кабинета и фельдшера доврачебного кабинета, это позволило выровнять нагрузку на медицинский персонал в течение рабочего дня. В плане стандартизации процесса, разработаны и внедрены в действие 09.01.2024 г. локальным документом медицинской организации приказ №19 стандарты по внедренным улучшениям: Стандартная операционная процедура (СОП) №104-24 «Процедура проведения вакцинации», содержит порядок и четкий алгоритм проведения процесса вакцинации; Чек-лист №10-24 «Техника проведения вакцинации пациента»; Чек-лист №11-24 «Техника медицинского осмотра фельдшером перед проведением вакцинации и после нее».

Предложение рекомендаций, основанных на результатах анализа данных наблюдений, обсуждение взглядов. Начинайте разработку этапов процесса только тогда, когда определитесь с продуктом процесса (модель конечных результатов). Ведь важно понять весь процесс получения услуги, от осознания необходимости и до оценки качества после реализации мероприятий. Анализируйте уровень удовлетворенности, приверженности и лояльности пациента к вашей медицинской организации. Следует произвести оценку на соответствие ожиданиям пациента, скорость и качество полученной услуги, комфорт и удовлетворение пациента в числе прочего, и после. В дополнение к этому понять воспринятые чувства и эмоции, переживания и впечат-

ления, а наиболее существенно желание пациента рекомендовать другим и в первую очередь вновь и вновь вернуться в вашу медицинскую организацию. Привлекайте к созданию всех участников (как можно больше) текущего и будущего процесса. Проверяйте созданный процесс на предмет его эффективности и регулярно (желательно один раз в год) пересматривайте с помощью оптимизации.

ВНЕДРЕНИЕ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Озерова Анастасия Владимировна, Назарова Елизавета
Александровна

Федеральное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Пензенский базовый медицинский
колледж» Министерства здравоохранения Российской Федерации
г.Пенза, Россия

Основы бережливого производства в здравоохранении строятся на принципах системного управления, направленного на оптимизацию процессов оказания медицинской помощи путем последовательного уменьшения всех видов потерь, которые возникают на различных этапах работы медицинских учреждений. Главная задача этого подхода – создание устойчивого, непрерывного потока операций, свободного от задержек и простоев, обеспечивающего максимальную ценность для пациентов при рациональном использовании ресурсов [1].

В центре внимания лежит сокращение потерь, к которым относятся не только явные излишки затрат, но и скрытые утраты эффективности: ожидание, избыточные перемещения сотрудников и пациентов, лишние или дублирующие этапы, а также ошибки, требующие переделок. Эти виды потерь влияют как на качество и безопасность медицинской помощи, так и на удовлетворённость персонала и пациентов, затрудняя достижение целевых показателей учреждения [1].

При этом внедрение бережливых принципов в деятельность специалистов со средним медицинским образованием первичного звена требует особого внимания к адаптации методов и инструментов

с учётом специфики их функций и рабочих условий. Средний медицинский персонал выполняет широкий спектр процедур и имеет непосредственный контакт с пациентами, что делает важным создание таких процессов, которые минимизируют риски ошибок, сокращают время обслуживания и обеспечивают комфортную рабочую среду. Для этого необходимо не только осваивать базовые концепции бережливого производства, но и применять гибкие методы, ориентированные на специфику амбулаторного и первичного звена.

Таким образом, основы бережливого производства в здравоохранении представляют собой системный подход к управлению процессами с целью повышения качества и доступности медицинской помощи за счет последовательного выявления и устранения потерь различного типа. Это создает прочную базу для последующего освоения конкретных механизмов реализации принципов бережливости в повседневной деятельности среднего медицинского персонала и способствует формированию эффективной, ориентированной на пациента и рациональное использование ресурсов первичной медицинской помощи.

Роль специалистов со средним медицинским образованием в первичном звене здравоохранения. Средний медицинский персонал, в частности медицинские сестры, медицинский лабораторный техник выступает ключевым субъектом внедрения изменений в первичном звене здравоохранения, так как именно они обеспечивают непосредственное взаимодействие с пациентами и выполняют широкий спектр функциональных обязанностей. Их роль выходит за рамки вспомогательной поддержки врачей и включает выполнение важных задач, связанных с профилактикой, диагностикой и организацией ухода, что обуславливает необходимость оптимизации их деятельности для повышения эффективности всей системы [2].

Средний медицинский персонал в первичном звене осуществляют профилактические мероприятия, направленные на предупреждение неинфекционных заболеваний путем оценки факторов риска и проведения образовательной работы с пациентами. Они также активно способствуют формированию и поддержке здорового образа жизни, используя стандартизированные критерии здоровья для мотивации и сопровождения населения. Именно они чаще всего становятся первичной точкой контакта пациента с медицинской системой, выполняя

доврачебный прием и осуществляя первый скрининг состояния здоровья.

В результате такой деятельности средний медицинский персонал помогает реализовывать задачи диспансеризации и раннего выявления заболеваний, что значительно снижает риски развития тяжелых патологий и необходимость в дорогостоящем лечении на последующих этапах. Их взаимодействие с врачами общей практики строится на принципах междисциплинарного сотрудничества, где каждая сторона выполняет свои закрепленные функции, создавая единый комплекс мер по поддержанию здоровья населения [3].

Структурно организационная модель профилактики в первичном звене предусматривает трехкомпонентное взаимодействие: медицинская сестра кабинета доврачебного приема, участковый врач-терапевт или врач общей практики и участковая медицинская сестра, а также центр здоровья, что обеспечивает комплексный охват пациентов и системный мониторинг их состояния. Такая координация позволяет рационально распределять нагрузку и минимизировать время ожидания, а значит, повышает доступность медицинской помощи.

Кроме того, современные исследования подчеркивают важность роли среднего медицинского персонала как членов мультидисциплинарных команд первичной медико-санитарной помощи. От их квалификации и организованности напрямую зависит качество профилактических мероприятий и диспансеризации, особенно в высокорискованных группах, например, при мониторинге и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Это требует не только базового медицинского образования, но и постоянного повышения квалификации и внедрения новых методов работы.

Таким образом, средний медицинский персонал выполняет комплексную и многофункциональную роль, объединяющую доврачебный прием, профилактику, консультирование и координацию междисциплинарного взаимодействия. Оптимизация этих процессов способствует укреплению системы первичной медико-санитарной помощи, снижению заболеваемости и повышению качества жизни населения. Эффективное внедрение бережливых технологий в деятельность среднего медицинского персонала имеет высокий потенциал для улучшения организации работы и достижения положительных результатов в сфере здравоохранения.

Цифровой контур здравоохранения представляет собой интегрированную платформу, объединяющую данные, процессы и участников системы первичной медицинской помощи. Для специалистов со средним медицинским образованием эта технология становится незаменимым инструментом организации труда, поскольку обеспечивает доступ в реальном времени к медицинской информации, нормативным документам и результатам обследований пациентов. Наличие единого информационного пространства снижает количество повторных процедур, дублирующей работы и способствует более рациональному планированию дня, что является одним из главных требований бережливого производства [4].

Платформа позволяет автоматизировать ряд рутинных операций: регистрацию пациентов, ведение медицинской документации, формирование отчетов и мониторинг ключевых показателей. Это снимает с сотрудников избыточную бумажную нагрузку, освобождая время для непосредственного ухода за больными и выполнения профессиональных обязанностей с большей внимательностью и качеством. Централизованное хранение данных гарантирует точность информации и упрощает обмен знаниями между отделениями и специалистами, что повышает эффективность междисциплинарного взаимодействия.

Одним из преимуществ цифрового контура является возможность непрерывного контроля и анализа процессов, что помогает выявлять узкие места и потенциальные потери в работе средних медицинских работников. Параметры загрузки, временные затраты на выполнение процедур и качество оказанных услуг могут быть отслежены в режиме настоящего времени, что создает предпосылки для оперативного реагирования и корректировки рабочих процессов без влияния на графики приёма пациентов. Такая прозрачность данных способствует формированию культуры постоянного улучшения, важной составляющей бережливого производства.

Цифровой контур также поддерживает внедрение стандартов качества и клинических протоколов, обеспечивая специалистов актуальной информацией и выдавая напоминания по алгоритмам оказания медицинской помощи. Это уменьшает риск ошибок и повышает безопасность пациентов, что особенно важно в первичном звене, где принимаются решения о дальнейшей маршрутизации и лечении.

Дополнительной функцией становится аналитика работы персонала, позволяющая планировать обучение и улучшать квалификацию с акцентом на выявленные слабые места.

В сложной многозадачной среде первичного звена цифровой контур становится платформой не только для технической поддержки процессов, но и для внедрения методик бережливого производства, оказывая влияние на организационные и поведенческие аспекты работы среднего медицинского персонала. Он способствует стандартизации процедур, ускоряет обмен информацией и снижает неопределенность действий, что в конечном итоге повышает эффективность как отдельных специалистов, так и всей системы оказания медицинской помощи.

Таким образом, цифровизация здравоохранения создает технологическую основу для комплексного мониторинга и управления качеством работы средних медицинских специалистов, являясь стратегическим ресурсом для реализации эффективных методов оптимизации процессов, которые лежат в основе бережливого производства.

Применение знаний о бережливом производстве из предыдущих разделов позволяет специалистам со средним медицинским образованием перейти от теоретических основ к практическому улучшению своей деятельности в первичном звене. Внедрение принципов бережливости ориентировано на максимизацию добавленной ценности для пациента, что достигается путем последовательного выявления и устранения процессов, не приносящих прямой пользы, таких как излишняя подготовка документации или неэффективное использование рабочего времени и пространства.

Реализация бережливых практик начинается с участия среднего медицинского персонала в детальном картировании потоков создания ценности. Это позволяет выявить узкие места и понять, какие действия действительно приносят положительный эффект пациенту, а какие являются вспомогательными, не создающими добавленную ценность. Такой подход способствует формированию у специалистов понимания своих ключевых функций и ответственности за конечный результат.

Практические инструменты включают регулярное использование метода стояния в кругу – группового обсуждения и анализа рабочих процессов непосредственно на месте выполнения, что помогает опе-

ративно выявлять проблемы и генерировать предложения по их устранению. Параллельно внедрение метода 5С позволяет поддерживать организованное и стандартизированное рабочее пространство, что снижает время поиска материалов и уменьшает вероятность ошибок при выполнении процедур [4].

Контроль целевой нагрузки является важным элементом бережливого производства. Распределение времени и задач должно быть сбалансировано таким образом, чтобы избежать перегрузок и обеспечить устойчивый ритм работы, что повышает качество обслуживания и снижает уровень профессионального выгорания. Создание эргономичных условий труда и систематическое обслуживание оборудования поддерживают работоспособность инфраструктуры и способствуют длительной сохранности ресурсов.

Для закрепления изменений рекомендуется использовать поэтапный алгоритм внедрения бережливого производства, включающий постоянное совершенствование процессов и вовлечение всего коллектива. Обучение и мотивация медицинских сестер и других средних специалистов создаёт атмосферу ответственности и способствует формированию культуры качества, что существенно повышает эффективность организации работы и удовлетворенность пациентов.

Нормативная поддержка и финансовые стимулы от Министерства здравоохранения обеспечивают дополнительный импульс для внедрения бережливых технологий и создания безопасных, комфортных условий труда в амбулаторных учреждениях. Опыт пилотных проектов показывает, что комплексный и системный подход к бережливости способен трансформировать работу первичного звена, существенно улучшая показатели доступности и качества медицинской помощи.

Корректное применение представленных рекомендаций открывает перспективы устойчивого развития системы здравоохранения. Оно способствует не только модернизации процессов и рационализации ресурсов, но и формированию профессионального сообщества, ориентированного на постоянное улучшение и инновации. В конечном итоге это ведет к укреплению доверия пациентов, снижению издержек и повышению социальной значимости первичной медицинской помощи как базового звена системы здравоохранения.

Список литературы

1. Бойков В.А., Технологии бережливого производства в совершенствовании амбулаторной медицинской помощи / С.В. Барановская И.А. Деев, О.С. Кобякова – Томск: Учебное пособие, 2021 – 94 с.
2. Вейдер, М.Т. Инструменты бережливого производства. Карманное руководство по практике применения Lean. / М.Т. Вейдер. – Москва : Альпина Паблишер, 2022. – 160 с. Текст: непосредственный.
3. Вумек, Д.П. Бережливое производство. Как избавиться от потерь и добиться процветания вашей компании / Д.П. Вумек, Д.Т. Джонс; пер. с англ. С. Турко. – Москва : Альпина Паблишер, 2021. – 472 с. Текст : непосредственный.
4. Дьяченко Т.С., Основы бережливого производства в медицине / Т.С. Дьяченко. – ВолГМУ: учебно-методическое пособие к практическим занятиям, 2019. – 48с. Текст: непосредственный.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЕТЕРАНОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ «РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №5»

Паршина Светлана Дмитриевна
ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №5»
г. Саранск, Россия

Одна из важнейших задач на сегодня – максимально возможное восстановление здоровья ветеранов специальной военной операции.

В Республике Мордовия для участников специальной военной операции и членов их семей организована комплексная, адресная система медицинской помощи, в том числе реабилитации. Медицинская помощь оказывается в первоочередном порядке всеми медицинскими организациями республики.

С целью улучшения доступности и качества проведения диспансеризации ветеранов боевых действий – участников специальной военной операции, проживающих в Республике Мордовия, приказом Министерства здравоохранения определена «якорная» меди-

цинская организация, которой стала ГБУЗ Республики Мордовия Республиканская клиническая больница №5» Поликлиника №3.

Поликлиника оснащена современным, в том числе высокотехнологичным медицинским оборудованием (магнитно-резонансный томограф, компьютерный томограф, электронные цифровые видеоэндоскопические системы, цифровые рентген и маммограф, аппараты УЗИ с возможностью проведения тонкоигольной биопсии под контролем ультразвука), что позволяет в течение одного дня провести I и II этапы диспансеризации, выставить достоверный диагноз, решить задачи по раннему выявлению заболеваний, начать своевременное лечение. В отделение реабилитации и восстановительного лечения с залом ЛФК, физиотерапевтических и массажных кабинетах, дневном стационаре в амбулаторных условиях провести реабилитацию. Медицинские работники обучены необходимым коммуникациям при общении и оказании медицинской помощи участникам СВО и членам их семей.

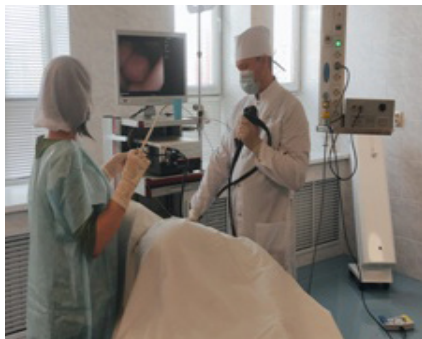


Рисунок 1

Так же, ветеран специальной военной операции вправе выбрать любую медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь для прохождения диспансеризации. В случае невозможности прибытия ветеранов специальной военной операции в медицинскую организацию организуется выезд медицинской бригады на дом, оснащенной необходимыми

медицинскими изделиями для проведения соответствующих обследований.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 13 января 2026г. № 7 «О проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации ветеранов специальной военной операции в 2026 году» утвержден график проведения диспансеризации ветеранов СВО. Списки ветеранов СВО сформированы по районам.

Ежемесячно в соответствии с утвержденным графиком ветераны из г. о. Саранск и районов Республики при взаимодействии с социаль-

ными координаторами Фонда «Защитники Отечества» к установленному времени доставляются в поликлинику для прохождения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров в «якорную» медицинскую организацию.

С 8:00 до 9:00 доставляются ветераны СВО из г.о. Саранск, с 9:00 до 10:00 из ближайших районов Республики Мордовия, с 10:00 до 11:00 из дальних районов Республики Мордовия.

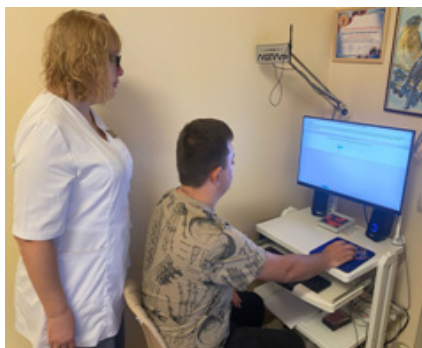


Рисунок 2

Ветераны проходят все необходимые обследования и осмотры врачей-специалистов без ожидания, в специально выделенных кабинетах на одном этаже. В расписании врачей-специалистов в день проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации ветеранов оставляются окна «зелёный коридор». Анализы, инструментальная диагностика и осмотры проводятся максимально быстро,

за несколько часов. Пациентов на всём пути следования маршрута сопровождают сотрудники поликлиники и при необходимости привлекаются дополнительные медицинские ресурсы.

Проводятся по расширенному перечню: биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, липидный спектр, мочевины, креатинин), скрининговое исследование на антитела к гепатиту В и С; осмотры врачей-специалистов: хирурга или травматолога, оториноларинголога, офтальмолога, невролога, уролога или гинеколога, врача-терапевта. При наличии показаний направляются к ревматологу, гастроэнтерологу и врачу-инфекционисту.) Применяется комплексный подход: врачи учитывают специфику полученных травм, ранений и акустических нагруз-



Рисунок 3

зок. При наличии показаний ветераны направляются на обследования и консультации специалистов вне рамок диспансеризации, которые проводятся в течение одного-двух дней (УЗИ, КТ, МРТ, эндоскопические исследования). В программу прохождения диспансеризации включена консультация сурдолога в ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница» по медицинским показаниям.

Также в рамках проведения диспансеризации ветеранов СВО предусмотрена обязательная консультация медицинского психолога на предмет выраженности признаков тревожно-депрессивных, посттравматических стрессовых расстройств. При наличии показаний проводится коррекция стрессового и психоэмоционального состояния с применением аудиовизуального комплекса и других методик в кабинете психолога. При необходимости пациент направляется на консультацию к врачам психиатру или наркологу республиканских диспансеров.

В ходе профилактического осмотра и диспансеризации назначаются необходимые лечебные, реабилитационные или профилактические мероприятия.

По результатам проведенной диспансеризации врач-терапевт медицинской профилактики изучает результаты обследований и осмотров специалистов, определяет группу здоровья, составляет индивидуальный план, ставит на диспансерный учет, направляет при наличии показаний на реабилитацию, в том числе на санаторно – курортное лечение.

В случае отсутствия реабилитационного потенциала участникам СВО и членам их семей оказывается паллиативная медицинская помощь. В нашей больнице такая помощь оказывается сотрудниками кабинета паллиативной медицинской помощи. При наличии показаний пациенты направляются в паллиативное отделение больниц республики.

Основная задача расширенного профилактического осмотра и диспансеризации ветеранов СВО - полностью определить состояние здоровья ветерана и составить карту его медицинского сопровождения.

Список литературы

1. Правительство Российской Федерации. О Программе государственных гарантий бесплатного здравоохранения / Правительство РФ. – не указана, 2025.

2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Об утверждении Порядка проведения медицинской экспертизы и выдачи разрешений на занятие определёнными профессиями или деятельностью / МЗ РФ. – не указана, 2021 (ред. от 19.07.2024).

3. Российский национальный библиографический центр. Электронная библиотека [Электронный ресурс] / РНБЦ. – не указана, не указан. – доступ по адресу: <https://elibrary.ru/>

ОРГАНИЗАЦИЯ МОНИТОРИНГА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Петренко Елена Владимировна

ГУЗ «Чернышевская центральная районная больница»

п. Чернышевск, Забайкальский край, Россия

Качество и безопасность медицинской помощи являются приоритетными направлениями деятельности медицинских организаций. Существенную роль в обеспечении данных показателей играет сестринский персонал, так как именно медицинские сёстры непосредственно участвуют в уходе за пациентами, выполнении медицинских манипуляций, организации безопасной больничной среды и обеспечении преемственности медицинской помощи.

В связи с этим актуальной задачей является организация системного мониторинга качества и безопасности деятельности сестринского персонала, направленного на выявление дефектов, профилактику рисков и повышение уровня оказываемой медицинской помощи.

Основными целями мониторинга качества и безопасности сестринской деятельности являются:

- получение объективной информации о дефектах при оказании сестринской помощи;

- подготовка рекомендаций по устранению выявленных нарушений и контроль их выполнения;

- профилактика рисков возникновения дефектов в работе медицинского персонала;
- повышение качества и безопасности оказания медицинской помощи пациентам.

Этапы организации мониторинга:

Разработка локальных нормативных документов

Первым этапом является разработка и внедрение локальных нормативных актов: приказов, алгоритмов, стандартных операционных процедур (СОП), инструкций по ключевым направлениям сестринской деятельности, включая: лекарственную безопасность и фармацевтический порядок; инфекционную безопасность; обеспечение безопасной больничной среды, профилактику падений и пролежней; организацию оказания неотложной помощи; технику выполнения сестринских манипуляций; идентификацию пациента; преемственность медицинской помощи и передачу клинической ответственности; эффективную коммуникацию с пациентами и их родственниками.

Разработанные документы обеспечивают единый подход к выполнению сестринских вмешательств и способствуют снижению вариативности в практике. Для разработки локальных документов создана рабочая группа, в которую вошли главная медсестра, старшие медицинские сестры, члены совета сестер по сестринскому делу, медицинские сестры, имеющие высшую квалификационную категорию и опыт работы по специальностям.

2. Обучение и оценка знаний медицинского персонала

После утверждения локальных нормативных документов проводится обязательное ознакомление медицинского персонала с оформлением листов ознакомления.

Обучение специалистов осуществляется: на общебольничных конференциях; внутри отделений; непосредственно на рабочих местах.

Особое внимание уделяется практическому применению алгоритмов, СОП и инструкций. Для оценки эффективности обучения проводится контроль знаний медицинского персонала в форме тестирования, устных опросов и демонстраций практических навыков.

3. Организация внутреннего мониторинга

Мониторинг проводится ежедневно старшей медицинской сестрой отделения, с количественной оценкой выявленных случаев на-

рушений по разработанным критериям; согласно графика аудитов - главной медицинской сестрой; согласно плана перекрестных проверок между отделениями - рабочей группой.

Также ежеквартально проводятся перекрестные проверки между медицинскими организациями Забайкальского края.

Для повышения качества контроля деятельности сестринского персонала:

- составлен и утвержден главным врачом план проверок.
- разработаны и внедрены в работу чек-листы по основным направлениям: безопасная больничная среда; лекарственная безопасность; эпидемиологическая безопасность; выполнение сестринских манипуляций.

При проведении аудитов оцениваются: организация питания пациентов; качество сестринского ухода; профилактика падений и пролежней; соблюдение алгоритмов и СОП; уровень знаний специалистов; качество ведения медицинской документации; соблюдение преемственности медицинской помощи; соблюдение речевых модулей при общении с пациентами.

4. Оценка качества сестринской деятельности

Оценка качества проводится на основании: анализа анкетирования пациентов; оценки знаний медицинского персонала: при проведении экзамена на профессиональную компетентность; при проведении внутренних и внешних аудитов и индивидуально при выявленных дефектах в работе; анализа итогов мониторинга и результатов аудитов; выявления нарушений и несоответствий; анализа действующих локальных нормативных документов.

На основании полученных данных оформляется экспертная карта на каждого специалиста, отделения в целом. Определяются ранговые места. При выявлении дефектов в работе составляется план корректирующих мероприятий с определением сроков устранения и ответственных лиц.

5. Результаты внедрения системы мониторинга

Внедрение системы мониторинга, включающей стандарты сестринского ухода, алгоритмы манипуляций и унифицированные формы документации, способствует:

- повышению качества и безопасности медицинской помощи, снижению количества жалоб и осложнений;

- повышению удовлетворённости пациентов за счёт оценки деятельности сестринской службы и каждой медицинской сестры;
- своевременному выявлению дефектов в работе и их эффективному устранению;
- оптимизации работы медицинских сестёр, сокращению неоправданных затрат времени и ресурсов, обеспечению преемственности медицинской помощи;
- упрощению контроля и проведения аудитов благодаря стандартизации документов.

Важно отметить, что система мониторинга используется не как инструмент поиска и наказания виновных, а как механизм непрерывного совершенствования лечебно-диагностического процесса на основе вовлечения максимального числа сотрудников. Организация мониторинга оценки качества и безопасности деятельности сестринского персонала является эффективным управленческим инструментом, позволяющим системно повышать уровень медицинской помощи, безопасность пациентов и профессиональную ответственность медицинских сестёр. Комплексный подход, включающий нормативное регулирование, обучение персонала, внутренний аудит и анализ результатов, обеспечивает устойчивое улучшение качества сестринской деятельности.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ УЧАСТИЯ СРЕДНЕГО ПЕРСОНАЛА В «ШКОЛЕ ПСОРИАЗА И ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ»

Петрунина Светлана Анатольевна, Серодеев Лионар Айдарович,
Кувшинова Нина Евгеньевна

Государственное автономное учреждение здравоохранения
«Республиканский клинический кожно-венерологический
диспансер

Министерства здравоохранения Республики Татарстан имени
профессора А.Г.Ге
г. Казань, Россия

За последние 5 лет в Республике Татарстан, как и в Российской Федерации отмечается рост распространенности дерматозов (+5%).

Из общей зарегистрированной заболеваемости населения РТ по отдельным классам болезней следует, что на псориаз 8,7%. Псориаз является тяжелым хроническим дерматозом, обладающим системным влиянием на организм и широко распространенным в популяции. Особую остроту проблеме придает тот факт, что в большинстве случаев страдают пациенты в возрасте 30-40 лет. Распространенность псориаза в республике Татарстан составляет 357,3 случаев на 100 тысяч населения в год, за последний год темп прироста составил 7,0%. На учете с псориазом состоит 14363 граждан. Современное течение псориаза приводит к быстрой инвалидизации и психосоциальной дезадаптации, значительному снижению качества жизни сопоставимого с таковым у пациентов с сахарным диабетом, хроническими заболеваниями органов дыхания, ишемической болезнью сердца.

На протяжении 10 лет в Республиканском клиническом кожно-венерологическом диспансере г.Казани работает «Школа псориаза и хронических дерматозов» (далее Школа), где занятия для пациентов проводят кандидаты медицинских наук, врачи-дерматовенерологи, ревматологи, психологи, гастроэнтерологи и нутрициологи. В работе Школы так же принимает участие медицинский брат палатный стационарного отделения № 2, который имеет высшее образование по направлению подготовки «Специальное (дефектологическое) образование с профилем: Специальная психология».

Основная цель Школы - улучшение качества жизни пациентов с псориазом и хроническими дерматозами.

Задачи обучения в Школе:

- повышение информированности пациента относительно его заболевания и факторов риска его развития и прогрессирования;
- повышение ответственности пациента за сохранение своего здоровья;
- формирование рационального и активного отношения к заболеванию и мотивации к оздоровлению;
- обучение навыкам и умению по самоконтролю за состоянием здоровья, анализу причин и факторов, влияющих на индивидуальное здоровье;
- обучение практическим навыкам по оказанию самопомощи в случае обострений и острых эпизодов болезни;

- формирование навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих факторов риска.

Методика обучения в Школе включает обсуждение актуальных вопросов по псориазу, о причинах, провоцирующих обострение псориаза и профилактике обострений, когда стоит пересмотреть образ жизни, исключить вредные привычки, уделить внимание лечению хронических заболеваний других органов, скорректировать питание, включить в ежедневный распорядок прогулки на свежем воздухе и умеренную физическую нагрузку. Процесс обучения распространяется и на членов семей пациента. Обучение проводится анонимно, персонально и в группах пациентов ежемесячно на безвозмездной основе.

Необходимо отметить, что частота сочетания псориаза и психических расстройств (тревога, страх, зуд и боли, внешний вид) достаточно высока и по данным исследований колеблется в пределах 30-40%. По данным различных авторов, депрессии у больных псориазом встречаются от 24 до 58% случаев. Психические расстройства, ассоциированные с псориазом, по большей части носят нозогенный характер и обусловлены психотравмирующим воздействием кожного заболевания, связанным с субъективно тяжелыми проявлениями болезни, его косметической значимостью, ограничениями, налагаемыми кожными страданиями на бытовую и профессиональную деятельность. У пациентов с псориазом наблюдается выраженное снижение качества жизни за счет проблем в коммуникативной, профессиональной и сексуальной сферах, что коррелирует с тяжестью процесса [1].

В Школе псориаза проходят тренинги, в ходе которых обсуждаются проявившиеся внутриличностные и межличностные конфликты на фоне возникшего заболевания. Пациенты данной школы проходят тестирование, опросы, арт-терапию, вступают в дискуссию. На каждой встрече с пациентами проводится диагностика, в которой выявляются различные травмирующие аспекты их жизни, отношение к своему заболеванию, способу его принятия. Сама Школа, с психологической точки зрения, является связующим звеном, где люди, имеющие хронические дерматозы, могут узнать, что они не единственные кто имеет подобный недуг, где можно поделиться своим опытом и переживаниями, и получить полезный совет.

На протяжении многих лет Школа псориаза доказала не только свою эффективность в плане клинических результатов. Было уста-

новлено, что в ходе многочисленных посещений, пациенты Школы не только улучшали состояние своего здоровья, но и качественно меняли свою жизнь к лучшему.

Список литературы

1. Акад. РАМН, проф. Смулевич А.Б., к.м.н., доц. Дороженко И.Ю., д.м.н., проф. Иванов О.Л., к.м.н., доц. Львов А.Н. Проблемы психодерматологии: современные аспекты <https://www.rlsnet.ru/library/articles/dermatologiya/problemu-psixodermatologii-sovremennye-aspekty-41>

ВАЖНОСТЬ ПАЦИЕНТОЦЕНТРИЧНОГО ПОДХОДА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Пляскина Виктория Ильинична

ГУЗ «Забайкальский краевой онкологический диспансер»

г. Чита, Россия

Пациентоцентричный подход в отделении детской онкологии ГУЗ «Забайкальский краевой онкологический диспансер» фокусируется на признании ребенка не просто как объекта медицинского вмешательства, а как активного участника лечебного процесса.

В основе лежит идея учета индивидуальных потребностей, эмоциональных и психологических особенностей каждого пациента, что требует комплексного ведения ухода за детьми, страдающими онкологическими заболеваниями.

Одной из ключевых проблем современной детской онкологии является недостаточное внимание к внутренним переживаниям ребенка и его восприятию болезни. Заболевание для ребенка – это не только физиологические изменения, но и сложный эмоционально-психологический опыт, который формирует его понимание здоровья, страха, надежды и безопасности.

Комфортное окружение и правильная организация ухода являются неотъемлемой частью успешного лечения детей с онкологией. Медицинская помощь организуется на нескольких уровнях, начиная с амбулаторного приема и профилактики, продолжая дневным стационаром и завершая круглосуточным наблюдением и лечением в нашем

отделении. Такой дифференцированный подход позволяет подбирать оптимальные условия в зависимости от тяжести состояния ребенка и стадии лечения, что снижает стресс и улучшает адаптацию к терапии.

Организация ухода и условий пребывания пациентов в стационаре.

В детском онкологическом отделении предусмотрены комфортные условия пребывания, максимально приближенные к домашней обстановке, что способствует сохранению психологического равновесия ребенка. Для совместного пребывания с родителями организованы отдельные палаты, оборудованные всем необходимым для удобства семьи и увеличения эмоциональной поддержки. Этот фактор помогает смягчить чувство изоляции и повысить уровень безопасности маленьких пациентов, что важно для снижения тревожности и повышения восприимчивости к лечению.

Комфорт и безопасность пациентов поддерживаются также через обеспечение санитарно-гигиенических условий и минимизацию инфекционных рисков.

Современные стандарты предусматривают строгий контроль за состоянием помещений, использование современных стерилизационных технологий и индивидуальное оснащение палат. Это критично важно в онкологии, где иммунитет детей часто снижен из-за терапии.

Инфраструктура детского отделения включает игровую комнату, учебный класс, кабинет психолога, это пространство направлено на поддержание активности ребенка и нормализацию режима, что благотворно влияет на физиологическое и психологическое состояние [4].

В отделении работает мультидисциплинарная команда специалистов: врачи, медицинские сестры, медицинский психолог, воспитатели и педагоги, объединяющие усилия для обеспечения комплексного ухода и лечения.

Особое внимание уделяется процессу норм, ценностей и моделей поведения, формирующихся в условиях стационара. Важным аспектом становится социальное окружение ребенка: медицинский персонал, родители и сверстники. Их отношение, стили коммуникации и модели взаимодействия оказывают значительное влияние на развитие адаптивных стратегий ребенка, способствуют формированию доверительных отношений и улучшению общего самочувствия в период терапии.

Межличностные отношения внутри лечебно-диагностического процесса занимают центральное место в структуре пациентоцентричного ухода [1].

2. Психологическая поддержка детей во время лечения.

Психологическую поддержку в нашем стационаре создает медицинский психолог, это играет важную роль в сохранении эмоционального равновесия ребенка во время лечения. Для детей с онкологическими заболеваниями особое значение имеет адаптация к изменившимся условиям, снижение тревожности и преодоление страха, связанного с процедурой и обстановкой стационара. Основной задачей психологической помощи является построение доверительных отношений, которые позволяют ребенку почувствовать себя услышанным и защищенным, а также способствуют формированию ощущения контроля над ситуацией.

Информирование ребенка о диагнозе и ходе лечения представляет собой сложный процесс, требующий деликатного подхода.

Наши пациенты информацию получают от лечащего врача в присутствии родителей, учитывая возраст и желание ребенка знать подробности. Такой совместный подход позволяет снижать тревожность и препятствует формированию пугающих образов болезни.

Особое место занимает коммуникация на языке ребенка с применением игровых технологий, обучающих мультиков, буклетов и других визуальных материалов [2,3].



Рисунок 1. Индивидуальные занятия

Игровая деятельность не только отвлекает и поддерживает позитивный настрой, но и помогает ребенку осознать то, что с ним происходит, без вреда для психики. При этом важно уважать эмоциональные потребности ребенка: прежде чем давать информацию, необходимо выяснить, хочет ли он ее получать, и в какой форме. Такой подход помогает минимизировать возможные травмы и сохранять психологический комфорт.

Эмоции родителей играют значительную роль в эмоциональном состоянии ребенка. Часто тревога и страх родителей усиливают у детей чувство безысходности. Поэтому психологическая поддержка направлена не только на ребенка, но и на его семью в целом.

Медицинский психолог помогает родителям управлять собственными переживаниями, создавать в семье атмосферу спокойствия и поддержки, что положительно отражается на адаптации ребенка к лечению.

Для сохранения стабильности важно поддерживать максимально привычный распорядок жизни ребенка, включающий регулярные занятия, игру и общение.

Подарки и развлечения, хотя и приятны, не заменяют реальную эмоциональную поддержку и возможности для преодоления стресса. Медицинский персонал детского отделения применяет индивидуальный подход, учитывая возрастные и психологические характеристики ребенка, что способствует не только более эффективному лечению, но и снижению стресса во время сложных процедур. Такой подход требует внедрения инновационных технологий, которые облегчают проведение медицинских манипуляций и повышают комфорт детей, создавая пространства для выражения его мнения и беспокойности.

В таких условиях ребенок учится понимать и принимать собственное состояние, что снижает тревожность и способствует более эффективному сотрудничеству в процессе лечения.

Одним из современных инструментов, активно применяемых в рамках пациентоцентричного подхода, является веновизор – устройство для визуализации вен. Использование веновизора в детской онкологии значительно повышает комфорт и безопасность пациентов. Этот прибор позволяет визуализировать вены даже у малышей с труднодоступными сосудами, снижая количество неудачных попыток венопункции. Работа с веновизором требует от медицинского персонала

навыков точного позиционирования и правильного выбора оптимального сосуда, что минимизирует дискомфорт и стресс у ребёнка. Такой подход способствует укреплению доверия между пациентом и медицинской сестрой, улучшая качество лечения и общее психологическое состояние маленьких пациентов.



Рисунок 2. Аппарат визуализации вен «Веновизор»

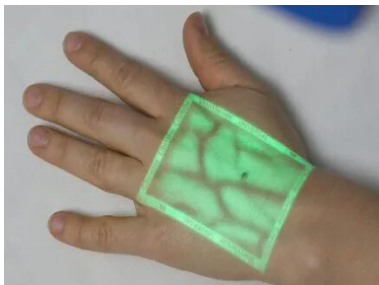


Рисунок 3. Устройство помогает точно определить расположение сосудов, их глубину и направление

Современная микроинфузионная помпа - эластомерное устройство: лекарство подается за счет равномерного давления внутри калиброванного резервуара.

Использование помпы повышает комфорт ребенка и улучшает качество лечения, поддерживая пациентоцентричную модель ухода.



Рисунок 4. Микроинфузионная помпа

Для применяемого препарата Блинатумомаб (Блинцито) важно непрерывное введение, что принципиально меняет фармакокинетику. Постоянная инфузия обеспечивает стабильную концентрацию препарата в крови, исключая пиковые значения, ответственные за острую токсичность и провалы, снижающие эффективность.

Таким образом, пациентоцентричный подход в детской онкологии требует интеграции медицинских, психологических, социальных и этических компонентов. Данный подход формирует достижения конечных целей лечения: не только излечение или продолжение жизни, но и сохранение ее качества, социальное реинтеграция ребенка после преодоления болезни.

Список литературы

1. Амлаев К., Гевандова М. Сотрудничество врача и пациентов в детской онкологии Журнал Врач. 2016.
2. Если у вашего ребёнка рак. Психологическая помощь... [Электронный ресурс]
3. Семья и онко-больной ребенок | В17.ru – Сайт психологов [Электронный ресурс]
4. Цейтлин Г.Я., Сидоренко Л.В., Володин Н.Н., Румянцев А.Г. Организация медицинской и психолого-социальной реабилитации детей и подростков с онкологическими и гематологическими заболеваниями // Российский журнал детской гематологии и онкологии. 2014.

5. Цейтлин Григорий Янкелевич, Гусева М.А., Антонов А.И., Румянцев А.Г. Медико-социальные проблемы семей, имеющих ребенка с онкологическим 28 заболеванием, и пути их решения в практике детской онкологии // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2017. №2.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО СЕСТРИНСКОГО ПРИЁМА В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ НО «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №50» Г. НИЖНЕГО НОВГОРОДА)

Поклад Людмила Александровна¹

Дюютова Марина Станиславовна²

¹ГАОУ ДПО Нижегородской области «Центр повышения
квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
здравоохранения»

г. Нижний Новгород, Россия

²ГБУЗ Нижегородской области «Городская поликлиника № 50
Приокского района г. Н.Новгорода»

г. Нижний Новгород, Россия

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской федерации от 14 апреля 2025 г. № 202н «Об утверждении положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» в поликлинике внедрены технологии, направленные на рациональное использование времени пациента и медицинского работника, как нового этапа развития первичной медико-санитарной помощи.

Современный подход к организации медицинской помощи, при котором медицинская сестра ведет прием пациентов без непосредственного участия врача, способствует повышению доступности медицинской помощи, более рациональному использованию медицинских кадров, распределению потоков пациентов.

Согласно приложения 4 вышеуказанного приказа в ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 50» создано структурное подразделение – кабинет доврачебной помощи, где одной из форм работы является организация самостоятельного сестринского приема.

Целью которого является:

- сокращение времени ожидания пациентов к врачу;
- увеличение пропускной способности пациентов;
- рост охвата пациентов, прошедших профилактические мероприятия;
- повышение эффективности диспансерного наблюдения и организации работы с «группами риска».

В итоге растет уровень доверия к медицинской сестре и престижа профессии.

Перед администрацией поликлиники в лице заместителя главного врача по медицинской части Л.В. Буйских и главной медицинской сестры Н.А. Обьедалиной возникла задача по изучению структуры и объема самостоятельной работы медицинской сестры в рамках реализации данного проекта.

В исследовании участвовали 19 медицинских сестер соответствующего профиля:

- медицинские сестры участковые – 7,
- медицинские сестры сестринского поста – 2,
- медицинские сестры отделения профилактики – 2,
- медицинские сестры хирургического кабинета – 1,
- медицинские сестры травматологического пункта – 4,
- медицинские сестры кардиологического кабинета – 1,
- медицинские сестры эндокринологического кабинета – 1,
- медицинские сестры кабинета ревматолога – 1.

Разработан статистический словарь видов деятельности и трудовых операций медицинских сестер на самостоятельном амбулаторном приеме (согласно словарю видов деятельности и трудовых операций медицинских сестер самостоятельного амбулаторного приема взрослой поликлиники по Шиповой В.М. с авторской модификацией).

В представленной таблице отражены количественные показатели трудовых операций по основным видам деятельности медицинских сестер за 10 рабочих дней. Около 80 % всей нагрузки выполняют участковые медицинские сестры – 4098 трудовых операций, медицинские сестры отделений профилактики – 638 трудовых операций и медицинские сестры сестринского поста – 610 трудовых операций. Менее загруженными оказались медицинские сестры травматологического пункта - 364 трудовых операций, медицинские сестры каби-

нета ревматолога – 234 трудовых операций, и медицинские сестры кабинета кардиолога – 226 трудовых операций.

Таблица 1

Структура самостоятельной работы медицинских сестер

Виды деятельности	Профиль деятельности								
	участковая медсестра	Сестринский пост	Отделение профилактики	Хирургический кабинет	Кардиологический кабинет	Травмпункт	Эндокринологический кабинет	Кабинет ревматолога	итого
Беседа с пациентом (с законным представителем)	196	86	96	88	32	42	36	16	592
Манипуляции	2244	264	334	74	36	92	64	56	3164
Работа с документацией	836	110	106	58	62	58	142	80	1452
Наблюдение за диспансерными группами	224	16	14	12	22		58	8	354
Оформление документации	388	96	74	68	46	88	104	46	910
Вспомогательная деятельность	210	38	14	74	28	84	28	28	504
Итого	4098	610	638	374	226	364	432	234	6976

Из вышесказанного следует, что:

1. Заполнение анкет, индивидуального добровольного согласия и других личных данных необходимо осуществлять с использованием внешних информационных систем, интегрированных с «Госключ» компаний и госучреждений.

2. Доврачебный приём и самостоятельный приём медицинской сестры должен иметь предварительную запись в электронной регистратуре.

Список литературы:

1. Приказ Минздрава России от 14.04.2025 г. №202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»
2. Шипова М.В. Методические рекомендации по организации нормирования труда в здравоохранении / Шипова В.М., Елдашева С.А., Абаев З.М., Логина Н.Ю. // РАМН. ГУЦНИИОЗ. Москва.2004. 45 с.

ЛУЧШАЯ ПРАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРОДОЛЖАЕТ СВОЮ УСПЕШНУЮ РЕАЛИЗАЦИЮ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Пономарева Татьяна Михайловна
ГБУЗ «Краевая больница №4»
г.Краснокаменск, Забайкальский край, Россия

Догоспитальный тромболизис - представляет собой важный этап в оказании первичной медицинской помощи при острых сосудистых заболеваниях, особенно при острых коронарных синдромах. Сердечно-сосудистые катастрофы (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда) особенно опасны из-за своего внезапного начала, что часто сопровождается развитием жизненно опасных осложнений. Поэтому необходимо в кратчайшие сроки начать высококвалифицированное лечение. Основная задача в проведении догоспитального тромболизиса заключается в применении тромболитических препаратов с целью растворения тромбов до поступления пациента в стационар, что существенно снижает риск необратимых последствий, в том числе летальных, и улучшает исход заболевания в целом.

В рамках реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» по оказанию квалифицированной помощи на догоспитальном этапе в Забайкальском крае с 2017 года успешно реализуются региональные проекты:

- «Телемедицина» Приказ Министерства здравоохранения Забайкальского края №147 от 06.04.2017года;
- «Интернет на каждый ФАП» Распоряжение Министерства здравоохранения Забайкальского края №1220 от 06.10.2017г.;
- «ТелеЭКГ» Распоряжение МЗ ЗК №481 от 27.04.2017г.

Куратором проектов является Забайкальская общественная организация «Профессиональные медицинские специалисты», возглавляет которую главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Министерства здравоохранения Забайкальского края, Президент ассоциации Валентина Александровна Вишнякова.

С целью успешной реализации данных проектов на базе офиса профессиональной ассоциации были организованы курсы повышения уровня знаний для средних медицинских работников оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Особое внимание было уделено фельдшерам районных больниц и фельдшерско-акушерских пунктов, которые работают отдаленно от центральных больниц и сосудистых центров, самостоятельно обслуживающих вызова.

Обучение организовано дистанционно, в онлайн-режиме, по видеоконференцсвязи по циклам оказания догоспитальной помощи пациентам с острым коронарным синдромом. Обучение проводят ведущие специалисты, кардиологи Забайкальского края. Доступная и наглядная информация с симуляционным обучением и мастер-классами позволяют охватить максимальное количество специалистов в районах.

Все семинары и мастер-классы имеют аккредитацию на портале непрерывного медицинского образования. Все участники обучающих мероприятий получают зачетные единицы в НМО. Аккредитацией данных мероприятий занимается профессиональный комитет инновационного профессионального развития.

Обучение специалистов включает в себя следующие этапы:

1. Теоретический блок – лекции по тактике ведения больных с острым коронарным синдромом;
2. Практический блок – решение ситуационных задач (интерпретация электрокардиограмм, постановка диагноза, назначение лекарственной терапии);
3. Симуляционный блок - мастер-классы с наглядно-демонстрационным проведением техники снятия ЭКГ, проведения БСЛР, проведение ТЛТ.

Одним из важных этапов подготовки является симуляционный блок с отработкой навыков. Для данного этапа общественной организацией были приобретены муляжи «Александр» и подарены в меди-

цинские организации районов края. На своих рабочих местах медицинские работники отрабатывают полученные знания по проведению тромболитической терапии и по базовой сердечно-легочной реанимации. Данный этап обучения способствует уверенному владению, отработанному до автоматизма, навыками реанимации.

Для закрепления материала пройденного обучения Профессиональной организацией «ПрофМедСпец» проводится рассылка методической литературы, СОПов, чек-листов и презентаций для самостоятельного изучения. Регистрация на портале НМО позволила сформировать банк данных адресов электронной почты. Специалисты ежемесячно получают материал и осваивают его на рабочих местах.

Благодаря огромной проделанной работе по повышению уровня знаний наших специалистов результат не заставил себя ждать. Постепенно показатели проведения эффективной тромболитической терапии стали увеличиваться. Сначала фельдшеры боялись выполнять данную процедуру, но постоянное обучение, наработка опыта стало отправной точкой в приобретении уверенности и мастерства специалистов.

Результатами данного обучения стало стабильное увеличение количества проведения догоспитального тромболизиса. Мониторинг показателей ведется ежемесячно, вот уже на протяжении 8 лет.

Таблица 1

Мониторинг проведения тромболизисов

Год	Один фельдшер	Фельдшер и фельдшер	Врач и фельдшер	итого
2018г.	31	9	47	87
2019г.	61	23	60	144
2020г.	71	11	32	114
2021 г	42	25	40	107
2022г.	94	23	13	130
2023г.	100	23	9	132
2024г.	84	28	13	125
2025г.	148	30	17	191
Итого:	631	172	231	1030

Значительно лидирует показатель количества проведенных тромболитических терапий бригадой в составе одного фельдшера. Цели,

которые были поставлены по итогам обучения, достигнуты. Ведь мы понимаем, что кадровый дефицит врачей и фельдшеров наблюдается повсеместно, особенно в сельской местности. Опытный фельдшер, который может самостоятельно принять решение, оказать высококвалифицированную догоспитальную помощь и провести успешную тромболитическую терапию – дорогого стоит!

Благодаря полученным знаниям специалисты уверены в своих силах и возможностях. Фельдшеры чётко соблюдают протоколы ведения пациентов с ОКС на догоспитальном этапе и проводят успешную тромболитическую терапию. Знания, которые они получили, смело применяются на практике. Мы очень гордимся данными результатами, как говорится «Предупрежден – значит вооружен!». Наши специалисты «вооружены» полученным опытом, своевременно начинают терапию и получают эффективный результат. Пациенты без серьезных осложнений доставляются в стационар с благоприятным исходом.

Фельдшеры, которые самостоятельно провели тромболизис на догоспитальном этапе, поощряются поездками на Всероссийские научно-практические конференции в г.Москву, г.Санкт-Петербург, г.Пензу, г.Уфу, г.Кемерово и Новосибирск за счет средств Профессиональной организации «ПрофМедСпец». Неоценимый опыт специалисты приобретают на данных мероприятиях, профессионально развиваются и делятся своим пройденным практическим путем. А нам есть чем поделиться!

В мае 2023 г. в рамках Всероссийской научно-практической конференции «Непрерывное профессиональное развитие на практике», организованной ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты» совместно с Министерством здравоохранения Забайкальского края, фельдшер скорой медицинской помощи ГАУЗ «Краевая больница №4» г.Краснокаменска Пономарева Татьяна Михайловна провела мастер-класс на тему «Актуальные вопросы в оказании скорой медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом. Проведение догоспитального тромболизиса». Местом проведения мастер-класса был актовый зал Краевой клинической больницы г.Читы. Формат ведения мастер-класса был очным и включал в себя представление теоретического материала в виде презентаций и симуляционного показа с использованием манекена «Александр» и лечебно-диагностического оборудования (дефибриллятор, электрокардиограф

Кардиометр, аппарат ИВЛ). В завершении мастер-класса слушатели провели отработку полученных навыков самостоятельно.

Итогом проделанной работы стало максимально возможное участие слушателей, их количество составило 170 человек. На мастер-классе присутствовали представители с других уголков России: Улан-Удэ, Республики Тува, Челябинска. Также мероприятие посетили лучшие студенты Агинского медицинского колледжа вместе с преподавательским составом. Каждый слушатель прошел регистрацию и оставил положительный отзыв о данном мастер - классе.

В сентябре 2023 года в г. Москве прошла Всероссийская научно–практическая конференция с международным участием «Медицина катастроф–2023» совместно с Всероссийской научно–практической конференцией с международным участием «Первая помощь–2023». Делегация из Забайкальского края в составе старшего фельдшера Станции скорой медицинской помощи г. Читы Шемелиной Дарьи Владимировны (с докладом) и фельдшера СМП Шилкинской центральной районной больницы Габдуллиной Юлии Викторовны, которая была отобрана и направлена для участия в работе мероприятия, как специалист с лидерским количеством проведенных ТЛТ в 2023 году. На ее счету было проведено 5 тромболитических терапий. Дарья Владимировна представила доклад на тему «Применение дистанционных технологий в работе фельдшера выездной бригады ГБУЗ «ССМП» г. Читы», в котором осветила применение дистанционных технологий фельдшером выездной бригады ССМП г. Читы, взаимодействие с дистанционно–консультативным центром, представила практический опыт ССМП г. Читы.

В ноябре 2024 года в г. Кемерово состоялась Международная научно-практическая конференции «Развитие производительных сил Кузбасса: история, современный опыт, стратегия будущего», прошла секция «Здравоохранение. Сельская медицина, перспективы развития». Заместитель председателя Правительства Кузбасса Е.А. Воронина пригласила главного внештатного специалиста по управлению сестринской деятельностью Дальневосточного федерального округа, главного внештатного специалиста по управлению сестринской деятельностью Министерства Здравоохранения Забайкальского края, президента Забайкальской региональной организации «Профессиональные медицинские специалисты» Валентину

Александровну Вишнякову на столь значимое мероприятие, как организатора и куратора работы по реализации внедрения федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» на территории Забайкальского края, для трансляции успешного опыта работы. Обучение провели – заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом Белобородова Анастасия Анатольевна и фельдшеры скорой медицинской помощи Крупенникова Анастасия Валерьевна и Кузьмина Ольга Васильевна.

Опыт успешного внедрения данного проекта является лучшей практикой по результатам мониторинга проведения догоспитального тромболизиса при остром коронарном синдроме и имеет высокую оценку ведущих специалистов Министерства здравоохранения РФ.

Мы очень рады, что являемся членами одной мощной команды Профессиональной организации медицинских специалистов, преследующей одни цели и задачи. Желаем нашим пациентам здоровья и долгих лет жизни!

Список литературы

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» // Российская газета. – 2012. – № 295. – С. 45–52. (с изм., внесенными приказом Минздрава России от 22.02.2019 № 89н).

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 № 1413н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при эмболии и тромбозе артерий» // СПС «КонсультантПлюс». – URL: <https://www.consultant.ru> (дата обращения: 24.04.2026).

3. Мониторинг проведения тромболитических терапий на догоспитальном этапе в районах Забайкальского края за 2018–2025 гг. : статистический отчет. – [Б. м.] : [б. и.], 2025. – 45 с.

НАСТАВНИЧЕСТВО В МЕДИЦИНЕ. ФОРМЫ, МОДЕЛИ НАСТАВНИЧЕСТВА

Рыжова Яна Александровна

ГАУ ДПО Нижегородской области «Центр повышения
квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
здравоохранения»

г.Нижний Новгород, Россия

Школа наставничества появилась давно. Наставничество на современном этапе стало одним из приоритетов федеральной образовательной и кадровой политики нашего государства [1].

Наставничество в медицине - это процесс, при котором более опытный специалист (наставник) передаёт знания и профессиональные навыки менее опытным коллегам: врачам, пришедшим работать в клинику сразу после вуза, сотрудникам, вернувшимся после длительного перерыва, назначенным на новую должность, проходящим стажировку в медицинской организации, а также студентам на практике.

Цель наставничества - ускорение адаптации новых сотрудников, а также:

- передача практического опыта и знаний, которые невозможно в полной мере освоить в рамках академического образования;
- формирование вовлечённости в общее дело и понимания общих целей;
- систематическая обратная связь от наставника, которая позволяет молодому специалисту объективно оценивать сильные и слабые стороны, своевременно корректировать действия.

Законодательные нормы - с 1 марта 2026 года в России вступил в силу **Федеральный закон от 17 ноября 2025 года №424-ФЗ** «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». Он вводит положение об обязательном наставничестве для выпускников медицинских вузов и колледжей.

Некоторые особенности закона - обязательное наставничество сроком до трёх лет вводится для лиц, впервые прошедших первичную аккредитацию (включая первичную специализированную аккредитацию) после 1 марта 2026 года, по основному месту работы наставляемых в медицинских организациях, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам

медицинской помощи. Новые нормы не распространяются на лиц, которые до 1 марта 2026 года завершили обучение по основным профессиональным образовательным программам или впервые прошли первичную аккредитацию специалиста по соответствующей специальности. После завершения наставничества медицинский работник проходит периодическую аккредитацию.

Порядок прохождения (Особенности организации наставничества в медицине)

Документальное оформление – функции наставника необходимо официально фиксировать в трудовом договоре или в дополнительном соглашении к нему.

Разработка положения о наставничестве – каждая медицинская организация обязана подготовить собственное положение, которое учитывает профиль и особенности учреждения, но подлежит обязательному согласованию с учредителем.

Организационная сторона процесса – руководство медицинской организации назначает ответственного за реализацию программы наставничества.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 марта 2026 года №167н, наставником в медицине может быть работник, который:

- имеет ту же специальность, что и молодой коллега;
- имеет стаж медицинской работы не менее пяти лет;
- либо это руководитель организации или её подразделения, также имеющий стаж от пяти лет.

Наставничество для молодых медиков

В утвержденном варианте рассматриваемых поправок законодатель уходит от термина «отработка», заменяя его на «трудоустройство под руководством наставника». Это подчеркивает двоякую цель реформы:

-кадровая, суть которой состоит в гарантированном обеспечении государственных и муниципальных медицинских учреждений, работающих в системе ОМС, молодыми специалистами;

-профессионально-образовательная, предполагающая повышение качества практической подготовки, снижения количества врачебных ошибок на старте карьеры за счет кураторства более опытных коллег.

Формы наставничества - способ реализации целевой модели через организацию работы наставнической пары или группы, участники которой находятся в определенной ролевой ситуации, определяемой их основной деятельностью и позицией Формы наставничества [4].

Модели наставничества

В традиционном представлении наставничество ассоциируется с молодыми специалистами, которым впервые нужно адаптироваться на рабочем месте после прохождения обучения. Однако в современных условиях быстрого появления инноваций, новых технологий и вызовов в сфере здравоохранения наиболее значимой профессиональной компетенцией для сотрудников на любом этапе их карьеры становится открытость новому опыту и готовность продолжать учиться, способность быть гибкими.

Наставничество в практическом здравоохранении приобретает разные формы: от непосредственного взаимодействия наставника и подопечного до использования всех технологических возможностей – онлайн-платформ, специальных приложений, онлайн-консультаций, телемедицины и пр. Также наставничество включает в себя множество моделей в зависимости от цели и целевой аудитории. Такая широкая трактовка наставничества как целостной системы помощи в непрерывном развитии сотрудников на протяжении всей их карьеры предполагает, что потребность в наставнике может возникнуть у сотрудника на любом этапе развития его карьеры: на начальном этапе трудоустройства, при приобретении опыта, когда он сам профессионален и может стать наставником для других, после длительного перерыва в работе и др.

Целевая аудитория наставничества включает молодых специалистов: медицинских работников с опытом работы в медицинской сфере более 20 лет; медицинских работников, вернувшихся на рабочее место после длительного перерыва в работе; медицинских работников, сменивших направление деятельности; медицинских работников, сменивших медицинскую организацию; медицинских работников, перешедших в другое структурное подразделение в рамках одной медицинской организации на аналогичную должность; медицинских работников, за исключением категории «Молодые специалисты», в случае возникновения потребности в наставничестве.

Фундаментом отношений наставника и наставляемого является их взаимоуважение. С одной стороны, молодой специалист, за-

интересованный в становлении своей профессиональной карьеры и саморазвитии, а с другой стороны опытный врач, обладающий необходимым профессионализмом, сформированной профессиональной и личностной идентичностью [2,3]. В современных исследованиях, касающихся вопроса наставничества, оно представляется как технология интенсивного развития личности [2,3]. При создании программ наставничества важно, как распространять имеющиеся программы, действующие в соответствии с передовыми апробированными практиками, так и разрабатывать новые, инновационные модели.

Модель 1. Для молодых специалистов.

Модель подразумевает использование традиционной формы наставничества: помощь профессионала-наставника, обладающего соответствующим опытом работы и квалификацией, желанием обучать и стремлением к развитию. Цель: профессиональная адаптация (только в отношении молодых специалистов). Процесс: наставник в процессе адаптации молодого специалиста передает свой опыт и знания, необходимые для качественного выполнения работы, осуществляет обратную связь и дает советы при освоении профессиональных и должностных компетенций, помогает адаптироваться в трудовом коллективе, знакомит с культурой и традициями организации, принимает участие в разрешении трудностей, оказывает всестороннюю поддержку специалисту, начинающему свой трудовой путь. Условия: оформление на работу молодого специалиста. Наставничество длится от месяца до полугода.

Модель 2. Для работников старшего поколения.

В рамках данной модели медицинским работникам, проходящим наставничество, предлагается предоставить двух наставников – в соответствии с целями наставничества. Цель: восполнение компетенций в области компьютерной грамотности и новых форм отчетности. Процесс: наставник проводит предварительную оценку уровня компетенций в области компьютерной грамотности и/или ведения отчетности, серию очных индивидуальных консультационных встреч и отработки полученных знаний. Наставник предоставляет материалы с целью самостоятельного изучения, блок заданий по осваиваемым компетенциям и организует последующий разбор результатов, проводит дистанционное индивидуальное консультирование. Условия:

рекомендуемый срок проведения наставнической процедуры – 2 недели – 1 месяц.

Модель 3. После длительного перерыва в работе.

Восполнение компетенций в связи с внедрением медицинских технологий и высокотехнологичного медицинского оборудования. Восполнение компетенций в области компьютерной грамотности и в связи с введением новых форм отчетности. Социально-психологическая и организационная адаптация. Процесс: в зависимости от потребностей сотрудника наставник проводит предварительную оценку уровня основных профессиональных компетенций, имеющихся у медицинского работника к моменту начала процедуры наставничества, уровня компетенций в области компьютерной грамотности и/или ведения отчетности. Наставник организует встречу со специалистом отдела кадров/заведующим отделением с целью ознакомления медицинского работника с изменениями в организационной структуре медицинской организации, а также с медицинским психологом для социально-психологической адаптации и ознакомления с новациями в корпоративной культуре медицинской организации. Условия: рекомендуемый срок наставничества – 1 месяц.

Модель 4. Для сменивших направление деятельности.

В данной модели может потребоваться как организационная и социально-психологическая адаптация в новых условиях работы, так и наставничество по восполнению основных профессиональных компетенций. Для тех медицинских работников, которые сменили направление медицинской деятельности. Цель: восполнение компетенций в связи с внедрением новых медицинских технологий и высокотехнологичного медицинского оборудования. Социально-психологическая и организационная адаптация. Процесс: наставник проводит предварительную оценку уровня основных профессиональных компетенций, имеющихся у медицинского работника, организует встречу со специалистом отдела кадров/заведующим отделением с целью ознакомления с изменениями в организационной структуре медорганизации, с медицинским психологом для социально-психологической адаптации и ознакомления с новациями в корпоративной культуре. Наставник проводит очные индивидуальные встречи с целью восполнения дефицита знаний в связи с внедрением новых медицинских технологий, организует возможность инклюзивного обучения наставляемого на

рабочем месте наставника. Условия: рекомендуемый срок наставничества – 1 месяц.

Модель 5. Для сменивших медицинскую организацию или структурное подразделение.

Нередки случаи, когда медицинский работник переходит на работу в другую медицинскую организацию или иное структурное подразделение. В этой ситуации возникает потребность ознакомить сотрудника с организационной структурой подразделения или медицинской организации и организовать социально-психологическую адаптацию сотрудника. Цель: социально-психологическая и организационная адаптация. Процесс: наставник организует и проводит встречу со специалистом отдела кадров/заведующим отделением с целью ознакомления с организационной структурой медицинской организации или с заведующим отделением, специалистом по развитию корпоративной культуры для знакомства с работой структурного подразделения, а также с медицинским психологом с целью социально-психологической адаптации и ознакомления с корпоративной культурой. Условия: рекомендуемый срок проведения наставнической процедуры – 2 недели.

Модель 6. Для освоения новых приемов диагностики и лечения.

Наставничество по приобретению и закреплению профессиональных навыков для работы на новом оборудовании. Цель: получение новых компетенций при применении новых методов диагностики и лечения на новом оборудовании. Процесс: наставниками выступают специалисты, прошедшие обучение новым технологиям за рубежом, представители завода-изготовителя нового оборудования. Условия: процесс наставничества по мере приобретения нового оборудования и внедрения современных методов диагностики и лечения.

Модель 7. Для развития корпоративной культуры.

Модель предусматривает осуществление наставничества с целью адаптации к нормам корпоративной культуры и преодоления эмоционального выгорания (в случае возникновения потребности в наставничестве), в том числе сотрудников, занимающих должности, предполагающие повышенный риск эмоционального выгорания. Цель: сохранение существующих норм и правил корпоративной культуры в медицинской организации и дальнейшее развитие основ корпоративной культуры

в изменяющихся условиях: поддержка сотрудников, проявляющих симптомы профессионального выгорания, а также выделение групп медицинских работников, подвергающихся постоянному стрессу, для профилактики и устранения негативных явлений профессиональной деформации. Процесс: выдвижение и утверждение кандидатур наставников по развитию корпоративной культуры. Наставником проводится обучение по корпоративной культуре. Ведется разработка материалов и проведение обучающих мероприятий для сотрудников медицинских организаций с целью надлежащего понимания и соблюдения ими принципов и требований к корпоративной культуре. Условия: мониторинг сформированности и устойчивости корпоративной культуры должен проводиться на постоянной основе.

После проведения самодиагностики медицинской организации становится очевидным выбор наиболее востребованной модели наставничества. И затем для медицинской организации предоставляется комплект информационного и нормативно-методического обеспечения процессов внедрения и реализации выбранной модели наставничества.

Трудовая мотивация. Наставничество способствует усилению профессиональной идентичности, повышению уверенности в себе и выстраиванию межличностных отношений [4,5]. Одним из успешных аспектов реализации модели наставничества является трудовая мотивация наставляемых. Выявляя трудовую мотивацию личности молодого специалиста, можно подобрать необходимые стимулы для повышения эффективности работы.

Молодой специалист как личность целенаправленно пытается соответствовать принятым социальным ожиданиям к своей профессии, а также позиционирует себя как представителя данной модели наставничества. Профессиональную идентичность можно рассматривать в аспекте личностного становления как феномен, возникающий в ходе профессиональной самореализации. Профессиональная идентичность – это осознание своей включенности в профессиональную общность, а также рефлексия психологической значимости этой включенности, профессиональная ментальность, осознание профессиональной компетентности, самостоятельности и самоэффективности, т. е. самоактуализация себя в профессии, переживание своей профессиональной целостности и определённости [6]. Самоэффективность –

оценка личностью собственных способностей справляться с определенными задачами в любой ситуации, суждение о действиях, которые он может совершить, что влияет на выбор стратегии действий и определение целей. В зависимости от того, как молодой специалист определяет свою эффективность, он может либо расширять, либо ограничивать возможности выбора перед собой – выбор деятельности, усилий, которые необходимы для преодоления препятствий и настойчивости, с которой молодой специалист будет решать определенные проблемы. Поэтому самооценка эффективности влияет на поведение молодого специалиста, на его эмоции и мотивацию к профессиональной деятельности.

Учёные утверждают, что молодые специалисты, которые осознают свою эффективность, способны приложить максимум усилий для выполнения сложных задач. Молодые специалисты с высокой самоэффективностью более успешны в профессиональной деятельности и общении. Молодые специалисты с низкой самоэффективностью постоянно сомневаются в себе и чаще допускают ошибки из-за своей неуверенности в собственной компетентности в профессиональной деятельности, также они испытывают сложности с выстраиванием отношений с коллегами и пациентами.

Список литературы

1. Далыг, С.М. Наставничество в системе отношений «преподаватель/Молодой ученый». -2003.-№15 (462).-С.327 – 329.-URL://moluch.ru/archive/462/102622.

2. Наставничество в системе образования России. Практическое пособие для кураторов в образовательных организациях /Под ред. Н.Ю. Синягиной, Т.Ю. Райфшнайдер. - М.: Рыбаков Фонд, 2016. – 153 с.

3. Синягина Н.Ю., Березина В.А., Богачёва Т.Ю. и др. Методология (целевая модель) наставничества обучающихся для организаций, осуществляющих образовательную деятельность. URL:http://k-obr.spb.ru/media/content/docs/5701/

4. Ключко М.В. Наставничество В ЛПУ // Здравоохранение. 2012. №3. с. 66 - 70.

5. Родоман Г.В., Сумеди И., Власкина С.Г. Наставничество как эффективный механизм непрерывного медицинского образования. Хирург 2017; 1: 44-49.

6. Воронина Е.В., Ельцова А.А. Психолого-педагогические условия формирования профессиональной идентичности студентов. Концепт 2015; 5:0,4 п.л. URL: <http://e-koncept.ru/2015/15168.htm>. – ISSN 2304-120X

ПРЕИМУЩЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРЕ КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ (СКП)

Сажина Наталья Павловна
ГБУЗ Нижегородской области «Клинический диагностический центр»
г. Нижний Новгород, Россия

СКП - структурное подразделение ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр», предназначенное для госпитализации пациентов, нуждающихся в эндохирургических оперативных и других инвазивных вмешательствах и манипуляциях, не требующих длительного послеоперационного наблюдения. Представьте: вам нужна небольшая операция, диагностическая процедура или курс лечения, который требует наблюдения, но не настолько серьезен, чтобы лежать в больнице неделю. Именно для таких случаев и существуют стационары краткосрочного пребывания.

Стационар краткосрочного пребывания по сути, это «облегченная» версия обычной больницы. Здесь вы получаете необходимое медицинское вмешательство или лечение, находитесь под наблюдением врачей и медицинских сестер, как только ваше состояние стабилизируется, и врач убедится, что вы можете безопасно вернуться домой, выписываетесь.

СКП является одной из форм стационарозамещающих технологий, которые признаны самыми экономически эффективными в современном здравоохранении.

К преимуществам оказания медицинской помощи в условиях СКП относятся высокий оборот койки, исключение рисков внутрибольничного инфицирования за счет сокращения времени пребывания пациента в стационаре, снижение стрессовой нагрузки и дискомфорта пациента от длительного пребывания в стационаре.

СКП КДЦ обладает всеми вышеперечисленными достоинствами:

- высочайший оборот койки (средний койко-день 1,2),
- отсутствие дооперационного дня,
- исключение риска внутрибольничных инфекций,
- нулевая летальность

К удобствам пациента помимо коротких сроков пребывания также относится возможность быстрого получения недостающих обследований перед госпитализацией на диагностической базе ГБУЗ НО «КДЦ», размещение в палатах не более 4 человек, возможность размещения в палатах повышенной комфортности. Все палаты оборудованы санузлами, что также минимизирует пересечение потоков пациентов.

В штате СКП работают 3 врача-хирурга. Основным направлением работы являются малоинвазивные операции различной степени сложности, предусматривающие как местные, так и общие виды обезболивания, а также манипуляции под контролем ультразвуковой визуализации.

Оперативное лечение в СКП КДЦ осуществляется по следующим профилям:

Акушерство и гинекология:

- Лапароскопическая диагностика и лапароскопическое оперативное лечение женского бесплодия (хромосальпингоскопия, адгезиолизис, сальпингоовариолизис, каутеризация яичников)

- Лапароскопические операции на придатках матки, маточных трубах и яичниках (сальпингонеостомия, лапароскопическая кистэктомия, тубо- и овариоэктомия, лапароскопическая стерилизация женщин)

- Лапароскопические операции на матке (консервативная миомэктомия, удаление выступающих над поверхностью матки фиброматозных узлов, надвлагалищная ампутация матки без придатков или с придатками)

- Малоинвазивные гинекологические операции (гистероскопия, гистерорезектоскопия)

Сосудистая хирургия (Операции при варикозной болезни нижних конечностей):

- Сафенэктомия
- Эндоскопическая диссекция перфорантов

- Общая хирургия:
- Лапароскопическая холецистэктомия
- Все виды герниопластик передней брюшной стенки
- Удаление доброкачественных образований кожи и подкожножировой клетчатки

Обычно процесс выглядит так:

1. Предварительная консультация: Врач оценивает ваше состояние, назначает необходимые анализы и обследования, чтобы убедиться, что вы подходите для стационара краткосрочного пребывания.

2. Прибытие: В назначенный день вы приходите в стационар. Вас оформляют, размещают в комфортной палате.

3. Процедура/Лечение: Проводится необходимое вмешательство или курс терапии.

4. Наблюдение: После процедуры вы находитесь под пристальным наблюдением медицинского персонала. Контролируются жизненно важные показатели, оценивается ваше самочувствие.

5. Выписка: Как только врач убедится, что вы в порядке, вам дают рекомендации по дальнейшему уходу, выписывают необходимые лекарства и отпускают домой.

Важно помнить:

Хотя стационар краткосрочного пребывания очень удобен, он подходит не для всех. Решение о таком формате лечения всегда принимает врач, исходя из вашего диагноза, общего состояния здоровья и сложности предстоящей процедуры.

Опыт работы СКП КДЦ 25 лет, ежегодно выполняется порядка 600 оперативных вмешательств.

Перспективой развития СКП является расширение стационара, оборудование дополнительной операционной, внедрение в практику «малых» оперативных вмешательств по профилю «Урология».

Развитие СКП позволит не только увеличить объём хирургической помощи населению Нижегородской области, но и привлечь пациентов из соседних регионов.

В заключение: Это действительно шаг вперед в организации медицинской помощи, делающий ее более ориентированной на пациента и его потребности. Такой подход позволяет не только сократить время пребывания в стенах лечебного учреждения, но и значительно повы-

ситель его эффективность. Ведь, когда пациент находится в стационаре лишь необходимое время, он меньше подвержен риску столкнуться с теми проблемами, которые могут возникнуть при длительной госпитализации, будь то психологический дискомфорт от разлуки с близкими, нарушение привычного режима дня или, как уже упоминалось, вероятность заражения инфекциями. Более того, для самого медицинского учреждения это означает более рациональное использование конечного фонда и ресурсов, что в конечном итоге может способствовать снижению нагрузки на систему здравоохранения в целом.

Развитие стационаров краткосрочного пребывания тесно связано с прогрессом в медицине. Появление новых, менее инвазивных методов диагностики и лечения, совершенствование анестезиологических техник, а также разработка более эффективных и быстродействующих лекарственных препаратов – все это делает возможным проведение многих процедур, которые раньше требовали длительного наблюдения, в амбулаторных условиях или с минимальным пребыванием в стационаре. Например, современные эндоскопические исследования, которые раньше могли вызывать опасения из-за необходимости длительного восстановления, теперь проводятся с использованием щадящих методов седации, позволяющих пациенту быстро прийти в себя и отправиться домой. То же самое касается и многих хирургических вмешательств, которые раньше считались «большими», а теперь выполняются с помощью малоинвазивных технологий, сокращая время восстановления до минимума.

Важно понимать, что стационар краткосрочного пребывания – это не просто «больница на час», а полноценное звено в системе оказания медицинской помощи, где каждый этап, от подготовки пациента до его выписки, тщательно спланирован и контролируется. Это требует высокой квалификации медицинского персонала, слаженной работы врачей разных специальностей, среднего и младшего медицинского персонала, а также наличия современного оборудования. Палаты в таких стационарах, как правило, оборудованы всем необходимым для комфортного пребывания, включая удобные кровати, индивидуальные санузлы, системы вызова персонала и средства связи. Это создает атмосферу заботы и безопасности, что немаловажно для пациента, проходящего через медицинские процедуры.

Кроме того, стационары краткосрочного пребывания играют важную роль в профилактике и раннем выявлении заболеваний.

Пациенты, которым рекомендованы профилактические осмотры или диагностические процедуры, могут пройти их в таком стационаре, не нарушая привычный ритм жизни. Это способствует более ответственному отношению к своему здоровью и своевременному обращению за медицинской помощью. Таким образом, стационар краткосрочного пребывания становится не только местом лечения, но и центром профилактики и поддержания здоровья, предлагая пациентам комплексный и удобный подход к заботе о себе. Это действительно перспективное направление развития медицины, которое уже сегодня приносит ощутимую пользу многим людям.

ФОРМИРОВАНИЕ ПАТРИОТИЧЕСКОГО МИРОВОЗЗРЕНИЯ У БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО И ВОСПИТАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Семенова Людмила Владимировна
Государственное автономное профессиональное
образовательное учреждение Республики Башкортостан
«Стерлитамакский медицинский колледж»,
г. Стерлитамак, Россия

Патриотическое воспитание будущих медицинских работников предполагает формирование общественно-значимых ориентации, гармоничного сочетания личных и общественных интересов, преодоление чуждых обществу процессов и явлений, разрушающих его устои и потенциал созидания. Любовь к Родине, патриотизм – качества гражданина России, к этому мы должны готовить граждан России.

В стратегии развития воспитания в Российской Федерации обозначено, что патриотическое воспитание предусматривает:

- создание системы комплексного методического сопровождения деятельности педагогов и других работников, участвующих в воспитании подрастающего поколения; формирование ответственности за будущее России на основе развития программ патриотического воспитания;
- повышение качества преподавания гуманитарных учебных предметов, обеспечивающего ориентацию обучающихся в современ-

ных общественно-политических процессах, происходящих в России и мире, а также осознанную выработку собственной позиции по отношению к ним на основе знания и осмысления истории, духовных ценностей и достижений нашей страны.

Знание истории страны, историческая правда, сохранение исторической памяти – основа мировоззренческого суверенитета страны. Попытки исказить роль России в мировой истории – одна из стратегий информационной войны против нашей страны. Проблема фальсификации и искажения истории в ущерб интересам России приобрела в последнее время ярко выраженную важность международного масштаба. Наибольшего эффекта информационные акции фальсификаторов истории достигают в той среде, где историческая память нации формируется на сиюминутных выгодах политических групп и бизнес-элит, где отсутствуют четко устоявшиеся оценки узловых проблем и событий истории – ведь именно их трактуют в ущерб безопасности государства.

Целями патриотического воспитания являются формирование у граждан патриотизма, развитие у них высокой социальной активности, гражданской ответственности и дисциплинированности, способности проявить себя в укреплении и защите государства, обеспечении его жизненно важных интересов и устойчивого развития [1].

Патриотическое воспитание подрастающего поколения является одним из ключевых позиций стратегии развития страны.

Задачей педагога, работающего по программе патриотического мировоззрения у будущих медицинских работников при реализации образовательного процесса, является развитие у обучающегося ценностного отношения к Родине, природе, человеку, культуре, знаниям, здоровью, сохранение и укрепление традиционных российских духовно-нравственных ценностей.

Педагог помогает обучающемуся:

- в формировании его российской идентичности;
- в формировании интереса к познанию;
- в формировании осознанного отношения к своим правам и свободам и уважительного отношения к правам и свободам других;
- в выстраивании собственного поведения с позиции нравственных и правовых норм;
- в создании мотивации для участия в социально значимой деятельности;

- в развитии у обучающихся общекультурной компетентности;
- в развитии умения принимать осознанные решения и делать выбор;
- в осознании своего места в обществе;
- в познании себя, своих мотивов, устремлений, склонностей;
- в формировании готовности к личностному самоопределению.

Будущее страны, ее экономическое развитие и безопасность, здоровье нации во многом определяются человеческим потенциалом – не только уровнем профессиональной подготовки будущих специалистов, но и их нравственно-моральными качествами и принципами [2].

Ценности – это важнейшие нравственные ориентиры для человека и общества. Духовно-нравственные ценности России, объединяющие всех граждан страны.

Личностные результаты при реализации образовательного процесса в сфере гражданско-патриотического воспитания основываются: становление ценностного отношения к своей Родине – России; осознание своей этнокультурной и российской гражданской идентичности; сопричастность к прошлому, настоящему и будущему своей страны и родного края; уважение к своему и другим народам; первоначальные представления о человеке как члене общества, о правах и ответственности, уважении и достоинстве человека, о нравственно-этических нормах поведения и правилах межличностных отношений.

В сфере патриотического воспитания: осознание российской гражданской идентичности в поликультурном и многоконфессиональном обществе, проявление интереса к познанию родного языка, истории, культуры Российской Федерации, своего края, народов России; формирование ценностного отношения к достижениям своей Родины – России, к науке, искусству, спорту, технологиям, боевым подвигам и трудовым достижениям народа; уважение к государственным символам России, государственным праздникам, историческому и природному наследию, памятникам, традициям разных народов, проживающих в родной стране [3].

Для достижения указанной цели необходимо решить следующие задачи:

- выявить роль гуманитарных, естественно-научных и клинических дисциплин в патриотическом воспитании обучающихся, что

позволит лучше понять использование возможностей учебной и вне учебной работы для совершенствования патриотического воспитания обучающихся;

- обосновать правомерность того, что содержание работы по патриотическому воспитанию обучающихся гуманитарных, естественно-научных и клинических дисциплин определяется через компетентностный подход.

Важно помнить нашу историю и чтить память всех людей, перенёсших тяготы войны. Бессмертный полк, уважение и оценка подвига участников СВО.

В нашем колледже педагогами, в рамках патриотического воспитания обучающихся проводятся различные мероприятия, занятия в Патриотическом клубе «Патриот», созданном на базе нашего колледжа, городском патриотическом клубе «Отечество».

В колледже проводятся торжественные собрания, встреч с ветеранами, руководителями ветеранских общественных организаций. Проводятся вахты памяти с возложением цветов к могиле неизвестного солдата и памятнику участникам в локальных боевых конфликтах. Диспут «Что значит быть патриотом»; дебаты «Контрактная служба: «За» и «Против», организация работы с ветеранами военной службы, классные часы, посвящённые подвигу жителей блокадного Ленинграда, Великой Отечественной войны и локальных войн в рамках Месячника защитников Отечества и празднования Дня победы и др. [1].

Духовно-нравственное и эстетическое воспитание: литературно-музыкальные вечера, просмотр видеофильмов на сайте «Мотивирующие уроки», платформа социального проектирования на основе технологий кино, психологии и педагогики с научной оценкой влияния мотивирующих фильмов и фильмов с воспитательным эффектом. Направлены на духовно-нравственное развитие, традиционные ценности и патриотическое воспитание, на актуализацию потенциала, раскрытие талантов, мотивацию на реализацию и учебу подростков и молодежи.

Творческие встречи с бардами и авторами-исполнителями песен патриотической тематики, проведение викторин, олимпиад, конкурсов об истории и традициях российского государства, Вооруженных Сил, организация выставок в музеях, проведение литературной гостиной «Войну забыть нельзя», конкурсы эссе, плакатов, рисунков «Сыны

Отечества»; реферативных работ студентов об истории своих семей, участниках Великой Отечественной войны, локальных конфликтов, тружеников тыла, исследовательских работ «Моя семья в военной истории Отечества»); составление истории семьи «Мое шажере» [4].

Волонтерское (проведение акции «Ветеран», Дня донора, проведение мероприятий на социальных объектах города и республики, помощь семьям военнослужащим, находящимся в зоне специальной военной операции, инвалидам и участникам СВО, проведение благотворительных концертов).

Спортивно-массовое (проведение традиционного лыжного пробега, студенческой игры «Зарница», пожарно-прикладной эстафеты, соревнование «Конкурс молодого бойца» среди юношей колледжа).

Патриотическое воспитание представляет собой систематическую и целенаправленную деятельность органов государственной власти, институтов гражданского общества и семьи по формированию у граждан высокого патриотического сознания, чувства верности своему Отечеству, готовности к выполнению гражданского долга и конституционных обязанностей по защите интересов Родины [5].

Список литературы

1. Рабочая программа курса внеурочной деятельности разговоры о важном. Москва. 2024. С.3-12

2. Текст научной статьи по специальности «Науки об образовании» Чистяков Михаил Владимирович [Электронный ресурс]:<https://cyberleninka.ru/article/n/patrioticheskoe-voospitanie-studentov-v-meditsinskih-universitetah-rossii> (дата обращения: 12.02.2026). - Загл. с экрана.

3. Сетевое научное издание «Современные проблемы науки и образования» [Электронный ресурс]: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=30138> (дата обращения: 12.02.2026).

4. Научный журнал Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований [Электронный ресурс]: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=9085> (дата обращения: 12.02.2026).

5. ЖУРНАЛ • НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ «НАУКА. ОБЩЕСТВО. ОБОРОНА» [Электронный ресурс]: <https://www.noo-journal.ru/protivodeystviye-popytkam-falsifikatsii-istorii-v-ushcherb-interesam-ross> (дата обращения: 30.01.2025).

ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЁННОМУ ПРИ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ ДЫХАНИЯ, В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Сергеева Яна Александровна, Коротеева Зарина Саъдуллаевна
ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр»
г. Чита, Россия

Введение

Нарушение функции дыхания – наиболее частая критическая ситуация, требующая неотложной помощи у новорождённого сразу после рождения. Основная задача доврачебного этапа в условиях перинатального центра – быстро восстановить проходимость дыхательных путей и обеспечить адекватную вентиляцию лёгких до прихода врача.

Специфика работы среднего медперсонала в перинатальном центре заключается в наличии «золотых минут»: времени, когда действия медсестры или акушерки определяют дальнейший прогноз для ребёнка. В отличие от общепрофильных стационаров, здесь помощь оказывается в условиях полной готовности к реанимации: заранее подготовленное оборудование, подогретая поверхность и возможность немедленно начать оксигенотерапию или масочную вентиляцию.

Цель данной работы – рассмотреть алгоритм действий медперсонала при оказании доврачебной помощи новорождённому с нарушением дыхания, а также систематизировать знания по оценке состояния ребёнка и технике выполнения базовых вмешательств в условиях родильного зала перинатального центра.

Цель внедрения

Формирование у среднего медицинского персонала навыков своевременного распознавания дыхательной недостаточности у новорождённых и оказания доврачебной помощи по алгоритму неонатальной реанимации.

Задачи

Обучающиеся должны:

Знать:

- * причины нарушения дыхания у новорождённых;
- * клинические признаки угрожающего состояния;
- * алгоритм первичной реанимационной помощи.

Уметь:

- * оценивать состояние новорождённого;
- * обеспечивать проходимость дыхательных путей;
- * проводить тактильную стимуляцию;
- * проводить непрямой массаж сердца

Ошибки при оказании неотложной помощи и их предупреждение

К ошибкам при оказании неотложной помощи относятся неправильные действия или бездействие медперсонала, которые вызвали или могли вызвать ухудшение состояния или смерть больного. Условно, ошибки можно разделить на:

- *диагностические,
- *лечебные,
- *тактические,
- *деонтологические.

К зависящим от среднего медицинского персонала в экстренной ситуации, относятся ошибки:

Тактические ошибки – это неправильные действия, которые могут снизить эффективность реанимационных мероприятий или нанести вред пострадавшему. Такие ошибки могут проявляться в разных аспектах: в задержке начала реанимационных мероприятий, в неправильной технике выполнения манипуляций, в преждевременном прекращении реанимации.

Для исключения повторения одних и тех же ошибок, важно проводить анализ случаев оказания неотложной помощи, по возможности отслеживать отдаленные результаты лечения. Одним из методов предупреждения диагностических и тактических ошибок в условиях жесткого дефицита времени является четкое применение алгоритмов и схем оказания экстренной помощи новорожденным.

Своевременно и правильно оказанная неотложная помощь подчас не только спасает жизнь ребенку, но и обеспечивает дальнейшее успешное лечение, предупреждает развитие тяжелых осложнений, поэтому специалисты нашего отделения разработали:

- алгоритмы оказания доврачебной помощи, где пошагово, расписаны действия медперсонала разных подразделений стационара
- стандартную операционную процедуру «Оказание доврачебной помощи при угрожающем состоянии у новорожденного-нарушение функции дыхания».

Чтобы обеспечить оптимальную поддержку жизни новорожденных, неонатологи должны обладать не только техническими знаниями, но и необходимыми поведенческими навыками. К таким навыкам относятся: умение работать в команде, способность управлять кризисными ресурсами и личная стрессоустойчивость. * 2. с35

Для получения качественного результата, для отработки практических навыков, медицинские сестры неонатальных отделений прошли теоретическое и практическое обучение, с проведением зачета на рабочем месте. Данный опыт показал, что теоретические знания у медсестер имеются в полном объеме. Результат практических навыков выполнен в 98–100%.

Предпочтительно дополнять курс более частыми короткими занятиями каждые 3–6 месяцев. **2. с35

Необходимо четко осознавать, что базовые мероприятия по поддержанию жизнедеятельности являются лишь стартовыми действиями, целью которых является максимально быстрое выявление жизнеугрожающих состояний у детей и выполнение вмешательств, позволяющих поддержать жизнедеятельность ребенка в минимально достаточном в большинстве случаев объеме. Данные вмешательства выполняются в условиях отсутствия в этот момент возможности оказания расширенной до необходимых объемов полноценной помощи, до того, как будет организована специализированная помощь с привлечением специалистов и необходимого оборудования и лекарственных средств.

Поэтому одним из важнейших действий, которые безотлагательно необходимо выполнить, является вызов помощи-реанимационной бригады в стационаре.

Своевременная и четкая реализация алгоритма доврачебной помощи при нарушении дыхания у новорожденного позволяет предотвратить тяжёлые гипоксические осложнения и снизить неонатальную смертность.

Сердечно-легочная реанимация у детей

Овладение элементами экстренной диагностики неотложных состояний, твердое знание методики сердечно-легочной реанимации, предельно четкое, «автоматическое» выполнение всех манипуляций в нужном ритме и строгой последовательности являются неперенным

условием успеха. Методы сердечно-легочной реанимации совершенствуются постоянно.

Для проведения сердечно-лёгочной реанимации новорождённым необходима подготовка медицинского персонала и наличие соответствующего оборудования.

Реанимация будет эффективна только тогда, когда она правильно организована, и мероприятия, поддерживающие жизнь, выполняются в классической последовательности.

Основные положения первичной сердечно-легочной реанимации удачно сформулированы американской ассоциацией кардиологов в виде «Правил ABC» по P. Safar:

- Первый шаг А (Airways) - восстановление проходимости дыхательных путей
- Второй шаг В (Breath) - восстановление дыхания
- Третий шаг С (Circulation) – восстановление кровообращения

Алгоритм доврачебной помощи

ЭТАП 1. Обеспечение тепловой защиты

* Поместить ребёнка под источник тепла

* Придать положение «нюхания»

ЭТАП 2. Первичная оценка (в течение 30 секунд)

* Дыхание

* Частота сердечных сокращений

* Цвет кожных покровов

ЭТАП 3. Обеспечение проходимости дыхательных путей

* Уложить ребёнка на спину, голова в нейтральном положении (не запрокидывать сильно!).

* Санация ротоглотки и носа

* Избегать травматичной аспирации

ЭТАП 4. Тактильная стимуляция

* Энергичное растирание спины (это мощный стимулятор вдоха).

* Лёгкое похлопывание по стопам

* Не более 30 секунд

После этих шагов за 30 секунд нужно снова оценить дыхание.

- Появилось дыхание – наблюдать за частотой и цветом кожи.
- Дыхание не появилось (или редкие вдохи) – немедленно начинать вентиляцию.

ЭТАП 5. Искусственная вентиляция лёгких

- * Частота 40–60 вдохов/мин
- * Контроль экскурсии грудной клетки
- * Коррекция положения головы при отсутствии подъёма грудной

клетки

Техника:

Как правильно проводить масочную вентиляцию:

1. Положение: голова в нейтральном положении, иногда нужен небольшой валик под плечи.

2. Герметичность: маска плотно прилегает к лицу (С-образный захват большим и указательным пальцем, остальными тремя приподнимаем нижнюю челюсть за кость, не сдавливая мягкие ткани шеи).

3. Частота: 40–60 вдохов в минуту (считаем вслух: «раз-и-два-и-три-и»).

4. Контроль: грудная клетка должна заметно подниматься на каждом вдохе. Если подъёма нет – нет герметичности или забиты пути. Поправить маску или голову.

Кислород: Вентиляцию начинают воздухом (21% кислорода). Если через 90 секунд эффективной вентиляции нет улучшения, подключают кислород и увеличивают концентрацию до 30–40% (по возможности).

ЭТАП 6. Непрямой массаж сердца

Через 30 секунд вентиляции оцениваем:

- Частоту сердцебиения (ЧСС). Это главный показатель эффективности вентиляции.
 - Слушаем фонендоскопом или прощупываем пульс у основания пуповины.
 - Считаем за 6 секунд и умножаем на 10.
- Цвет кожи: розовеет ли ребёнок?

Варианты развития событий:

1. ЧСС >100 уд/мин, появилось дыхание:

- Прекратить вентиляцию.
- Наблюдать, подать кислород через маску, если сохраняется синюшность.

2. ЧСС 60–100 уд/мин, но есть тенденция к росту:

- Продолжать вентиляцию с той же частотой.
- Проверить сатурацию пульсоксиметром (датчик на правой руке).

3. ЧСС <60 уд/мин или нет дыхания, несмотря на вентиляцию:

- Немедленно вызвать врача-реаниматолога (если ещё не вызван).
- Начать непрямой массаж сердца с соотношением 3 нажатия на 1 вдох. (90 компрессий + 30 вдохов в минуту)

- Проверить готовность препаратов и интубационного набора.

ЭТАП 7. Передача реанимационной бригаде

- * Доклад о времени начала реанимации

- * Перечень проведённых мероприятий

- * Динамика ЧСС и дыхания

Чего делать нельзя (типичные ошибки)

1. Не тратьте время на сухое обтирание, если ребёнок не дышит. Обтерли один раз, сменили пелёнку – и сразу к вентиляции.

2. Не разгибайте и не сгибайте сильно шею. В таком положении дыхательные пути перекрыты. Только нейтральное положение (как будто ребёнок смотрит прямо перед собой).

3. Не давите маской на глаза. Это вызывает брадикардию через глазосердечный рефлекс.

4. Не ждите врача «ещё минуту». Если медсестра видит, что дыхания нет, она обязана начать вентиляцию мешком Амбу немедленно, не дожидаясь прихода неонатолога.

Заключение

Доврачебная помощь при нарушении дыхания у новорождённого – это, в первую очередь, правильная вентиляция. Перинатальный центр даёт все условия для этого: тепло, кислород, инструменты. Задача медперсонала – чётко, без паники выполнить алгоритм: очистить пути, обеспечить герметичность маски и «раздышать» лёгкие. Восстановление дыхания в первые минуты жизни в 90% случаев решает проблему без дальнейших осложнений.

Список литературы:

1. Методическое письмо «Реанимация и стабилизация состояния новорождённых детей в родильном зале» Министерство здравоохранения РФ от 4 марта 2020 года №15–4/И/2–2570. Дата доступа 13.04.2026. <https://cyberleninka.ru/article/n/reanimatsiya-i-stabilizatsiya-sostoyaniya-novorozhdennyh-detey-v-rodilnom-zale-metodicheskoe-pismo-pod-red-prof-e-n-baybarinoy-m-2020>

2. Рекомендации Европейского совета по реанимации 2025 года Реанимация новорожденных и поддержка перинатального переходного

го периода у младенцев при рождении. Перевод Е. Е. Осиной дата доступа 13.04.2026 <https://airhab.ru/wp-content/uploads/2025/12/>

ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА: РУКОВОДСТВО ДЛЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Степанова Алла Сергеевна
ГАУЗ «Краевая больница № 4»
г.Краснокаменск, Забайкальский край, Россия

Падения среди маломобильных пациентов представляют собой серьезную угрозу здоровью и благополучию людей старшего возраста и лиц с ограниченными возможностями. Понимание механизмов и способов профилактики падений является ключевым фактором в сохранении здоровья и независимости пожилых людей. Исследования показывают, что треть всех госпитализированных пациентов старше 65 лет сталкивается с риском падения минимум один раз в течение периода госпитализации. Последствия падений многочисленны: переломы костей, черепно-мозговые травмы, снижение качества жизни и повышенная зависимость от стороннего ухода.

В государственном автономном учреждении здравоохранения «Краевая больница №4» далее (ГАУЗ КБ-4), как и во всей системе здравоохранения, активно реализуются меры по борьбе с падениями. Это включает участие в национальных проектах и региональных программах, направленных на снижение риска падений и переломов у пожилых людей. Одной из важнейших задач ГАУЗ КБ-4 г. Краснокаменск является внедрение эффективных программ профилактики непосредственно в медицинском учреждении.

Причины падений классифицируются на внутренние и внешние. К внутренним причинам относят: возрастные изменения (снижение мышечной силы, ухудшение зрения и слуха, нарушение равновесия и координации движений); сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистые заболевания, эндокринные нарушения, поражения нервной системы и опорно-двигательного аппарата); прием лекарственных препаратов (многие лекарства обладают побочными эффектами,

влияющими на стабильность пациента); психологическое состояние (тревога, депрессия, социальная изоляция усиливают ощущение неуверенности и страха перед новыми ситуациями). Внешние факторы риска связаны с условиями пребывания пациента в стационаре: инфраструктурные проблемы (скользкие полы, плохое освещение, отсутствие поручней и других приспособлений, затрудняющих перемещение); недостаток квалифицированного ухода (нехватка персонала, задержка обслуживания пациентов, неправильные действия персонала); неправильно подобранная одежда и обувь (дискомфортная обувь, свободная одежда могут приводить к потере равновесия и падению).

Частота падений растет с возрастом: если в 60 лет около 30% людей сталкиваются с падениями, то к 80 годам эта цифра достигает 50%.

Диагностика риска падений проводится с помощью специализированных инструментов:

Шкала Морсе (Morse Fall Scale): суммирует баллы по различным категориям, характеризующим общий риск падений.

Факторы	Наличие	Количество баллов
Падение в анамнезе	нет	0
	есть	25
Сопутствующие болезни	нет	0
	есть	15
Наличие дополнительного приспособления для перемещения	отсутствие при условии постельного режима	0
	костыли или трость	15
	придерживаться при перемещении за мебель	30
Наличие внутривенного катетера	нет	0
	есть	20
Функция ходьбы	норма/постельный режим/обездвижен	0
	слабая	10
	нарушена (нуждается в посторонней помощи)	20
Понимание своих возможностей и ограничений	в полной мере осознает свои ограничения	0
	переоценивает свои возможности или забывает о них	15

Интерпретация баллов:

Нет риска: 0–24 балла – стандартный медицинский уход.

Низкий риск: 25–50 баллов – стандартизованные мероприятия по профилактике падений.

Высокий риск: свыше 50 баллов – требуются специфические мероприятия по профилактике падений.

Test Get Up And Go («Встань и иди»): определяет способность пациента встать из сидячего положения и пройти некоторое расстояние без посторонней помощи. На сегодня тест «Встань и иди» является наиболее используемым в физической терапии тестом. Он позволяет в кратчайшие сроки измерить динамическое равновесие и функциональную подвижность у пожилых людей, а также у пациентов с неврологическими нарушениями. Тест широко применяется для оценки риска падения у пожилых людей. В ряде исследований тест «Встань и иди» применялся для оценки баланса и функциональной подвижности у взрослых с двигательными нарушениями, такими как рассеянный склероз, ДЦП, болезнь Паркинсона, болезнь Гентингтона, инсульт, синдром Дауна. Тест также применяется при работе с пациентами с деменцией, травмами позвоночника, вестибулярными расстройствами, остеоартритом и другими заболеваниями. «Встань и иди» – это простой тест, который можно проводить где угодно. Для его выполнения практически не требуется никакого оборудования – только стул, секундомер и нечто (предмет или маркер), чем можно отметить на полу дистанцию и место для разворота. Измеряемой переменной является общее время, затраченное пациентом на тест. Суть теста «Встань и иди» предельно проста. Пациент сидит на стуле; в момент, когда специалист включает секундомер, пациент встает и начинает движение; пройдя дистанцию 3 метра, пациент разворачивается, возвращается и садится на стул; специалист нажимает «стоп» в тот момент, когда пациент вернулся в положение сидя. «Встань и иди» имеет множество вариаций. Например, можно оценивать максимально быстрое выполнение задачи или предложить пациенту самому двигаться в комфортном темпе. Расстояние также может варьироваться от 2,44 до 3,05 метров. Может различаться механизм поворота: ходьба до линии и поворот, обход конуса и возврат, ход до конуса и поворот). Может варьироваться конфигурация стула: с подлокотниками или без, высота от 40 до 46 см. Перед фиксацией результатов теста специалисту следует дать пациенту возможность сде-

лать одну или две пробные попытки, чтобы убедиться, что алгоритм действий ему понятен. Также важно помнить, что в процессе выполнения теста специалист в целях безопасности должен находиться в непосредственной близости от пациента. При прохождении теста пациент может использовать привычные для него средства поддержки, например, трость или ходунки. Помимо основного результата теста – времени, затраченного на прохождение дистанции, специалист фиксирует дополнительные факторы:

- Неуверенная, колеблющаяся походка,
- Потеря равновесия,
- Мелкие, короткие шаги,
- Незначительные взмахи руками, или их отсутствие,
- Опора на стены,
- Шарканье,
- Поворот всем корпусом,
- Некорректное использование вспомогательных средств.

Все эти проявления могут говорить о наличии неврологических проблем, на которые следует обратить внимание. Если на прохождение теста пожилому человеку требуется 12 или более секунд, это значит, что пациент имеет высокий риск падения.

Эти инструменты позволяют выявлять пациентов с высоким риском падений и предпринимать профилактические меры.

Один из ключевых факторов профилактики падений в условиях стационарного лечения пациентов ГАУЗ КБ-4 г. Краснокаменск – создание и поддержание безопасной среды. В нашем стационаре реализуются следующие обязательные меры:

- Обеспечение яркого освещения во всех помещениях, включая коридоры и палаты, круглосуточно.

- Установка надежных поручней во всех коридорах, а также в ванных комнатах и туалетах. Доступность санитарных узлов в непосредственной близости от местоположения пациента.

- Рациональное расположение мебели и предметов быта для обеспечения свободных и безопасных проходов.

- Использование устойчивых медицинских кроватей с функцией регулировки высоты и обязательной фиксацией колес.

- Исключение использования свободного пространства (проходов, коридоров) для хранения каких-либо предметов.

– Постоянный контроль за состоянием полов: поддержание их чистоты и сухости, применение нескользящих покрытий или обработка для предотвращения скольжения.

– Регулярные плановые инспекции помещений стационара на предмет выявления неисправностей, повреждений или других потенциальных факторов риска падений и их немедленное устранение.

В ГАУЗ Краевая больница №4 г. Краснокаменск огромное значение придается обучению пациентов и персонала как неотъемлемой части профилактики падений:

Средний медицинский персонал государственного автономного учреждения здравоохранения Краевая больница №4 г. Краснокаменск несет неукоснительную обязанность по систематическому обучению пациентов и лиц, осуществляющих уход, правилам безопасного поведения в условиях стационара нашего учреждения. Это обучение включает обязательное информирование о всех факторах риска падений и о конкретных мерах их предотвращения, реализуемых и рекомендуемых непосредственно в ГАУЗ КБ-4.

В рамках этого обучения персонал ГАУЗ КБ-4 доводит до пациентов комплекс важнейших рекомендаций. Пациентам настоятельно рекомендуется постоянно использовать надежную обувь с жесткой нескользящей подошвой и низким каблуком, избегая тапок и шлепанцев. Крайне важно применять все предписанные ортопедические приспособления (такие как ходунки или трости), а также средства коррекции зрения (очки или контактные линзы) во время любого передвижения по стационару. Персонал инструктирует пациентов медленно менять положение тела, особенно при вставании с кровати или стула, и сознательно избегать резких, быстрых движений. Пациентам напоминают о необходимости всегда держать при себе средства для немедленного вызова помощи – будь то личный телефон или кнопка вызова медперсонала. Кроме того, сотрудники ГАУЗ КБ-4 информируют пациентов о важности поддержания мышечной силы через питание, рекомендуя следить за достаточным потреблением белка – ориентировочно около 1,2 граммов на килограмм массы тела в сутки.

Дополнительно важно информировать пациентов о необходимости регулярных физических нагрузок, таких как прогулки, зарядка и плавание.

Средний медицинский персонал несет основную ответственность за профилактику падений. Их обязанности включают: проведение ежедневной оценки риска падений, составление карт учета пациентов с высоким риском падений, обучение пациентов и их родных методам предотвращения падений, поддержание постоянного контакта с администрацией учреждения для устранения дефектов и улучшения условий пребывания пациентов. Медицинские сестры должны владеть знаниями о возможных рисках, и умело применять инструментарий оценки риска.

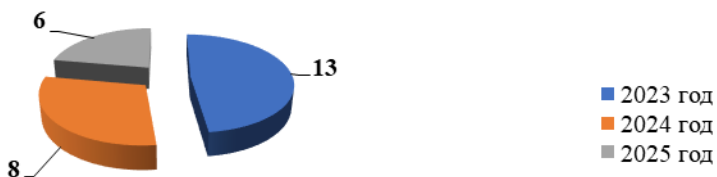
Профилактика падений регулируется государственными актами и приказами, эти акты обязывают медицинские учреждения разрабатывать программы профилактики падений и формировать внутренний документооборот для учета рисков и регистрации случаев падений.

Примером могут служить региональный - Распоряжение МЗЗК от 03.08.2022года «Об утверждении Регламента по профилактике падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста» и локальный акты - Приказ ГАУЗ КБ-4 №465 от 10.08.2022года «Об утверждении регламента по профилактике падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста».

На основании, которых разработаны и используются в практике ГАУЗ КБ-4 г. Краснокаменск «Регламент по профилактике падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста» и СОПы: «Профилактика падений», «Действие персонала отделения при возникновении падения пациента», в которых приведены подробные алгоритмы действий персонала отделений.

Принимаемые меры по профилактике падений маломобильных пациентов в условиях стационарного лечения помогли существенно снизить количество случаев этого негативного явления в ГАУЗ КБ-4 г. Краснокаменск, что наглядно отражено в представленной ниже таблице.

Период	Количество зарегистрированных случаев падения пациента в условиях стационара ГАУЗ КБ-4
2023 год	13
2024 год	8
2025 год	6



В заключении необходимо указать, что профилактика падений среди маломобильных пациентов в условиях стационара требует объединения усилий всех заинтересованных сторон: медицинских работников, администрации учреждений и общественного сектора. Благодаря грамотно выстроенным программам профилактики, системного подхода, постоянным обучения и тренировкам персонала, вниманию к деталям, можно значительно снизить риск падений и улучшить качество жизни пожилых людей в наших медицинских учреждениях.

Список литературы

1. Агафонов А.А. Здоровье в преклонном возрасте / А.А. Агафонов -М.: Искра, 2019. - 128с.
2. Ткачёва О.Н. Программа профилактики падений и переломов у граждан старших возрастных групп: Методические рекомендации/ О.Н.Ткачева - М.: Прометей, 2019.-29с.
3. Филатова С.А., Безденежная Л.П. Геронтология/ С.А. Филатова, Л.П. Безденежная – М.: Феникс, 2020. – 512с.
4. Хрисанфова Е.Н. Основы геронтологии / Е.Н. Хрисанфова – СПб.: Питер СПб, 2019. – 242с.
5. Pro – Vozrast; независимый информационный интернет – проект о жизни пожилых людей. Упасть и подняться: что делать при падениях пожилого человека [Электронный ресурс] URL: [pro – vozrast.ru/uhod/padeniye_cheiovekasphrase_id=504](http://pro-vozrast.ru/uhod/padeniye_cheiovekasphrase_id=504)

КАЧЕСТВО ПРЕПОДАВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Туркина Наталия Викторовна¹, Безрукова Наталья Александровна²

¹ЧУ ОО ВО Университет «Реавиз»,

г. Санкт-Петербург, Россия

²ГБОУ ПО «Пензенский областной медицинский колледж»,

г. Пенза, Россия

Высшая школа является социальным институтом, решающим не только проблемы подготовки квалифицированных специалистов для различных отраслей экономики, но и подготовку приемников и продолжателей культурных и интеллектуальных традиций общества. До недавнего времени высшая школа в России представляла собой национальное достояние и гордость государства. Однако в последнее время из-за недооценивания обществом проблем образования и дефицита финансирования, это положение может пошатнуться.

Кризис образования во всем мире сегодня является общепризнанным фактором. Проявляется он:

- в противоречии между потребностями общества и реальной подготовкой выпускников высшей школы;
- между формами управления и контроля со стороны государственных органов управления высшим образованием и академическими свободами вузов;
- между реальными потребностями высшей школы в финансировании и их удовлетворением.

Проблема качества актуальна сейчас для многих отраслей России. Процесс тотального контроля качества (TQM) стал главной частью программ реорганизации и перестройки производства конца XX века. В существующей литературе нет четких подходов к критериям оценки качества образовательных услуг, которые носят не системный анализ и оценивают только косвенные признаки (количество остепенённых преподавателей, количество учебников и т. д.). Большинство услуг и медицинских, и образовательных имеет товарную природу, то есть может быть продано и куплено. Следовательно, для контроля качества можно применять *маркетинг – управление предприятием че-*

рез изучение и формирование соответствующего рынка, принципы и методы которого позволяют:

- не только изучать потребности потребителей товара, но и соотносить их с выявленными возможностями производителей,
- прогнозировать перспективы и направления дальнейшего развития объекта исследования, с учётом окружающей среды,
- а также анализировать **свойства** самого товара, **обеспечивающих качество** и на которых необходимо выстраивать стратегию деятельности.

Для того чтобы осуществлялся постоянный процесс в этом направлении, необходима определённая политика, идеология, управление. Согласно международному стандарту ISO 8402 *«Качество - это совокупность свойств и характеристик продукции или услуги, которые определяют их способность удовлетворять установленные или предполагаемые требования»*.

Кажется совершенно простым и очевидным, что показателем качественного обучения является достижение его конечного результата, а именно – самостоятельное выполнение обучаемым определённых видов деятельности. И уже ни у кого не вызывает сомнения, что этот факт при наличии чёткой формулировки вида деятельности вполне поддаётся измерению. Другое дело, что степень объективности этого измерения может быть разной и вторая проблема - формулировка конечного результата может не отражать требуемого уровня подготовленности, и достигать его можно различными путями. Следовательно, для установления оптимального количества критериев качества учебного процесса необходимо рассмотреть **множество факторов**. Методология тотального контроля качества (TQM) исходит из того, что качество закладывается в продукцию ещё до её рождения, контролируется на всех этапах производства, и этот контроль не прекращается после поступления продукции к клиенту.

Из разных подходов к оценке качества наиболее валидна методика F. Donabedian (1966) – комплекс **структурно-процессуального и результативного** компонентов анализа. Качество обучения зависит от многих взаимосвязанных факторов, которые можно распределить на три категории:

1. результативные факторы (степень достижения и качество поставленных целей обучения – квалификационная характеристика специалиста),

2. технологические (организация и проведение учебного процесса: отбор и разработка целей, содержания, методов, форм, последовательности, продолжительности, контроля обучения и их модернизация), а также

3. ресурсные (материально-техническое и информационное обеспечение, человеческий фактор – мастерство педагогов и потенциал обучаемых).

Рассмотрим две последние категории в качестве образования. Применение современных технических средств хранения, обработки, воспроизведения и дистанционной передачи изображения становится все более простым и доступным благодаря быстрому развитию новых компьютерных технологий. Появилась возможность более широкого использования видеоматериалов в процессе обучения студентов и врачей. Преимущества и предпочтительность демонстрации различных клинических случаев, лечебных манипуляций и хирургических вмешательств, вполне очевидны.

Наиболее простыми, дешевыми и доступными являются учебные видеофильмы. Возможность применения видеомагнитофона с учебными видеофильмами удобна для преподавателя и студентов. Кроме того, студенты могут приобретать или брать на прокат кассеты по интересующим их темам для самостоятельной подготовки. Многие кафедры медицинских институтов располагают и широко используют фильмотеки по своим тематикам. Подобные кассеты, записанные с помощью видеокамеры, могут содержать как полный курс определенного предмета, включая демонстрацию практических навыков, курсы профессорских лекций и т.д., так и материалы по определенным разделам медицины. Визуальный контакт важен, когда в процессы восприятия и познания студента подключается эмоциональный фактор. Возможность передавать изображение в цвете и в движении может оказаться важным для достижения определенных задач в процессе обучения. И с позиции человека, и с технической стороны, видеоизображение на экране телевизора или компьютера – это ярко выраженная интерактивная среда. Она позволяет учащимся становиться активными участниками процесса обучения. В настоящее время на кафедре сестринского дела с курсом управления сестринской деятельностью ФПК действует более современная техническая система, когда телевизор используется не только с видеомагнитофоном, но и с компьютером, что значительно расширяет возможности преподавателя в

использовании иллюстративного материала. На кафедре в учебном процессе широко используются и мультимедийные учебники, созданные коллективом сотрудников кафедры. **Электронный учебник** предназначен для самостоятельного изучения теоретического материала курса и построен на гипертекстовой основе, позволяющей работать по индивидуальной образовательной траектории. Компьютерный учебник содержит тщательно структурированный учебный материал, предоставляемый обучаемому в виде последовательности интерактивных кадров, содержащих не только текст, но и мультимедийные приложения. Гипертекстовая структура позволяет обучающемуся определить не только оптимальную траекторию изучения материала, но и удобный темп работы и способ изложения материала, соответствующий психофизиологическим особенностям его восприятия. В электронном учебнике может быть предусмотрена возможность протоколирования действий обучаемого для их дальнейшего анализа преподавателем. Один из педагогов канадского колледжа Le College de l'Acadie Новой Шотландии, так оценивает данный метод: «Эта технология позволяет мне проявлять свои новаторские и просто творческие наклонности при подаче учебного материала».

Экзаменационный тест должен быть изначально включен в пакет тестовых заданий совместно с тестами для текущего контроля успеваемости, размещение которого в системе ДО осуществляется в начале семестра. В настоящее время на кафедре сестринского дела действует система педагогического контроля, построенная в соответствии с системой педагогических целей и их содержания. Она включает в себя:

- ✓ текущий контроль,
- ✓ рубежный контроль,
- ✓ итоговый контроль.

Тестовый контроль представлен заданиями в тестовой форме, отвечающими таким требованиям, как краткость изложения, логическая форма высказывания, адекватная инструкция к выполнению, однозначность оценки и восприятия. Тестовый контроль обеспечивает определенный уровень надежности и объективности оценки; дает возможность быстро оценить уровень подготовленности по широкому кругу вопросов у различного количества студентов одновременно; снижает трудоемкость проверки. Можно рассматривать тестирование как инструмент рационализации и демократизации учебного процесса.

Текущий контроль включает в себя проверку исходного уровня подготовленности студентов (в виде тестирования или устного опроса), контроль за процессом обучения (в виде устного опроса), заключительный контроль по теме занятия (в виде теста). Рубежный контроль имеет вид письменной контрольной работы.

Тестовый контроль является неотъемлемой частью научной организации учебного процесса. В системе высшего образования тестовый контроль является прогрессивным методом контроля качества и усвоения знаний студентами. Анализируя результаты заключительного тестового контроля, мы считаем, что для повышения мотивации студентов к учебной деятельности следует продолжать по предмету «Общий уход» регулярный предварительный и текущий автоматизированный тестовый контроль, что позволит:

- ✓ повысить мотивацию студентов к учебной деятельности.
- ✓ объективно оценивать практические навыки и теоретические знания студентов.
- ✓ своевременно выявлять погрешности в учебном процессе и усвоении студентами учебного материала.
- ✓ преподавателю более рационально и продуктивно проводить занятия по общему уходу за больными со студентами 2 курса.

Эффективность современных образовательных систем связывается с различными факторами, большая часть которых, направлена на создание интеллектуальной личности специалиста способного поддерживать профессиональный потенциал на уровне требований современной медицины. Наиболее подходящим способом контроля знаний студентов является тестирование. Для организации информатизации образовательного процесса был выбран путь технологий использования современной телекоммуникационных систем. Соответственно функция промежуточного и итогового контроля знаний обеспечена с помощью программы содержащейся в сетевой системе компьютерного обучения, созданной на базе организованного на факультете ВСО компьютерного класса.

Важнейшими особенностями сетевой системы компьютерного обучения и аттестации являются: открытость, универсальность и использование интегрированной базы данных. Открытость системы заключается в том, что она не только предоставляет обучающие ресурсы любому пользователю – студенту, но и обеспечивает препода-

вателям большие возможности для разработки курсов компьютерного обучения с использованием как несложного для освоения входного языка, так и интерактивного рабочего места. Универсальность обеспечивается тем, что система позволяет использовать все известные формы тестовых знаний и развитую систему педагогических сценариев работы, направленные на диалог системы со студентами по самым разнопрофильным дисциплинам. Использование универсальной интегрированной базы данных позволяет легко наращивать систему и обеспечивать обучение по индивидуальным учебным планам для каждого студента.

Наглядность подачи учебной информации, индивидуализация обучения, возможность учёта различного уровня начальной подготовки обучаемых, создание более комфортных условий для их учебной деятельности – вот далеко не полный перечень преимуществ, предоставляемых использованием информационных технологий в учебном процессе. Однако следует иметь в виду и некоторые негативные в психологическом плане моменты их применения. Индивидуализация обучения должна быть достаточно дозированным средством. Среди требований к современному специалисту-медику стоят и такие: умение работать в коллективе, навыки диалогического общения с коллегами, коммуникабельность, наличие лидерских и организаторских способностей. Их нельзя не учитывать при разработке методик применения даже самых совершенных информационных технологических средств.

Список литературы

1. Computer Industry Almanac Inc. World Internet Users (2001) [Electronic resource]. – URL: <http://www.c-i-a.com/200103.in.htm> (дата обращения: 21.04.2026).
2. The Chronicle of Higher Education. – 2001. – 15 June.
3. UNESCO. World Education 2000: The Right to Education: Towards Education for All Throughout Life. – Paris : UNESCO, 2000. – 200 p. [Electronic resource]. – URL: <http://www.UNESCO.org/education/information/wer/index/htm> (дата обращения: 21.04.2026).
4. Lewis M. Next, The Future Just Happened. – New York : W.W. Norton & Company, 2001. – 240 p.
5. Duquid P. Liberal Education. – 2001. – Spring. – P. 20–25.

6. Prusak L., Cohen D. Harvard Educational Review. – 2001. – June. – Vol. 71, No. 2. – P. 200–215.

ТЕРМОМЕТРИЯ ВЧЕРА И СЕГОДНЯ

Туркина Наталия Викторовна¹, Казунина Анжелика Владимировна¹

Безрукова Наталья Александровна²

¹ЧУ ОО ВО Университет «Реавиз»

г. Санкт-Петербург, Россия

²ГБОУ ПО «Пензенский областной медицинский колледж»

г. Пенза, Россия

Резюме *Рассматриваются вопросы термометрии тела человека с использованием различных современных термометров. Показана зависимость термометрии от места нахождения градусника на теле человека, показаны места для термометрии, включая детей. Рассматривается алгоритм процедуры, выполняемый медсестринским персоналом. Оцениваются результаты термометрии и их значение в клинической практике.*

Ключевые слова: *термометр, термометрия тела человека, алгоритм действий медсестры при термометрии, особенности современных термометров. Температурный лист. Графики лихорадок.*

Термометрия (греч. thermē теплота, + metreō мерить, измерять) — совокупность методов и способов измерения температуры, в том числе температуры тела человека. Измерение проводится с помощью специальных устройств – градусников. Температуру тела человека обычно измеряют максимальным медицинским термометром.

Температура тела — величина, характеризующая тепловое состояние организма. С медицинской точки зрения одним из наиболее важных факторов состояния человека является температура тела. Значительная часть заболеваний сопровождается характерным изменением температуры тела. С помощью регулярной термометрии можно наблюдать течение ряда заболеваний и контролировать эффект, вызванный лечением.

Температура тела — индикатор теплового состояния организма, регулируемого системой терморегуляции, состоящей из следующих элементов:

- центры терморегуляции (головной мозг)
- периферические терморецепторы (кожа, кровеносные сосуды)
- центральные терморецепторы (гипоталамус)
- эфферентные пути

Система терморегуляции обеспечивает функционирование процессов теплопродукции и теплоотдачи, благодаря чему у здорового человека поддерживается относительно постоянная температура тела. (см. рис1)



Рисунок 1. Схема постоянства температуры тела

Внутренняя среда организма человека поддерживает постоянную нормальную температуру его тела – $36-37^{\circ}\text{C}$. суточные колебания обычно регистрируются в пределах $0,1-0,6^{\circ}\text{C}$ и не должны превышать 1°C . Максимальную температуру тела отмечают вечером (в 17-21 ч), минимальную – утром (в 3-6 ч).

При повышении температуры окружающей среды кровеносные сосуды кожи расширяются, увеличивается ее теплопроводность и теплоизлучение, усиливается потоотделение, что приводит к повышению теплоотдачи и предотвращает перегревание организма при снижении температуры окружающей среды уменьшается теплоотдача за счет уменьшения теплопроводности кожи и сужения ее кровеносных сосудов, повышается теплопродукция вследствие усиления сократительной активности скелетных мышц (мышечная дрожь), что предотвращает снижение температуры тела и переохлаждения организма.

В ряде случаев у здорового человека отмечается незначительное повышение температуры:

- при интенсивной физической нагрузке
- после приёма пищи
- при сильном эмоциональном напряжении
- у женщин в период овуляции (повышение на 0,6-0,8°C)
- в жаркую погоду (на 0,1-0,5°C выше, чем зимой)
- Различают следующие степени повышения температуры:
- субфебрильная температура – между 37 и 38°C
- фебрильная – между 38 и 39°C
- высокая, пиретическая – между 39 и 41 °C
- чрезмерно высокая, гиперпиретическая – свыше 41°C – опасна для жизни, особенно у детей! (см.рис.2)



Рисунок 2. Схема характеристики температуры тела человека

**!!! ЛЕТАЛЬНАЯ МАКСИМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА
ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ 43 °С, ЛЕТАЛЬНАЯ МИНИМАЛЬНАЯ
ТЕМПЕРАТУРА – 15-23 °С.**

Нормальная жизнедеятельность человека возможна в диапазоне всего в несколько градусов! Понижение температуры тела значительно ниже **36 °С** и повышение выше **40–41 °С** опасно и может иметь тяжелые последствия для организма человека. Если каким-либо способом полностью прекратить теплоотдачу, человек погибнет через 4–5 ч от перегрева.

Необходимый баланс между образованием тепла и его отдачей поддерживается центральной нервной системой. Информация о температуре тела поступает в нее от периферических и центральных терморецепторов, одни из которых воспринимают повышение температуры, другие – понижение ее. Наружные (периферические) рецепторы расположены в коже и реагируют на изменение ее температуры, связанное в основном с изменением температуры окружающей среды. Центральные рецепторы расположены в различных областях головного и спинного мозга и реагируют на изменение температуры внутренней среды, в частности крови, омывающей нервные центры.

Различают температуру внутренней среды организма и температуру кожного покрова. Температура внутренних органов различна, зависит от интенсивности протекающих в них биохимических процессов и в целом значительно выше, чем температура кожного покрова, – в прямой кишке она на 0,3–0,4 °С выше, чем в подмышечной впадине. Самую высокую температуру имеет **печень** (около 39 °С). Температура кожи человека неодинакова на разных ее участках: выше в подмышечной впадине, несколько ниже на коже шеи, лица, туловища, еще ниже на коже кистей рук и стоп и самая низкая на коже пальцев ног.

Изменение температуры тела регулируется центром терморегуляции в гипоталамусе. Поступление в организм экзогенных пирогенов (например, бактерий) активирует лейкоциты, которые начинают выделять эндогенные пирогены. Последние стимулируют продукцию простагландина E^2 ($PG E_2$) в гипоталамусе, что приводит в результате ряда последовательных реакций к поддержанию температуры тела на более высоком уровне: увеличивается теплопродукция за счет мышечной дрожи (озноба) и снижается теплоотдача за счет

спазма периферических сосудов и блокирования потоотделения. Соответственно снижение температуры характеризуется прекращением мышечной дрожи и началом обильного потоотделения.

Правила измерения температуры

Термометрия (греч. thermē теплота, + metreō мерить, измерять) – совокупность методов и способов измерения температуры, в том числе температуры тела человека.

Основной единицей измерения температуры является градус Кельвина. В медицинской практике в нашей стране и большинстве других стран мира для термометрии используется шкала температур Цельсия, однако в США и Великобритании продолжают пользоваться шкалой Фаренгейта. Температура по Фаренгейту (t_F) и температура по Цельсию (t_C) связаны зависимостью $t_F = 32 + 1,8t_C$.

Все методы измерения температуры делят на:

- контактные, основанные на передаче тепла прибору, измеряющему температуру путем непосредственного контакта
- бесконтактные, когда передача тепла прибору осуществляется путем излучения через промежуточную среду, обычно через воздух. (см.рис.3)



Рисунок 3. Схема термометрии и виды градусников

Соответственно приборы для измерения температуры (термометры) подразделяются на контактные и бесконтактные. Главное место

в медицинской практике занимает контактная термометрия, основным достоинством которой является надежность передачи тепла от объекта термочувствительному звену термометра.

Для измерения температуры тела используют главным образом медицинский ртутный термометр, относящийся к жидкостным термометрам, принцип действия которых основан на тепловом расширении жидкостей (см.рис.4)



Рисунок 4. Схема устройства ртутного градусника

Ртутный термометр представляет собой прозрачный стеклянный резервуар с впаянной шкалой и капилляром, имеющим на конце расширение, заполненное ртутью. Такой термометр еще называют **максимальным**, потому что столбик из ртути поднимается до последней точки нагрева – и без встряхивания не опускается. Им можно измерить температуру от 34 до 42 градусов Цельсия (*температурный коэффициент расширения ртути приблизительно в 500 раз больше температурного коэффициента расширения стекла, что обеспечивает заметное перемещение ртутного столба в капилляре при относительной неизменности размеров последнего*).

Места измерения температуры тела определяют в зависимости от характера заболеваний. Диапазон измерения температуры составляет 34–42°C, цена деления 0,1°C. Ртутный термометр используется для измерения температуры:

- в подмышечной впадине,
- в паховой складке (у детей),
- в прямой кишке,
- в ротовой полости (подъязычная область) при невозможности измерить в подмышечной впадине (например, при травме грудной клетки),
- во влагалище, как правило в гинекологической практике.

В норме температура тела в естественных складках ниже на 0,5–0,8°C температуры на слизистых (полость рта, прямая кишка, влагалище)

Условия измерения

- Температуру тела у пациентов измеряют, как правило, 2 раза в день: утром натощак (с 7 до 9) и вечером перед последним приёмом пищи (с 17 до 19).
- Измерять температуру тела после приёма пищи не рекомендуется, т.к. показания термометра будут более высокими (усиливается теплопродукция).
- Измерение температуры следует проводить в спокойном состоянии пациента, в присутствии медсестры.

В отдельных случаях (по назначению врача), температуру тела измеряют через каждые 3 часа - что называется измерением *профиля температуры*. Если температуру необходимо измерять чаще, то врач указывает необходимый интервал времени при назначении профиля температуры.

В связи с принятием во всём мире Минаматской конвенции о ртути, направленной на защиту здоровья людей и окружающей среды от антропогенных выбросов и высвобождений ртути и её соединений, которые могут приводить к отравлениям ртутью, с 2020 года запрещено производство, экспорт и импорт ртутьсодержащей продукции, в том числе, ртутных термометров. В 2007 году Европейский союз запретил производство стеклянных ртутных термометров, заменив этот ингредиент спиртом или галлистаном. Галинстановый термометр. Внешне ничем не отличается от ртутного градусника. Разница заклю-

чается в том, что вместо ртути содержит галинстан (смесь жидких металлов, состоящих из индия, олова, галлия).

Температура человеческого тела, находящегося в состоянии покоя, называется базальной. Её принято измерять в подмышечной впадине или прямой кишке. Ректальный метод термометрии наиболее быстрый и точный. Термометр через анальное отверстие вводится в прямую кишку пациента (см.рис.5).



Рисунок 5. Выполнение термометрии ректальным способом

Измерение ректальной температуры осуществляется не только у женщин, планирующих беременность, но и у мужчин и детей. Показания для обследования:

- воспаление кожи в подмышечных впадинах;
- переохлаждение;
- патологические процессы в прямой кишке;
- истощение организма.

При данном способе измерения температуры тела важно учитывать, что в прямой кишке показания градусника выше на 1 градус, чем в подмышечных впадинах.

Данный метод используется у детей до 4–5 лет, а также у истощенных и ослабленных больных, наиболее подойдет новорожденным малышам. Для этого малыша кладут на животик, придерживают за ягодицы и вводят наконечник (который перед этим смазывают детским кремом) на глубину не более 2 см. Современный электронный градусник способен измерить температуру ректальным способом меньше чем за 3 минуты.

Ректальный способ измерения температуры, особенно если оно выполняется не медиком, должно быть облегчено с помощью личной смазки колбы градусника, например вазелином. Хотя ректальная температура является наиболее точной, этот метод может считаться неприятным или неловким в некоторых странах или культурах, особенно если он используется на взрослых пациентах; кроме того, если нарушить правильность исполнения, ректальное измерение температуры может быть неудобным и в некоторых случаях болезненным для пациента. Ректальное измерение температуры считается методом выбора для младенцев.

Нормальная температура при ректальном измерении 37,3–37,7°C

Ни в коем случае нельзя измерять температуру ректальным способом тем, кто страдает геморроем и диареей!

Ректальный метод термометрии тела человека рекомендуют использовать женщинам, которые планируют забеременеть и им необходимо вычислить благоприятные дни для зачатия. Для определения овуляции необходимо измерять температуру утром в одно и то же время.

Ректальная температура является важнейшим показателем здоровья человека. Изменение этого показателя является признаком воспалительных процессов. Повышенная или пониженная температура требует немедленного медицинского вмешательства. Определение температуры в прямой кишке обладает наивысшей точностью и достоверностью измерения. Это вызвано одинаковой температурой прямой кишки и внутренних органов. Постоянство и стабильность температуры в прямой кишке объясняются особенностями строения ануса. Наличие сфинктера, закрывающего задний проход от внешней среды, позволяет измерить внутреннюю температуру организма с наивысшей точностью.

При ректальном способе термометрии тела человека используют различные виды термометров. В последнее время электронные приборы получили наибольшее распространение. Это вызвано их безопасностью, простотой и удобством в использовании.

Современные цифровые технологии используют аналого-цифровые преобразователи для превращения неэлектрического измеряемого параметра (температуры тела человека) в электрический сигнал (амплитуда и пр.) и микрокомпьютеры для анализа полученной информации. (см. рис 6 а,б)



а



б

Рисунок 6 (а,б). Электронные цифровые термометры

Не содержит ртути, обеспечивает быстрое и точное измерение температуры (за 10 секунд), ударопрочный корпус, память последнего измерения, звуковой сигнал, влагозащита датчика, точность измерения $-0,1^{\circ}\text{C}$, диапазон измерений $0^{\circ}-100^{\circ}\text{C}$. (см.рис.7)



а



б

Рисунок 7 (а,б). Для измерения температуры в слуховом канале используют инфракрасный термометр

Контактная жидкокристаллическая термография.



Рисунок 8. Жидкокристаллический термометр

Контактный жидкокристаллический термометр не содержит ртути, латекса и каких-либо токсичных веществ, не ломается, им невозможно пораниться. Это устройство позволяет получать результат напрямую, без использования сложных микросхем и элементов питания, которые могут сломаться или внести погрешности в точность измерения. Использование его чрезвычайно просто. Для измерения температуры тела потребует не больше 1–3 минут в зависимости от выбранного способа измерения. Простая матричная конструкция обеспечивает четкую, достоверную информацию каждый раз, в любое время. Показания легко считываются, использование не требует сложных инструкций. Контактный жидкокристаллический термометр широко используется врачами в госпиталях США, Европе, Японии. Миллионы людей используют его уже более 5 лет. Возможно самое лучшее это то, что этот термометр можно использовать как действительно персональный, каждый в семье может иметь собственный. При раздельном использовании никакого риска переноса инфекции, что возможно при использовании одного термометра для всех. Поскольку контактный жидкокристаллический термометр не требует особых условий хранения это то, что может быть всегда с собой: дома, на работе, отдыхе, в поездке. В контактном жидкокристаллическом термометре использована передовая технология точного фазового измерения, что позволило создать этот компактный, долговечный, точный термометр.

Способы измерения температуры тела жидкокристаллическим термометром

Подмышечное измерение температуры тела. Поместите индикатор термометра в подмышечную впадину, параллельно длине тела. Опустите и крепко прижмите руку к телу. Время измерения температуры таким способом около 3 минут. Извлеките термометр и прочтите результат сразу же!

Оральное измерение температуры тела

Поместите индикаторную часть термометра с точками под язык, поместив термометр в тепловые мешочки, находящиеся справа и слева в глубине под языком. Держите рот закрытым. Подождите не меньше 1 минуты перед извлечением. Извлеките жидкокристаллический термометр и прочтите результат сразу же!

Для детей до 3-х лет используйте только подмышечный способ измерения температуры тела жидкокристаллическим термометром!



а



б

Рисунок 9 (а,б). Оральное измерение температуры жидкокристаллическим термометром

Чтение результата измерения

Последняя из потемневших точек на индикаторной части жидкокристаллического термометра показывает истинную температуру (первая точка в ряду соответствует температуре, указанной в начале ряда, а каждая последующая точка $+0,1^{\circ}\text{C}$). Термометр готов к повторному измерению уже через 30 секунд после предыдущего использования. Область измерения температуры составляет от $35,5^{\circ}\text{C}$ до $40,4^{\circ}\text{C}$. Значение нормальной температуры, при:

- оральном измерении $36,3^{\circ}\text{C}$ - $37,3^{\circ}\text{C}$
- при подмышечном измерении $36,0^{\circ}\text{C}$ - $37,0^{\circ}\text{C}$.

Уход и хранение жидкокристаллического термометра

Вы можете протирать жидкокристаллический термометр спиртом или мыть теплой мыльной водой. Возможна обработка дезинфицирующими растворами. Хранить жидкокристаллический термометр можно в удобном кард-кейсе.

Локальные измерения температуры осуществляются с помощью **электротермометров**, термочувствительным звеном которых является терморезистор – полупроводниковый резистор, электрическое сопротивление которого зависит от температуры. Термочувствительные элементы выполнены как точечные термошупы, площадь контакта которых с исследуемым объектом 1–2 мм². Серийно выпускаемый медицинский электротермометр ТПЭМ-1 имеет три таких термошупа (для измерения температуры кожи, мягких тканей и полостей тела) и две шкалы общим диапазоном 16–42° с ценой деления 0,2°. Электротермометры широко используются для измерения сегментарной температуры, а также для длительных наблюдений за температурой тела во время хирургических операций, у тяжелобольных, в условиях реанимации. При длительных наблюдениях термошупы обычно вводят в прямую кишку, иногда в пищевод.

Температуру в полости желудочно-кишечного тракта в ряде случаев измеряют телеметрически с помощью проглатываемой обследуемым радиокапсулы, представляющей собой миниатюрный радиопередатчик, соединенный с датчиком температуры. Термочувствительным звеном датчика служит сегнетокерамический элемент, диэлектрическая проницаемость которого изменяется в зависимости от температуры, обуславливая соответственные изменения частоты передаваемых колебаний. Эти колебания воспринимаются приемным устройством, находящимся вне тела обследуемого.

Термометрия тела является одним из обязательных компонентов *обследования больного*; с помощью термометрии распознают лихорадочные и гипотермические состояния.

Температура базальная (лат. *temperatura* соразмерность, нормальное состояние) – температура тела, измеренная утром после сна до приема пищи; используется при исследовании динамики температуры тела.

Температуру измеряют чаще всего в подмышечной впадине, реже в паховой складке, полости рта, прямой кишке или во влагалище.

Помните, что при измерении температуры тела в подмышечной впадине или в паховой складке кожу следует предварительно вытереть досуха.



а

б

Рисунок 10 (а, б). Измерении температуры тела в подмышечной впадине ртутным и электронным градусником

Чтобы термометр плотно прилегал к коже, плечо прижимают к груди. У тяжелобольных, находящихся в бессознательном состоянии, а также у детей термометр удерживают в подмышечной впадине определенным положением руки больного. Перед введением прямую кишку термометр смазывают вазелином. Продолжительность измерения температуры в подмышечной впадине составляет примерно 10 мин. Температуру, как правило, измеряют 2 раза в день (в 7–8 ч утра и в 17–19 ч вечера), при необходимости измерение проводят чаще – каждые 2 или 4 часа. После измерения температуры термометр несколько раз энергично встряхивают, и ртуть опускается, обычно ниже шкалы измерений. Встряхивать надо осторожно, чтобы не разбить термометр. Если же это случится, ртуть следует собрать и удалить из помещения, т.к. пары ртути вредны. Термометр следует протереть дезинфицирующим раствором или поместить его в сосуд с таким раствором. Дома термометр хранят в футляре. Перед употреблением его протирают ваткой, смоченной спиртом или одеколоном, а при необходимости моют теплой (но не горячей) водой с мылом. Показания термометра отмечают в температурном листе (дома записывают на обычном листе бумаги), т.к. важно установить колебания температуры тела.

При измерении в подмышечной впадине нормальной считают температуру 36,4–36,8°. Наиболее высокая температура в течение дня наблюдается между 17 и 21 часами, а наиболее низкая – между 3 и 6 часами утра; разница температур при этом у здоровых лиц, как правило, не превышает 0,6°. После еды, больших физических и эмоциональных напряжений, в жарком помещении температура тела несколько повышается. Зависит температура и от возраста; у детей она

выше в среднем, чем у взрослых на $0,3-0,4^{\circ}$, в преклонном возрасте может быть несколько ниже. Асимметрия аксиллярной температуры встречается весьма часто (54%), при этом слева она несколько выше.

В полости рта нормальная температура составляет $36,0 - 37,3^{\circ}\text{C}$
(в среднем $36,8^{\circ}\text{C}$).

Термометр помещают под язык справа или слева от уздечки и просят больного держать рот закрытым. Длительность измерения температуры тела составляет 3 минуты. Этот способ не используется у детей в возрасте до 4 лет, а также у возбудимых детей, так как при повреждении ртутного термометра ртуть сразу же попадает в рот, что представляет большую опасность.

В настоящий момент для нужд педиатрии выпускается электронный градусник-соска. Пустышка-термометр – самый удобный для родителей способ измерения температуры тела малышей. Пока ребенок сосет мягкую силиконовую соску, на дисплее цифрового термометра отражается показание температуры тела с точностью до $0,1^{\circ}\text{C}$. Процедура измерения температуры тела занимает менее 5-ти минут, после чего пустышка подаёт звуковой сигнал. Можно использовать у детей с самого рождения.

В прямой кишке нормальные значения термометрии составляют $36,7 - 37,3^{\circ}\text{C}$.

Достаточно широко показания ректальной термометрии используется для дифференциальной диагностики в экстренной хирургической практике.

Такое измерение температуры тела может широко использоваться у детей в возрасте до 4 лет. Для этого необходимо смазать термометр вазелином и ввести в прямую кишку на глубину 2 см. Во время измерения нужно удерживать термометр между пальцами руки, лежащей на ягодице ребенка. Длительность измерения температуры тела составляет 1–2 минуты.

Список литературы

1. Аксельрод УК, Дирингер МН. Измерение температуры при острых неврологических расстройствах 2006; 22: 767–785.
2. Анисимова Н.В. Термометрия как метод функциональной диагностики. Известия ПГПУ. Естественные науки. 2007; 5(9).
3. Антончик С. Л. Температурные характеристики органа зрения в норме и при некоторых патологических процессах. Автореф. дис. – Тюмень, 2005; 24: 7с.
4. Вебер В. Р., Чуваков Г. И. Лапотников В. А. «Основы сестринского дела». М., 2001.
5. Мухина С.Н., Тарновская И.И. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» – М., Родник, 1998.
6. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского ухода. Серия «Медицина для вас». Ростов – на - Дону, Феникс, 2000.
7. Российское общество красного креста. Первая помощь. Учебник. Канадское общество красного креста 1994.
8. Рык П.В., Царькова С.А., Ваисов Ф.Д. Медицинская термометрия: методы и способы регистрации температуры тела. Учебное пособие. Екатеринбург 2010; 12–15
9. Соколова Н. Г. Новый справочник медицинской сестры. Серия «Медицина для вас». Ростов - на - Дону, Феникс, 2001.
10. Струев И. В., Чиняк В. Н. Температурная характеристика пародонта в норме и патологии. Пародонтология. 2007; 4: 13–15.
11. Туркина Н. В., Филенко А. Б. Общий уход. Учебник. М., 2006.
12. Учебно-методическое пособие по основам сестринского дела для студентов. Том 2. МЗ РФ Государственное образовательное учреждение ВУНМЦ. М, 2000.
13. Федюкович Н. И. Основы медицинских знаний. Учебное пособие. Ростов - на - Дону, Феникс, 2001.
14. Visego KC, Баррос RC, Бранко LG. Физиология терморегуляции. Сравнительные аспекты. 2007; 147: 616–639.
15. Erickson R, Woo T. Accuracy of infrared thermometry and traditional temperature methods in young children. Heart Lung 1994; 23:181–95.
16. Christopher C. Young, MD, Robert N. Sladen. Мониторинг температуры. Журнал «Медицина неотложных состояний» 2008; 4 (17).

ПРОБЛЕМЫ И ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ПРОЛЕЖНЯМИ

Туркина Наталия Викторовна¹, Казунина Анжелика Владимировна¹
Безрукова Наталья Александровна²

¹ЧУ ОО ВО Университет «Реавиз»,
г. Санкт-Петербург, Россия

²ГБОУ ПО «Пензенский областной медицинский колледж»,
г. Пенза, Россия

Проблема профилактики и лечения пролежней и сегодня сохраняет свою актуальность. Несмотря на наличие большого выбора различных средств, облегчающих уход за больными, число пациентов с пролежнями не уменьшается, что существенно тормозит процесс лечения больного, а иногда приводит и к смерти пациента.

По данным английских авторов в медико-профилактических учреждениях по уходу пролежни образуются у 15 - 20% пациентов. По результатам исследования, проведенного в США, около 17% всех госпитализированных пациентов находятся в группе риска по развитию пролежней или уже имеют их [3,4,5].

Оценочная стоимость по лечению пролежней у одного пациента составляет от 5000 до 40.000 \$!!! По данным Д. Ватерлоу в Великобритании стоимость ухода за пациентами с пролежнями оценивается в 200 млн. фунтов стерлингов и ежегодно возрастает на 11% [3,4,5].

Помимо экономических (прямых медицинских и немедицинских) затрат, связанных с лечением пролежней, нужно учитывать и нематериальные затраты: тяжелые физические и моральные страдания, испытываемые пациентом [4,5,7].

Адекватная профилактика пролежней позволяет предупредить их развитие у пациентов группы риска более, чем в 80% случаев [12,13]. Как правило, основной круг возникающих у всех вопросов один и тот же. Их можно сформулировать следующим образом:

- ✓ Как часто у больных образуются пролежни?
- ✓ У какого контингента больных чаще возникают пролежни?
- ✓ Чем вызвано их появление?
- ✓ Насколько высока вероятность их возникновения при той или

другой нозологической форме заболевания?

- ✓ Можно ли предотвратить возникновение пролежней?
- ✓ Имеются какие-либо технические приспособления для профилактики пролежней?

Очень многие медицинские работники, говоря о пролежнях, не представляют себе в полной степени механизм и причины их образования. Что это? Непрофессиональный или небрежный уход за пациентом? Опыт практической деятельности показывает, что даже при обязательном выполнении всех требований гигиены пролежни могут все же появляться. Имеет значение совокупность причин, приводящих к развитию пролежней, даже на фоне грамотного ухода за пациентом. У здоровых людей никогда не бывает пролежней. Почему? Они могут свободно двигаться, они перемещают тяжесть своего тела с одной его части на другую: при ходьбе, стоя, сидя, лежа и даже во сне. У больных людей и инвалидов, долгое время находящихся в постели или в кресле, могут появляться пролежни, но все же у большинства этого не происходит. Это зависит от того, как часто пациенты изменяют положение своего тела.

Пролежни (decubitus) - патологические изменения тканей дистрофического или язвенно-некротического характера, возникающие у лежачих ослабленных больных, подвергающихся на местах систематическому давлению, где мягкие ткани сдавливаются поверхностью постели. Образованию пролежней способствует отсутствие подвижности пациента, некачественный уход за кожей, неудобная постель, редкое перестиливание [18].

Основной причиной возникновения пролежней является давление, оказываемое на мягкие ткани. Для понимания механизма этого явления, необходимо знать, как поддерживается жизнедеятельность мягких тканей. Каждая клетка человеческого организма нуждается в поступлении кислорода, воды и питательных веществ и в удалении из неё продуктов жизнедеятельности. Кровь приносит к клеткам необходимые вещества и уносит отходы. Таким образом, осуществляется обмен веществ, необходимый для поддержания жизнедеятельности клетки. Движение крови по телу происходит в результате работы сердца. С каждым ударом сердца кровь под давлением стремительно поступает в крупные артерии, которые многократно разветвляются на артерии меньшего размера, а затем на артериолы. Схематично движение крови в организме можно представить следующим образом:

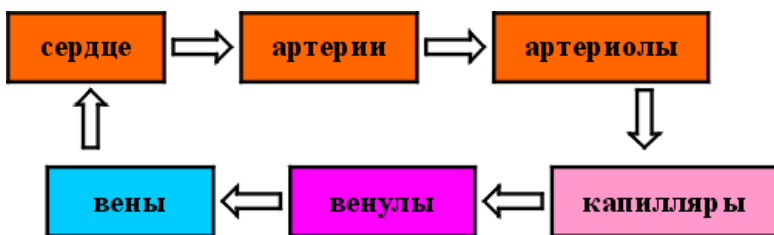


Рисунок 1. Схема движения крови в организме

Артериолы, разветвляясь, образуют систему мельчайших и тончайших кровеносных сосудов-капилляров (сеть), которые и сообщаются непосредственно с клетками (рис.2).

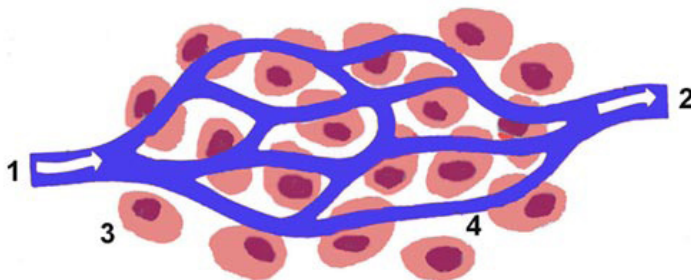


Рисунок 2 Схема капиллярной системы
(1 - артериола, 2 - венула, 3 - клетка, 4 – капилляр)

Пройдя через капиллярную сеть, кровь собирается через тонкие венулы, которые, соединившись, образуют вены. Вены меньшего калибра впадают в большие, и кровь возвращается в сердце. Так осуществляется непрерывный цикл кровообращения. Для питания тканей необходима не только циркуляция крови, но и поступление в клетки питательных веществ и кислорода. За эту задачу отвечают капилляры, которые так малы, что увидеть их можно только с помощью сильного микроскопа, а их стенки так тонки, что кислород и питательные вещества легко проникают сквозь них и попадают в клетку (рис.3).

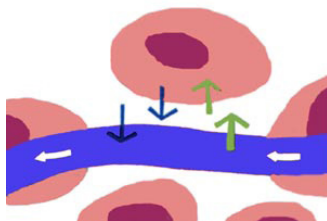


Рисунок 3 Схема диффузии веществ через стенку капилляра

Кислород и питательные вещества (зеленые стрелки) из капилляра попадают в клетки



Рисунок 4 Лёжа на стеклянной поверхности

Продукты обмена из клеток поступают в капилляры и уносятся кровью по венозной системе. Жизненно важный обмен кислородом, питательными веществами и другими продуктами жизнедеятельности происходит до тех пор, пока кровь движется по капиллярам. Если сердце перестанет обеспечивать кровообращение, то движение крови во всех артериях, капиллярах и венах прекратится и наступит смерть. Но что же происходит, если сердце продолжает работать, а кровь не поступает только в некоторые сосуды? Если представить себе лежащего в постели пациента, какой бы мы увидели поверхность кожи пациента (при возможности «видеть» сквозь матрас)? (Рис.4) [18].

Обратите внимание на вид кожи в нижней части спины, в области ягодиц. Хорошо видно, что в месте соприкосновения кожи с поверхностью образуется зона сплющивания, имеющая другую окраску. Это то место, где в сдавленных под крестцом сосудах кожи нарушен кровоток. Если движение крови заблокировано надолго, то значительное количество клеток отмирает. В течение нескольких дней мертвые клетки распадаются, образуется некроз тканей - пролежень.

Основными причинами образования пролежней являются возникающие **блокирование кровообращения и недостаток движения** больного. Бывает, что мягкие ткани сдавливаются, если тело больного упирается в жесткие предметы (спинка кровати, боковой ограничитель на кровати и др.). Неудачно наложенные повязки, шины, катетеры, также могут способствовать образованию пролежней. Любой твердый предмет, осуществляющий давление на кожу, может быть опасным, если у пациента нарушена функция движения. Необходимо помнить, что пуговицы, узлы на одежде, булавки и прочие мелкие предметы, попадающие в постель, способны создавать области сильного давления на тело пациента и перекрывать движение крови. Поврежденная кожа и мягкие ткани наиболее подвержены опасности возникновения пролежней. Если же наружные слои кожи оцарапаны или потерты - это явление сопровождается зудом и чесанием. Больные могут и расчесать ее. Иногда ссадина так мала, что ее еле видно, но она опасна, так как поверхность кожи уже повреждена. Повреждения кожи возникают у пациента в постели, когда он упирается локтями и пятками в поверхность постели, пытаясь сдвинуться. Он скользит, натирая локти и пятки о простынь, возникает «ожог» от трения. Аналогичная ситуация возникает, когда неподвижного больного тянут по кровати, при этом возникает трение кожи о простыню. Если простыня из грубого полотна и накрахмалена, то вероятность получения «ожога» от трения увеличивается [1,2,6,7].

Нужно помнить, что обыкновенный лейкопластырь может быть опасен для кожи пациентов. При неровном наложении пластырь будет растягивать кожу, образуя складки. При удалении пластыря с поверхности кожи отрывается эпидермис, что делает кожу более тонкой и легко повреждаемой. Кожа некоторых пациентов обладает повышенной чувствительностью к пластырю и, таким образом, может подвергаться аллергической реакции. Слишком сухая кожа

может шелушиться, облезать или трескаться, что приводит к нарушению целостности внутренних слоев. Сквозь трещины могут проникать бактерии и размножаться на поверхности кожи и внутри тканей. Слишком влажная кожа также обладает меньшей сопротивляемостью к повреждению. Кожа, находящаяся слишком долго во влажном состоянии, опухает, становится мягкой и легко травмируется. Поэтому пациенты, которые не могут контролировать деятельность мочевого пузыря или кишечника, нуждаются в дополнительном сестринском уходе. Важно не допускать длительного намокания кожи и обеспечивать смену чистого постельного белья. Обильное потовыделение в жаркую погоду или при повышенной температуре тела тоже является проблемой, требующей решения. Выделения из открытых ран, иногда из самих пролежней, могут вызывать воспаление окружающей кожи. Инфицирование кожи и мягких тканей ведет к их повреждению и затрагивает ткани, лежащие глубже. Особенно подвержена инфицированию грязная, чересчур сухая или чрезмерно влажная кожа. Некоторые медицинские препараты, наносимые на кожу, нередко могут вызвать повреждения кожи (хорошо известно, что пациентов с сахарным диабетом или с явлениями тиреотоксикоза не следует смазывать йодом - возникают ожоги кожи). Плохое питание наносит вред здоровью любого человека. Если пациент получает недостаточное количество воды, белков и других необходимых элементов, включая определенные витамины и минералы, то его ткани не смогут сопротивляться возникновению повреждений и восстанавливаться после них. Само заболевание, острое или хроническое, ослабляет пациента [9,11].



Рисунок 5. Классификация пролежней

В возникновении экзогенных пролежней основную роль играет фактор длительного и интенсивного сдавливания мягких тканей. Ослабление организма при этом виде пролежней лишь создает условия, при которых пролежни развиваются быстрее и распространяются шире и глубже, чем у здоровых лиц.

Экзогенные пролежни бывают:

- наружные;
- внутренние.

Наружные экзогенные пролежни возникают при сдавливании мягких тканей (особенно если они не содержат мышц - например, в области лодыжек, бугра пяточной кости, мыщелков и вертелов бедра, локтевого отростка и т. п.) между костью (обычно костным выступом) и каким-либо внешним предметом (поверхность матраца, повязка, шина и др.). В подавляющем большинстве случаев такие пролежни встречаются у оперированных больных, находящихся длительно в вынужденном положении, а также у травматологических больных с неправильно наложенной гипсовой повязкой или шиной, неточно подогнанным протезом, корсетом, лечебным ортопедическим аппаратом.

Внутренние экзогенные пролежни возникают в стенках раны, в слизистой оболочке органа, стенке сосуда в результате длительного пребывания в глубине раны или соответствующем органе жестких дренажных трубок, плотного тампона, трахеотомической трубки, зубного протеза, катетера. В возникновении эндогенных пролежней главную роль играет фактор ослабления организма, глубокого нарушения основных его жизненных функций и трофики тканей. Детализируя этиологию эндогенных пролежней, их делят на две группы:

- смешанные;
- нейротрофические.

Эндогенные смешанные пролежни возникают у истощенных тяжелобольных с глубокими циркуляторными нарушениями, нередко страдающих сахарным диабетом, вынужденных в течение длительного времени лежать в постели неподвижно, не имея сил самостоятельно изменить положение тела или отдельных его частей (ног, рук). В этом случае даже небольшое давление на ограниченном участке приводит к ишемии кожи и подлежащих тканей и к образованию пролежней.

Пролежни возникают:

- при положении больного на спине - в области бугров пяточных костей, крестца и копчика, лопаток, на задней поверхности локтевых суставов, реже над остистыми отростками грудных позвонков и в области наружного затылочного выступа [18]. (рис.5);

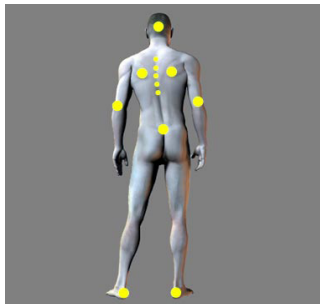


Рисунок 5. Места образования пролежней при положении больного лёжа на спине.

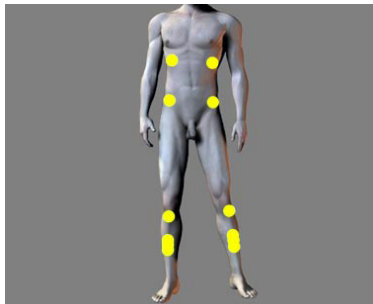


Рисунок 6. Места образования пролежней при положении больного лёжа на животе.

- при положении больного на животе - на передней поверхности голеней, особенно над передними краями большеберцовых костей, в области надколенников и верхних передних подвздошных остей, а также у края реберных дуг [18]. (рис.6);

- при положении больного на боку - в области латеральной лодыжки, мыщелка и большого вертела бедренной кости, на внутренней поверхности нижних конечностей в местах тесного прилегания их друг к другу [18]. (рис.7);

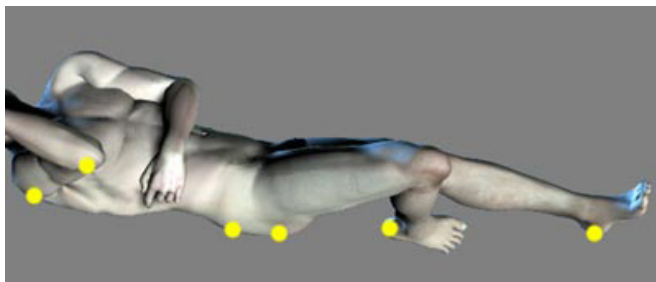


Рисунок 7. Места образования пролежней при положении больного лёжа на боку

- при вынужденном сидячем положении больного - в области седалищных бугров [18].

Эндогенные нейротрофические пролежни возникают у больных с органическими нарушениями нервной системы (перерыв и контузия спинного мозга, кровоизлияние в мозг, размягчение и опухоли головного мозга, повреждение крупных нервных стволов, например, седалищного нерва и др.). Основную роль в возникновении этого вида пролежней играют резкие нейротрофические расстройства, настолько нарушающие обменные процессы и микроциркуляцию в тканях (рис.8), что для возникновения пролежней оказывается достаточным давления простыни, одеяла или даже веса собственной кожи, расположенной над костными выступами. Так образуются эндогенные пролежни над верхними передними подвздошными остями у больных с повреждением спинного мозга, лежащих на спине.



Рисунок 8. Места нарушений микроциркуляции из-за давления

Диагноз ставится на основании данных осмотра. При этом используются следующие критерии:

- 1 гнойное отделяемое;
- 2 боль, отечность краев раны.

Диагноз подтверждается бактериологически при выделении микроорганизма в посевах образцов жидкости, полученных методом мазка или пункции из краев раны.

Первый признак развития пролежней - бледность участков кожи с последующим их покраснением, отечностью и отслаиванием эпидермиса. Затем появляются пузыри и некроз кожи. В тяжелых случаях омертвлению подвергаются не только мягкие ткани, но также надкостница и поверхностные слои костного вещества. Присоединение инфекции может привести к сепсису и быть причиной смерти больного.

В развитии некробиотических процессов при пролежнях различают 4 стадии: - I стадия (циркуляторных расстройств) устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены, отёчность тканей.



Рисунок 9. I стадия (циркуляторных расстройств)



Рисунок 10. II стадия (некротических изменений и нагноения)

- II стадия (некротических изменений и нагноения) стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов (некроз) с распространением на подкожную клетчатку.

- III стадия разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; могут быть жидкие выделения из раны.



Рисунок 11. III стадия развития пролежней – некроз кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу

- IV стадия поражение (некроз) всех мягких тканей; наличие полости, в которой видны сухожилия и/или костные образования



Рисунок 12. IV стадия поражения (некроз)

Пролежни могут осложняться флегмоной, абсцессом, гнойными затеками, рожистым воспалением, гнойными тендовагинитами, и артритом, газовой флегмоной, анаэробной инфекцией, кортикальным остеомиелитом и др. Наиболее типичным осложнением для резко ослабленных больных является развитие сепсиса. Если вы ухаживаете за пациентом, у которого имеется тенденция к образованию пролежней, необходимо сделать все возможное, чтобы избежать их появления. Принимая необходимые меры, опасность можно значительно уменьшить.



Рисунок 13. IV стадия поражения (некроз), видна головка бедренной кости

Пролежень - это рана на коже человека. Меры по лечению пролежней будут аналогичны мерам по их профилактике, с тем только различием, что добавляется уход за раной.

Оценка пролежня. При первичной оценке пролежня определяется локализация, стадия, величина (длина, ширина, глубина), наличие карманов, поражение подлежащих тканей, экссудация и т. п.). Приведенная ниже форма содержит все возможные параметры первичной оценки. Наряду с остальными признаками, необходимо указать локализацию язвы. Кроме того, рекомендуется сделать цветное фото язвы для занесения в историю болезни. Точное определение размера и объема язвы путем измерения объема жидкости – практичный, быстрый и недорогой способ. Рану закрывают пленкой и заполняют стерильной жидкостью (например, раствором Рингера) с помощью шприца.

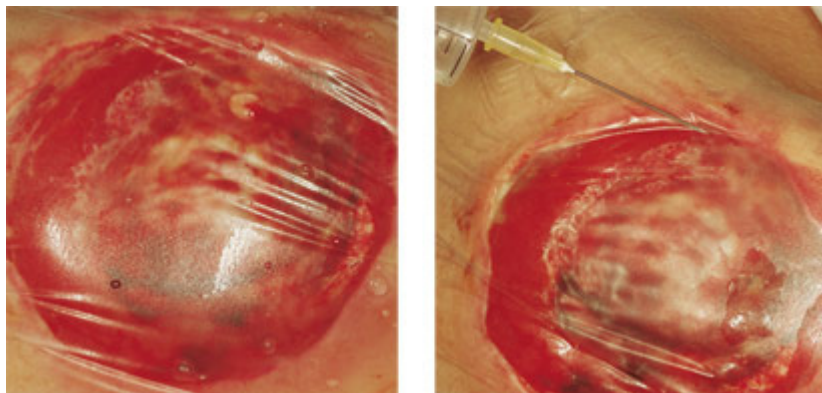


Рисунок 14. Первичная оценка пролежня

При оценке необходимо обращать внимание на общее физическое состояние пациента, возможные осложнения сопутствующих заболеваний, выраженность болей. Кроме того, следует тщательно оценить психологическое состояние.

Необходимыми условиями для успешного лечения пролежней является:

- ✓ исключение непрерывного давления на пораженную область,
- ✓ лечение основного заболевания,
- ✓ обеспечение тщательного ухода за больным.

При экзогенных пролежнях местное лечение следует направить на то, чтобы не допустить перехода сухого некроза во влажный (см. ГОСТ Р 56819-2015 Надлежащая медицинская практика. Информационная модель. Профилактика пролежней.). С этой целью струп и кожу вокруг него смазывают растворами, которые способствуют высушиванию некротизированных тканей.

Для фиксации раневых повязок в продаже имеется ряд вспомогательных средств разных типов: например, эластичный фиксирующий материал Omnifix («Омнификс») идеален для закрытия всей поверхности. Прозрачная и непроницаемая для микроорганизмов повязка с пленочным слоем Hydrofilm («Гидрофильм») очень хорошо подходит для закрытия ран в областях, подверженных микробному загрязнению, например, в области крестца, и обеспечивает надежную защиту от вторичной инфекции. Когезивный эластичный фиксирующий бинт Peha-haft («Пеха-хафт») незаменим для фиксации повязок, например, HydroClean plus («ГидроКлин плюс»), в пяточной области. Материал Peha-haft («Пеха-хафт») можно накладывать даже на сложные для наложения повязок части тела без дополнительного закрепления пластырями. Если требуется пластырь для фиксации повязки, в наличии имеются пластыри Omniplast («Омнипласт»), Omnisilk («Омнисилк»), Omnipor («Омнипор») и Omnifilm («Омнифильм») с различными показаниями, не раздражающие кожу.

Ассортимент Menalind Professional («Меналинд Профешнл») включает три ряда продукции:

- Очищающие средства – лосьон для промывания, шампунь, средство для лечебных ванн, ткань для увлажнения.
- Средства для ухода – крем для рук, жидкость для кожи, масло для кожи, лосьон для тела и масло для ванн.
- Средства для защиты кожи – защитный состав, защитный крем для рук и защитное масло в аэрозольном баллончике.

Гидроактивные раневые повязки для лечения ран во влажной среде

Сегодня влажная терапия считается стандартным методом лечения ран, заживающих вторичным натяжением через образование грануляционной ткани. Этот метод показал себя особенно эффективным при лечении хронических незаживающих ран. Имеется широкий выбор гидроактивных перевязочных материалов для влажной терапии

ран, предназначенных для лечения ран на различных стадиях заживления и охватывающей весь необходимый спектр терапевтических средств.



Рисунок 15. Гидроактивные повязки

При показаниях производят кожную пластику.

При эндогенных пролежнях основные усилия направляются на лечение заболевания, приведшего больного к тяжелому состоянию. Для поднятия сил больного широко используют (с учетом показаний) дезинтоксикационные мероприятия, стимулирующую терапию, переливание крови, вливание кровезамещающих жидкостей, витаминотерапию, лечебное питание и др. Местное лечение направлено на ускорение отторжения некротизированных тканей. Наиболее эффективны в этом отношении протеолитические ферменты, гипертонические влажно-высыхающие повязки. При гнойных осложнениях или декубитальной гангрене прибегают к оперативному вмешательству - вскрытию флегмоны, гнойных затеков, некрэктомии, дренированию ран и др.

Эффективны физиотерапевтические процедуры, ускоряющие отторжение некротизированных тканей. Для уменьшения плазмопотери и профилактики вторичной инфекции при смещении повязки рану закрывают коллагеновой пленкой. При наличии показаний используют оперативное лечение.



Рисунок 16. Вид пролежня после оперативного лечения

На всех этапах лечения осложненных пролежней проводят посевы отделяемого для изучения характера и чувствительности выделенной микрофлоры, применяют антибиотики и другие противомикробные препараты (сульфаниламиды, нитрофураны, иммунные препараты и др.). Прогноз при экзогенных пролежнях благоприятный. По прекращении давления на ткани некробиотический процесс подвергается обратному развитию. Опасны внутренние экзогенные пролежни, например, стенки крупного кровеносного сосуда, кишки и пр. Прогноз при эндогенных пролежнях обычно серьезный, он зависит в основном от тяжести и характера основного заболевания, послужившего причиной образования пролежня. Для предупреждения экзогенных пролежней необходимо исключить возможность грубого и длительного давления на одни и те же участки кожи и подлежащих тканей больного, неудачно наложенной гипсовой повязкой или лангетой, транспортной или лечебной шиной, ортопедическим аппаратом, лейкопластырной повязкой и пр. При малейшем подозрении на погрешности в технике наложения повязок необходимо сменить их или исправить. Находящиеся в ране дренажные трубки, катетеры и т. п. периодически меняют или придают им другое положение.



Рисунок 17. Пролежни. Специальные противопролежневые матрасы, выпускаемые в настоящее время промышленностью [13,14]

Для профилактики эндогенных пролежней ослабленного обездвиженного больного укладывают горизонтально на кровать со щитом, чтобы уменьшить давление накрестцово-копчиковую область; обслуживающий персонал обязан поворачивать его 8-10 раз в сутки. Поворачивание больного облегчается использованием специальной кровати, в которой больной фиксируется к кровати полотну особыми лямками и может быть повернут вместе с полотном (вокруг продольной оси) на бок, живот и спину. Для уменьшения давления на ткани в наиболее уязвимых у данного больного областях используют слабо надутые резиновые круги, а также водяные подушки, поролоновые подкладки и специальные матрасы (рис. 17), выпускаемые в настоящее время промышленностью.

Выбор противопролежневого матраца зависит от степени риска развития пролежней и массы тела пациента. При низкой степени риска может быть достаточно поролонового матраца толщиной 10 см. При более высокой степени риска, а также при имеющихся пролежнях разных стадий нужны другие матрацы. При размещении пациента в кресле (кресле-каталке) под ягодицы и за спину помещаются поролоновые подушки, толщиной 10 см. Под стопы помещаются поролоновые прокладки, толщиной не менее 3 см.

Необходимо следить, чтобы простыни не сбивались в складки, а нательное белье было без грубых швов. Особое внимание уделяют чистоте кожи, т. к. на загрязненной коже пролежни возникают быстрее. Два-три раза в день кожу в наиболее уязвимых областях тела обмывают холодной водой с мылом и протирают салфетками, смоченным камфорным спиртом, водкой, одеколоном, а затем вытирают досуха. При появлении участков покраснения, подозрительных на начинающийся пролежень, перечисленные мероприятия проводят более интенсивно; назначают физиотерапевтические процедуры (электрическое поле УВЧ, УФ-облучение) и пр.

Диета должна содержать не менее 120 г белка и 500 - 1000 мг аскорбиновой кислоты в сутки. Суточный рацион должен быть достаточно калорийным для поддержания идеальной массы тела пациента [17,19].

Целям профилактики развития пролежней служит также адекватное общее лечение больного, ликвидация тех патологических явлений, которые послужили причиной образования пролежней.

Список литературы

1. Белоусова А.К., Сербина Л.А. Практические навыки и умения медсестры инфекционного профиля. Ростов н/Д: Феникс, 2002. – 412 с.
2. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2001. – 256 с.
3. Воробьев П.А., Краснова Л.С. // Пролежни. Экономика и профилактика. М.: Ньюди амед, 2012. 100 с.
4. Всемирная организация здравоохранения «LEMON» «Сестринский уход при повреждении тканей: пролежни» / Медицинская помощь – 1997. - №3.-с.33-34.;
5. Всемирная организация здравоохранения «LEMON» «Сестринский уход при повреждении тканей: пролежни» / Медицинская помощь – 1997. - №2.-с.47-50.;
6. Денисов И.Н., Туркина Н.В., Перфильева Г.М., Лапик С.В., Павлов Ю. И., Галиулина О.В., Шнейдер В.А., / мультимедийный учебник «Теория и практика сестринского дела в клинических ситуациях (по модели М.Аллен)»;

7. Евплов В.И. Деятельность лечебного учреждения по профилактике и лечению инфекционных заболеваний. Ростов н/Д, 2003. – 334 с.
8. Евплов В.И. Профилактика внутрибольничных инфекций. Сборник документов, комментарии, рекомендации. Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 332 с.
9. Климиашви А.Д. Профилактика и лечение пролежней. Русский медич. журнал №12'2004.
10. Кулешова Л.И., Пустоветова Е.В., Рубашкина Л.А. Инфекционный контроль в лечебно-профилактических учреждениях. Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 402 с.
11. Опролежнях. Библиотека сестры милосердия. М.: Издательство “Свято - Димитриевское училище сестер милосердия”, 2001. -48с.: ил.
12. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Пролежни» ОСТ 91500.11.0001-2002 от 17.07.2002 г №123
13. Приказ Минтруда России от 24.05.2013 № 214н (ред. от 29.12.2014) «Об утверждении классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г N 2347-р»
14. Профилактика внутрибольничных инфекций. Сборник документов, комментарии, рекомендации Ростов н/Д: Феникс, 2003.-332с.
15. Стандартизация в здравоохранении «Протокол ведения больных. Пролежни - анализ внедрения» / Сестринское дело – 2004.-№2.-с.9-10;
16. Туркина Н.В. «Пролежни» / Медицинская сестра – 2005.-№7.-с.30-34;
17. Туркина Н.В., Филенко А.Б. / Общий уход за больными / Учебник. – М. Товарищество научных изданий КМК, 2007. – 550 с., цв. Ил. С.253-262;
18. Туркина Н.В., Неверов А.В. Способ создания фотосхем для иллюстрации развития пролежней. Удостоверение на рационализаторское предложение № 1693, от 28.09.2004г.
19. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».УДК 616-08:006.354 ОКС 11 160 Р24ОКП 94 4000.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ И ПРОБЛЕМЫ ВАКЦИНАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

Туркина Наталия Викторовна¹, Сарафразова Анна Васильевна¹,
Казунина Анжелика Владимировна¹, Безрукова Наталья
Александровна²

¹ЧУ ОО ВО Университет «Реавиз»

г. Санкт-Петербург, Россия

²ГБОУ ПО «Пензенский областной медицинский колледж»

г. Пенза, Россия

«Величайший успех, который нельзя
увидеть, - все люди, которые не
страдают и не умирают, от
вакциноконтролируемых
заболеваний»

Вальтер Орнстейн

Актуальность темы. Инфекционные болезни в современном мире продолжают оставаться одной из главных причин смертности, на их долю приходится до 30% ежегодно регистрируемых летальных исходов на планете, что составляет 14 – 17 млн. случаев. В некоторых районах Африки из-за широкого распространения инфекционных болезней средняя продолжительность жизни и сейчас составляет 35 – 40 лет [1, 2]. В последние 40 лет выявлено 72 новые инфекционные болезни, наблюдается также возврат «старых» инфекций после значительного спада их распространения. Многочисленными исследованиями подтверждена ассоциация некоторых соматических и онкологических заболеваний с инфекционными возбудителями.

В настоящее время вакцинопрофилактика представляет область медицины, вокруг которой ведется немало дискуссий. Если спросить специалиста (врача-инфекциониста, эпидемиолога), нужна ли вакцинация, мы услышим - это единственное самое безопасное и эффективное средство, позволяющее защитить людей от инфекций и являющееся основным достижением медицины, продлившим жизнь человека с 30 - 40 до 70 - 80 лет.

Массовая иммунизация за последние 100 лет не только устранила многие опасные эпидемии, но и снизила смертность и инвалидизацию

людей. Инфекции стали встречаться редко, и все мы начали забывать, насколько тяжело они протекают и какие вызывают последствия. Вот почему создалось обманчивое впечатление, что все благополучно, соответственно, возник вопрос - а нужны ли те меры, которые нам предлагает медицина (вакцины) и безопасны ли они. Именно поэтому специалисты приступили к изучению различных эффектов, которые могут вызывать вакцины. Особое внимание привлекла проблема поствакцинальных осложнений, широко обсуждаемая и в нашей стране, и в мире с 50-60-х годов XX века. За это время стало ясно, почему возможны подобные реакции, улучшилось качество вакцин, разработаны меры предупреждения осложнений, но самое главное, было доказано, что решение вопроса отнюдь не в отказе от прививок [3,4].

К сожалению, в последнее время появились публикации и передачи в средствах массовой информации, акцентирующие внимание на негативных эффектах прививок, причем не всегда добросовестные в подборе материала.

Сегодня основной принцип вакцинопрофилактики - привит должен быть практически каждый, особенно люди, страдающие хроническими заболеваниями, так как именно они в первую очередь тяжело болеют, часто с осложнениями.

Однако приходится констатировать, что среди ныне существующих вакцин нет абсолютно безопасных, и проблема возможных поствакцинальных осложнений актуальна и сегодня. Она возрастает в связи с расширением контингента прививаемых за счет детей часто болеющих, страдающих аллергией, имеющих онкологические заболевания, патологии центральной нервной системы и другие отклонения в состоянии здоровья.

Отношение медиков к противопоказаниям к вакцинации постоянно меняется. Все меньше становится поводов для «отводов», так как короче становится перечень заболеваний, освобождающих от прививок. Например, многие хронические заболевания не являются сейчас противопоказанием для прививки. Наоборот, только своевременная вакцинация таких больных позволяет уменьшить число осложнений во время очередного обострения. Уменьшение противопоказаний для прививок связано и с совершенствованием технологии производства вакцин. Улучшилась очистка вакцин от балластных веществ. Некоторые вакцины стали готовить на клеточных культурах, а не на

куриных эмбрионах. Поэтому снимается такое противопоказание, как аллергия к куриному белку [1].

В России прививки проводятся в медицинских учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Бесплатно проводят прививки против инфекций, включенных в Национальный календарь прививок, вакцинами, которые закупает государство. В этом случае прививка будет сделана вакциной отечественного производства строго по календарю прививок. Вакцинация импортными или не входящими в календарь прививок вакцинами бесплатно не проводится.

Таким образом, вакцинопрофилактика является наиболее мощным из современных средств предупреждения инфекционной заболеваемости и позволяет эффективно управлять эпидемическим процессом целого ряда инфекций.

Вакцинация – это введение антигенного материала с целью вызвать иммунитет к болезни, который предотвратит заражение, или ослабит его последствия. Антигенным материалом могут служить: живые, но ослабленные штаммы микробов; убитые (инактивированные) микробы; очищенный материал, такой как белки микроорганизмов; существуют также синтетические вакцины [7, 9].

Основные принципы иммунопрофилактики включают [3, 4, 5]:

- ✓ соблюдение конституционных прав и обязанностей граждан при проведении вакцинации;
- ✓ доступность, бесплатность и широкую информированность населения о профилактических прививках;
- ✓ ответственность органов государственной власти, организаций, предприятий, учреждений, должностных лиц и граждан за осуществление иммунопрофилактики;
- ✓ своевременность, эффективность и безопасность медицинских иммунобиологических препаратов при проведении вакцинации населения;
- ✓ достоверность информации о прививках и их побочных действиях;
- ✓ управление иммунопрофилактикой как мероприятием.

Все противопоказания к вакцинации современная вакцинология делит на:

- ✓ истинные,

- ✓ ложные,
- ✓ абсолютные,
- ✓ относительные,
- ✓ временные,
- ✓ постоянные,
- ✓ общие,
- ✓ частные.

Истинные – настоящие противопоказания, перечисленные в инструкции к вакцинам и в руководящих документах (приказы и международные рекомендации). Как правило, вызваны определенными компонентами вакцин [7, 10].

Ложные – противопоказания, которые таковыми не являются. Как правило, их авторство принадлежит врачам и пациентам, которые «оберегают» от прививок на основании общечеловеческих и общенаучных соображений – «он такой маленький», «он такой болезненный», «раз болеет, значит, снижен иммунитет», «раз в семье были реакции, значит и у всех членов семьи реакции будут». С другой стороны, это противопоказания, которые сложились в силу традиций – например, перинатальная энцефалопатия [3, 6, 7].

Абсолютные – противопоказания, имеющие абсолютную силу. При наличии такого рода противопоказаний – данная прививка не проводится ни при каких условиях [7, 10].

Относительные – это истинные противопоказания, окончательное решение по которым принимается врачом на основе других факторов – близость эпидемии, степень вероятности контакта с источником инфекции, вероятность того, что пациент сможет быть привит в следующий раз и т.п. В качестве примера можно привести аллергию на белок куриных яиц, которая является противопоказанием к прививкам против гриппа. В ситуации, когда риск осложнений и смерти вследствие гриппа у данного больного превышает риск аллергии на компоненты вакцины, за рубежом последним противопоказанием пренебрегают и делают прививку, проводя специальную профилактику аллергии [7, 10].

Временные – противопоказание есть в данный момент, однако по прошествии времени оно может быть снято. Например – ОРВИ, во время которых прививать не рекомендуется, однако после выздоровления прививки не противопоказаны [7, 8, 10].

Постоянные – противопоказания, которые с течением времени сняты не будут. Например, первичный иммунодефицит, вызванный глубоким дефектом иммунной системы.

Общие – общие для всех прививок противопоказания. На практике к общим противопоказаниям относят наличие остро текущей инфекции сопровождающейся повышением температуры, обострения хронического заболевания или острое заболевание [7, 10].

Частные – противопоказания, которые относятся только к данной прививке или конкретной вакцине, но не относятся ко всем остальным. Например, беременность, которая является противопоказанием к прививкам живыми вакцинами (краснуха, желтая лихорадка), но не инактивированными (грипп, гепатит В) [4, 5, 7].

Острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний являются временными противопоказаниями для проведения прививок. Плановые прививки проводятся через 2 – 4 недели после выздоровления или в период реконвалесценции или ремиссии. При нетяжелых ОРВИ, острых кишечных заболеваниях и др. прививки проводятся сразу после нормализации температуры.

Для исследования мнений респондентов о вакцинации и организации процесса вакцинации было проведено анонимное анкетирование 60 респондентов:

- ✓ 30 медсестер поликлиники
- ✓ 30 пациентов

На вопрос: «Как Вы относитесь к проводимым государством прививкам?», мы получили следующие ответы (см. рис.1).

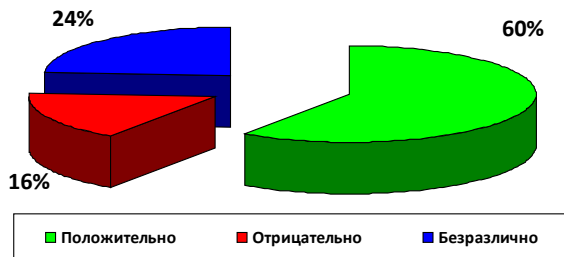


Рисунок 1. Отношение пациентов к вакцинации

Решено было проанализировать отношение пациентов к вакцинации в зависимости от уровня их образования. Получены следующие результаты (см.рис.2). Видимо зависит не столько уровень образования, сколько профиль образования, который мы, к сожалению, не изучали.

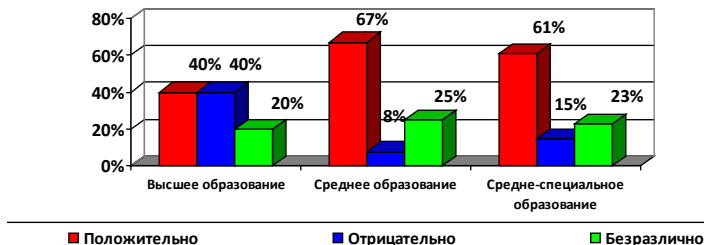


Рисунок 2. Отношение пациентов к вакцинации в зависимости от уровня образования

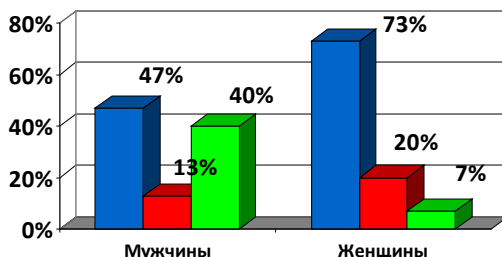


Рисунок 3. Отношение пациентов к вакцинации в зависимости от пола

Из рисунка 3 видно, что женщины более положительно настроены на вакцинацию.

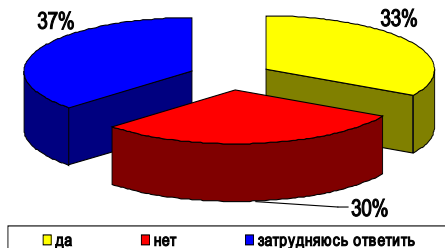


Рисунок 4. Мнение пациентов о безопасности вакцинации

67% респондентов опасаются возникновения осложнений после проведённой вакцинации.

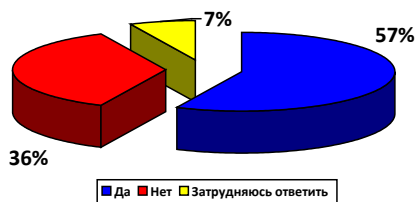


Рисунок 5. Связь деятельности пациентов с риском заражения инфекционными заболеваниями

57% респондентов понимают, что находятся в зоне риска инфицирования.

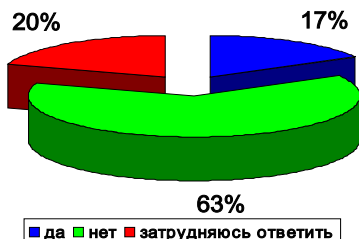


Рисунок 6. Наличие у пациентов постоянных противопоказаний к вакцинации

У 83% респондентов не выявлено постоянных противопоказаний к проведению вакцинации.

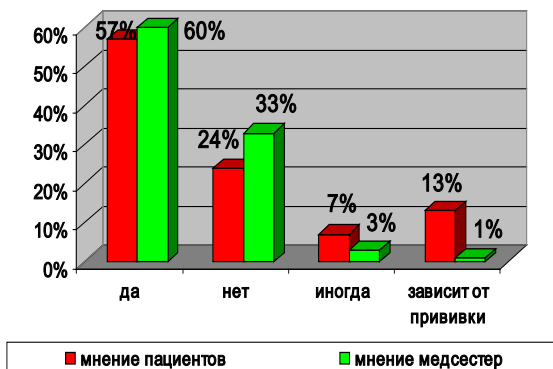


Рисунок 7. Соглашаются на вакцинацию

Только 57% респондентов-пациентов и 60% респондентов-медсестёр всегда соглашаются на проведение вакцинации.

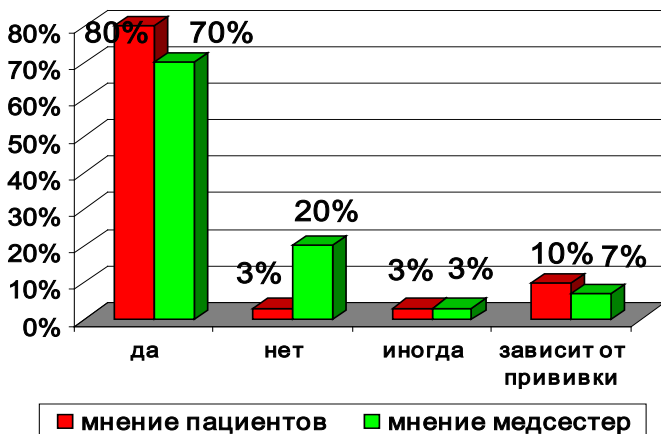


Рисунок 8. Соглашаются на вакцинацию своих детей

Интересно, что на вакцинацию своих детей соглашается большая часть респондентов.

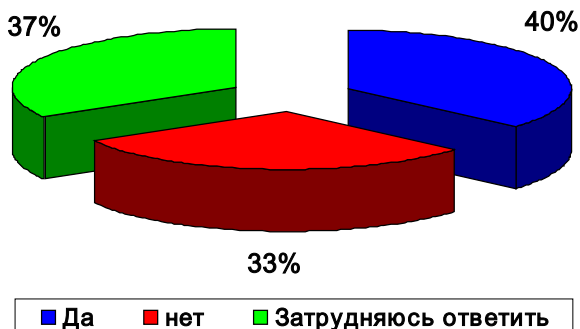


Рисунок 9. Вакцинация предупредила заболевание у пациентов

Только 40% респондентов считают, что вакцинация предупредила возникновение у них заболевания.

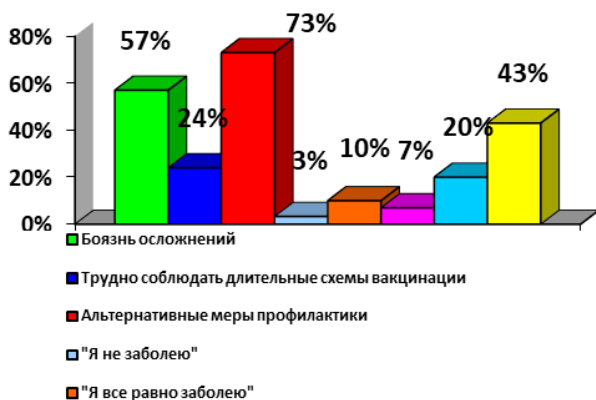


Рисунок 10. Причины отказов пациентов от прививок

57% респондентов отказываются от вакцинации из-за боязни возникновения осложнений, часть считает, что всё равно заболеет. Следовательно, ощущается дефицит просветительской работы среди населения.

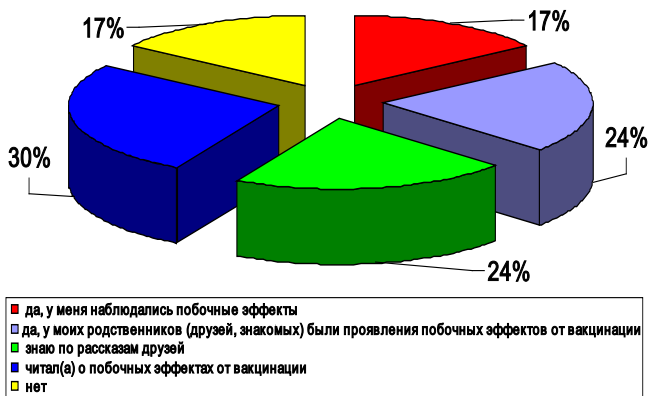


Рисунок 11. Побочные эффекты вакцинации (по мнению пациентов)

Обращает на себя внимание, что за исключением 17% респондентов, все считают, что вакцинация непременно сопровождается побочными явлениями (собственный опыт, а так же друзей и знакомых и из

печатных источников). Здесь мы наблюдаем фатальное мнение, если вакцинация, то непременно возникновение осложнений. Здесь вновь ощущается дефицит просветительской работы среди населения.

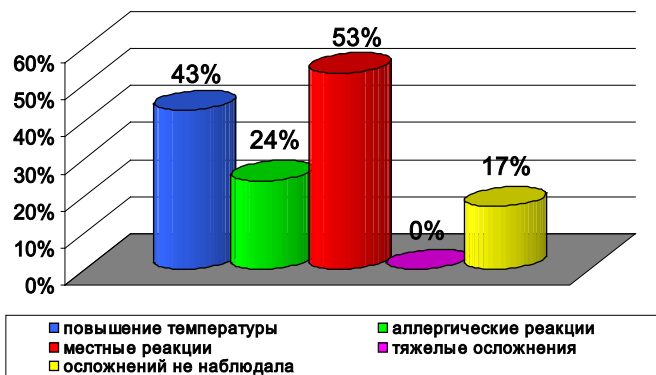


Рисунок 12. Побочные реакции вакцинации, встречающиеся в практике медицинских сестер

Преобладают местные реакции и повышение температуры тела. Реакция на введение инородных структур. Данные изменения, как правило, кратковременны. Обращает на себя внимание отсутствие тяжелых осложнений в данной группе исследуемых.

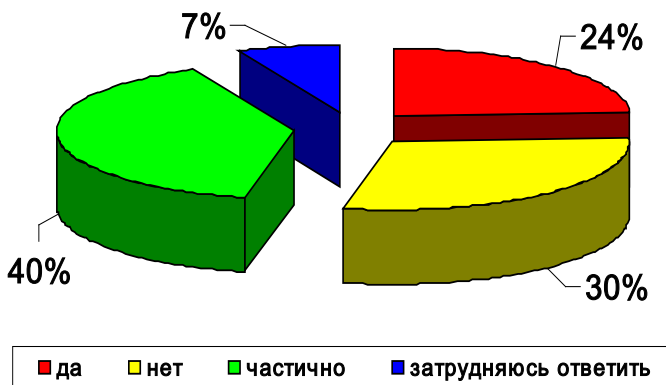


Рисунок 13. Оценка пациентами полноты объема информации о вакцинации, предоставленной им перед процедурой

Только 24% респондентов получили, как они считают, полный объём необходимой информации о необходимости вакцинации.

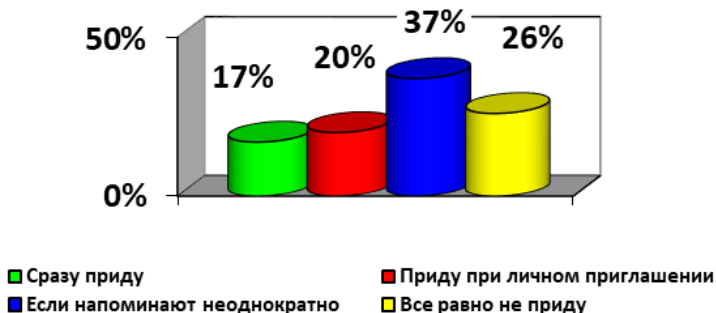


Рисунок 14. Своевременность посещения поликлиники пациентами, приглашенными на прививки

Только 17% респондентов готовы сразу же прийти в поликлинику для вакцинации и 57% респондентов при личном и неоднократном напоминании!

Выводы

В целом отношение к вакцинации у респондентов положительное

✓ Отказы респондентов от вакцинации говорят о серьезной проблеме дефицита знаний

Практические предложения

✓ увеличение количества информационно-справочного материала
 ✓ организация обучающих занятий и семинаров по иммунопрофилактике

✓ проведение агитации населения и вакцинации по месту работы
 ✓ размещение на сайтах поликлиник подробной информации о вакцинации

✓ использование теле и радиотрансляции о необходимости вакцинаций.

Список литературы

1. Здоровье молодежи - приоритетный национальный проект / Л. Ю. Орехова [и др.] // Пародонтология. - 2009. - № 1. - С. 13-16.
2. Легашнева, Л. А. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в последипломной подготовке специалистов со

средним медицинским образованием / Л. А. Легашнева // Медсестра. - 2009. - № 1. - С. 32-35.

3. Методические указания МУ 3.3.2400-08 «Контроль за работой лечебно - профилактических организаций по вопросам иммунопрофилактики инфекционных болезней» утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 10 июля 2008 г.

4. Методические указания МУ 3.3.1889-04 «Порядок проведения профилактических прививок» утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 4 марта 2004 г.

5. Мишель Пиолле (Michel Piollet), «Авентис Пастер», Франция. Хранение вакцин в прививочном кабинете. Гарантии качества вакцин. Перевод О. Антошкиной / Бюллетень вакцинация. №3 (9) Май - июнь 2000 //Режим доступа к изд. <http://medi.ru/doc/15b0904.htm>.

6. Постановление Правительства РФ от 2 августа 1999 г. №885 «Об утверждении перечня поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий».

7. Приказ Минздрава РФ от 27 января 1998 г. №25 «Об усилении мероприятий по профилактике гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций.

8. Приказ Минздрава РФ от 27 июня 2001 г. №229 «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

9. Роль сестринского персонала в системе общественного здравоохранении: материалы науч.-практ. конф., 20 апр. 2006г./ [Т. Г. Светличная и др.]; Федер. агентство по здравоохранению и соц. развитию, Департамент здравоохранения администрации Арханг. обл., Сев. гос. мед. ун-т, Ин-т сестрин. образования, Ассоц. мед. сестер Арханг. обл., - Архангельск: Издат. центр СГМУ, 2006. – 82 с.

10. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.3.2.1248-03 «Условия транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов».

11. Таточенко, В. К. Проблемы и перспективы иммунопрофилактики в России / В. К. Таточенко // Вопр. соврем. педиатрии. - 2009. - № 1. - С. 114.

СОВРЕМЕННЫЙ УЧЕБНИК ПО ДЕСМУРГИИ

Туркина Наталия Викторовна
ЧУ ОО ВО Университет «Реавиз»
г. Санкт-Петербург, Россия

Каждый медицинский работник должен уметь
правильно наложить повязку.
Неправильно наложенная фиксирующая повязка
может иметь такие же печальные последствия,
как и плохо проведенная операция.
Р.Р. Вреден

Десмургия (от греч. *desmos* – связь, повязка; *ergon* – действие) – учение о повязках и способах их наложения, раздел практической хирургии, изучающий наложение различного рода повязок.

Десмургия разрабатывает методы применения и технику наложения повязок в целях защиты ран, патологически измененных и поврежденных тканей от воздействия окружающей среды. Больные в большинстве случаев нуждаются в наложении различных повязок по поводу оперативных вмешательств либо по поводу различных повреждений (раны, переломы, вывихи) и заболеваний (фурункул, карбункул, панариций, трофические раны и др.).

Медики любой специальности в своей практической работе могут столкнуться с необходимостью наложения повязки больному, поэтому студенты медики должны хорошо владеть основами десмургии.

Несмотря на то что, наложение повязок – медицинская манипуляция, уметь накладывать хотя бы самые простые из них нужно уметь каждому.

В последнее десятилетие произошел пересмотр многих представлений о средствах местного лечения ран, значительный прогресс наблюдается в разработке и производстве перевязочных средств. По современным представлениям, повязка должна выбираться не только на основе типа и характеристики раны, но и быть удобной в использовании и обеспечивать высокое качество жизни пациента.

В настоящее время известно более 2000 перевязочных средств, используемых в клинической практике. Они содержат множественные антибиотики, очищающие агенты и ирригаторы. Однако до сих

пор нет идеального средства, которое отвечало бы всем критериям, предъявляемым к раневым повязкам. В настоящее время, большинство практикующих хирургов, не подвергает сомнению то, что современная повязка, применяемая для лечения ран, должна:

- ✓ Необратимо удалять детрит, микробные частицы и избыточный экссудат.

- ✓ Защищать рану от высыхания. Стимулировать репаративные процессы в ране.

- ✓ Защищать рану от механических воздействий, химического раздражения и вторичного инфицирования.

- ✓ Не нарушать кровообращение и оксигенацию краев раны.

- ✓ Не обладать адгезивными свойствами. Быть удобной для пациента.

Наиболее распространены мягкие, особенно бинтовые, повязки. По назначению мягкие повязки подразделяют на: защитные, лекарственные давящие (гемостатические), иммобилизирующие (транспортные и лечебные) и корригирующие. Кроме мягких, различают отвердевающие и шинные повязки.

Проанализировав имеющуюся доступную литературу, было решено написать учебник «Десмургия», отражающий современные тенденции развития производства, а также, отразить современные возможности утилизации перевязочного материала и подчеркнуть гигиену рук медицинского персонала.

В учебнике в соответствии с программой, утвержденной Министерством здравоохранения РФ, рассматриваются основные вопросы десмургии, приведены варианты использования современных средств для наложения различных видов повязок. Рассмотрены исторические аспекты развития десмургии.

Содержание

Предисловие	4
Введение.....	7
Глава 1.Краткая история десмургии	9
Глава 2.Материалы для повязок.....	25
Глава 3.Классификация повязок	33
Глава 4.Клеевые повязки	38
Глава 5.Лейкопластырные повязки.....	41
Глава 6.Бинтовые повязки.....	53

Глава 7.Эластичные бинты	74
Глава 8.Косыночные и галстучные повязки.....	83
Глава 9.Индивидуальный перевязочный пакет	102
Глава 10.Цинк-желатиновая повязка. Повязка (сапожок) Унна	106
Глава 11.Тейпинг.....	110
Глава 12.Гипсовая повязка.....	119
Глава 13.Транспортная иммобилизация.....	129
Глава 14.Современные повязки в офтальмологии	138
Глава 15.Ортезы.....	140
Глава 16.Компрессы	144
Глава 17.Остановка кровотечения	149
Глава 18.Гигиена рук.....	159
Глава 19.Утилизация перевязочного материала	164
Тестовые вопросы и ситуационные задачи.....	178
Литература	195

Подробно изложены вопросы выполнения различных повязок: все виды повязок с использованием всех современных средств и материалов. Приведен алгоритм выполнения повязок.

Учебник хорошо иллюстрирован фото, схемами, таблицами. Все рисунки авторские, в цветном виде.



Рисунок 1. Современный перевязочный материал скотчкаст



Рисунок 2. Вид повязки с использованием скотчкаста

На CD-диске приведены видеоклипы и флеш-анимация (авторский материал), иллюстрирующие выполнения повязок. Необходимо

подчеркнуть, что книга и диск содержат разную информацию и в сумме составляют одно целое.



Рисунок 3. CD диск является видеоприложением к бумажному носителю информации

В конце учебника приведены варианты тестового контроля и ситуационные задачи для самоконтроля подготовки студентов.

При изложении материала авторы сделали акцент на результаты современных научных разработок и новых технологий. Учебник предназначен для студентов медицинских вузов и медицинских и фармацевтических факультетов университетов. Может использоваться и для студентов медицинских колледжей, фельдшеров и медиков, обучающихся по программе бакалавра.



Данный учебник является результатом коллективного труда
Авторы:

Туркина Наталия Викторовна – канд. мед. наук, доцент, заведующая кафедрой реабилитации и сестринского дела медицинского университета «РЕАВИЗ»;

Васильев Олег Викторович – врач общей практики;

Апресян Артур Юрьевич – доктор. мед. наук, доцент.

Издательство. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2019. – 196 с. ISBN 978-5-299-01044-2 Тел/факс: (812) 495-36-09 (812) 495-36-12

РОЛЬ МЕДСЕСТЁР В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Хамраева Анжелика Геннадьевна¹, Туркина Наталия Викторовна¹,
Матвеева Ольга Геннадьевна¹, Казунина Анжелика Владимировна¹,
Безрукова Наталья Александровна²

¹ЧУ ОО ВО Университет «Реавиз»

г. Санкт-Петербург, Россия

²ГБОУ ПО «Пензенский областной медицинский колледж»

г. Пенза, Россия

Актуальность темы. Несмотря на очевидный прогресс мировой медицины в поиске новых эффективных, антибактериальных препаратов, дезинфицирующих средств, проблема постинъекционных осложнений, остается актуальной. Особое место занимают пациенты с постинъекционными осложнениями (инфильтратами, абсцессами, флегмонами). Так, постинъекционные флегмоны составляют от 5,1 - 5,4%. По данным других авторов (10) постинъекционные воспалительные осложнения (ПВО) составляют 11,9-40%; 8,4-40%. Примерно каждые 10 лет в 2-2,5 раза увеличивается число больных с постинъекционными нагноениями. При этом постинъекционные нагноения ягодичной области составляют до 94% от всех локализаций. Постинъекционные нагноения ягодичной области в 84,9% случаев располагаются лишь подкожно, в 9,6% имеется подкожно-мышечное расположение и только в 5,5% случаев - межмышечное в непосредственной близости к сосудисто-нервным пучкам ягодичной области [3].

Цель исследования: изучение особенностей работы медицинской сестры в профилактике постинъекционных осложнений

Задачи:

1. Проследить динамику работы медсестер по профилактике постинъекционных осложнений за 2 года.

2. Изучить отношение пациентов к организации работы стационара и поликлиники.

3. Выявить уровень эмоциональной истощенности сотрудников хирургического и терапевтического профиля отделений.

Статистика свидетельствует, что и после введения в практику одноразовых шприцев, применения высокоэффективных антибиотиков и сульфаниламидов количество постинъекционных осложнений, не уменьшилось. В большинстве исследований подвергается сомнению возможность попадания достаточного количества гноеродных бактерий с кожи в момент прокола или по ходу раневого микроканала. Однако этот механизм не отрицается полностью, особенно при грубых нарушениях требований асептики. Адаев В.А.(1999) усматривает и выделяет здесь только нарушения, связанные с виной медицинской сестры [1]:

- наличие у персонала на руках длинных ногтей, маникюра, колец;
- работа без перчаток;
- не дезинфицируется место подреза ампул;
- обработка флаконов, закупоренных под закатку, проводится одним шариком;
- использование раствора новокаина или стерильной воды в емкостях больше 50 мл;
- использование нестерильных перевязочных материалов;
- не контролируются сроки сохранения стерильного инъекционного инструментария, перевязочного материала;
- сборка инъекционного инструментария проводится руками или пинцетом с нарушением правил асептики;
- некачественная подготовка инъекционного поля [1].

Виды осложнений.

Наиболее частыми осложнениями после инъекций являются [2]:

- ✓ Кровоизлияние в области прокола вены
- ✓ Повреждение нервных стволов
- ✓ Воздушная эмболия
- ✓ Раздражение и некроз тканей

- ✓ Инфильтрат постинъекционный
- ✓ Тромбофлебит постинъекционный
- ✓ Абсцесс [2]

На базе Центральной городской больницы во 2 гинекологическом отделении проводилось исследование по вопросу о роли медсестры по профилактике постинъекционных осложнений. В анкетировании принимали участие 60 пациенток отделения. Опрос проводился в 2008 и 2010 годах. Цель опроса была проследить динамику работы медсестер по профилактике постинъекционных осложнений.

Средний возраст респондентов составил 30-39 лет. На вопрос о том, как эффективнее принимать лекарственные средства, пациенты предпочитают в/в способ введения лекарственных препаратов (см. рис. 1)

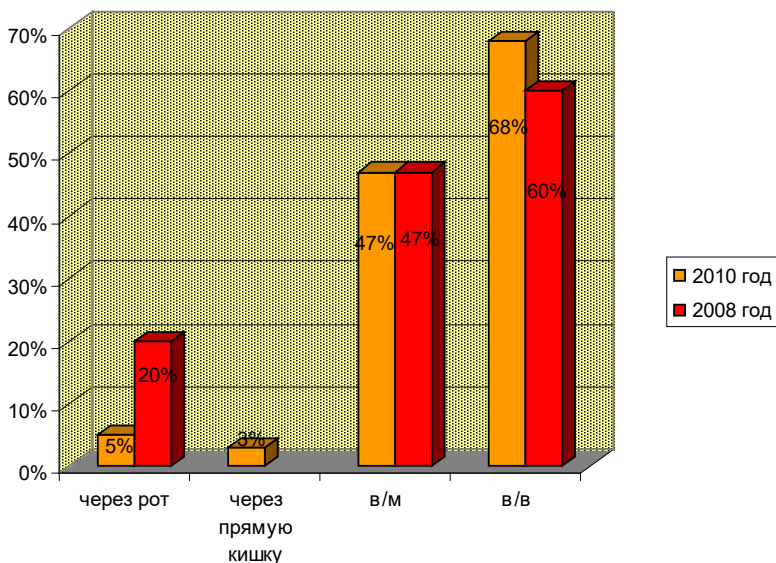


Рисунок 1. Как эффективнее принимать лекарственные средства?

Предпочитают принимать лекарственные средства per os 53% пациентов (рис.2)

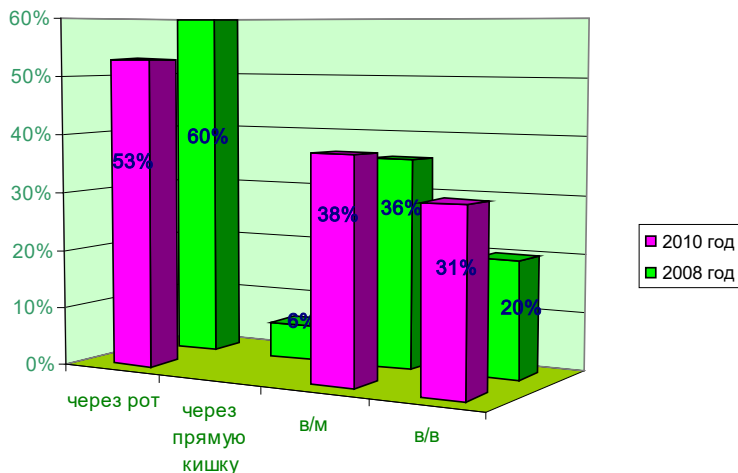


Рисунок 2. Предпочтительный способ приема лекарственных средств

Знания пациентов о постинъекционных осложнениях снизились (рис. 3).

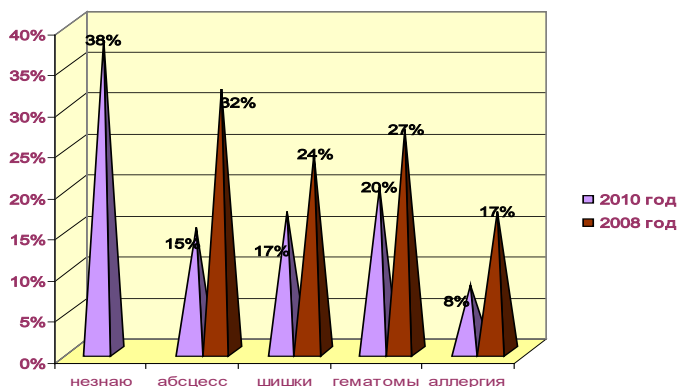


Рисунок 3. Знания пациентов о постинъекционных осложнениях

Данные о проведении медсестрами профилактических бесед увеличилось на 6 % (рис.4).

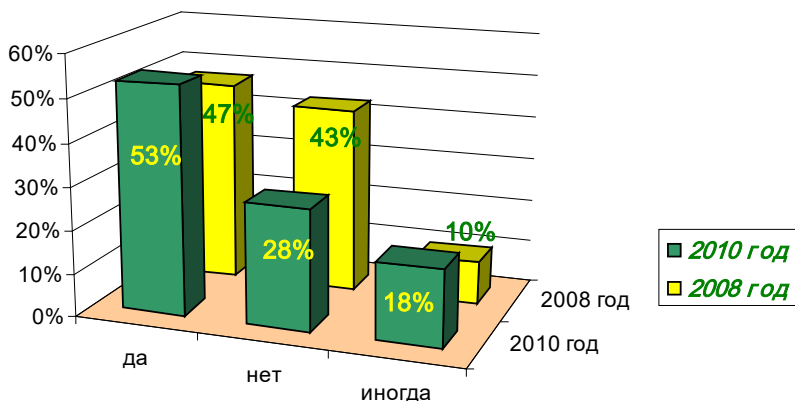


Рисунок 4. Данные о проведении медсестрами бесед по профилактике осложнений

И пациенты стали больше прислушиваться к рекомендациям медсестер [3] и выполнять эти рекомендации (рис.5).

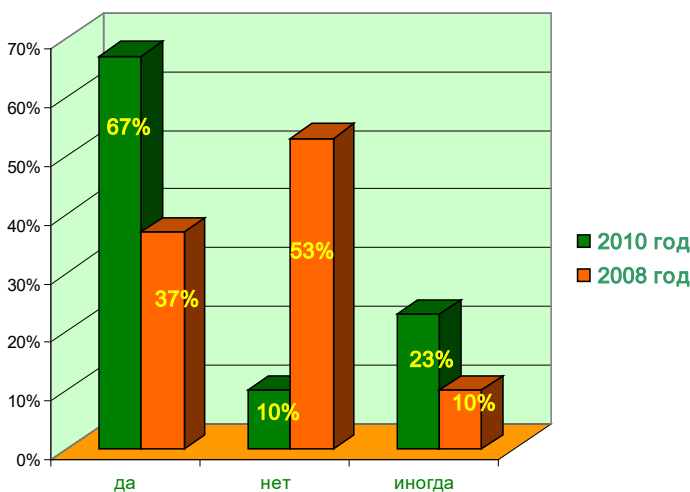


Рисунок 5. Выполнение рекомендаций пациентами

В 2010 году на 9% больше, чем в 2008 году пациенты [4] стали правильно держать ватный шарик после инъекции (рис.6).

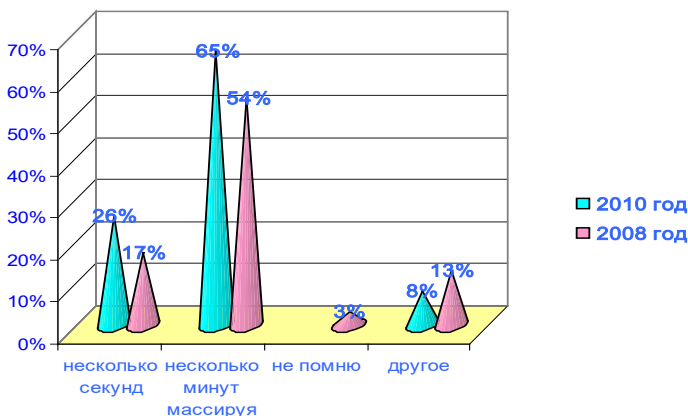


Рисунок 6. Время, в течение которого после в/м инъекции Вы держите ватный шарик

Улучшились показатели работы медсестер при выполнении манипуляций на 20% (рис.7).

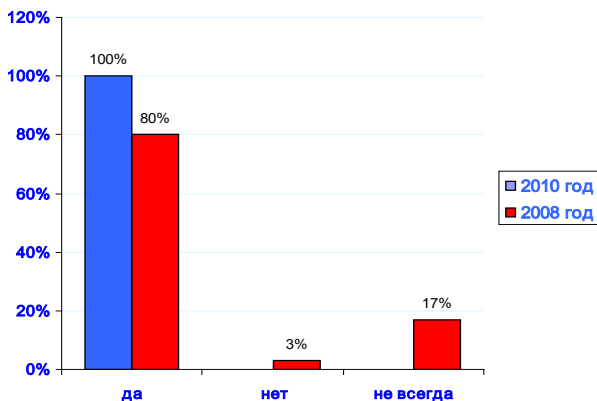


Рисунок 7. Использование медсестрами средств индивидуальной защиты в работе

В результате анализа работы отделения по вопросу профилактики постинъекционных осложнений [8] видно, что медсестры стали более ответственно относиться к правилам выполнения инъекций (одежда, обработка рук). Немало важную роль в этом сыграло, ежемесячные

административные обходы. Если выявляются нарушения во время работы, то они наказываются денежным штрафом [9].

Медицинские сестры стали больше беседовать с пациентами по профилактике осложнений, и пациенты стали более серьезно относиться к беседам медицинских сестер.

Список литературы

1. Адаев В.А. Профилактика постинъекционных абсцессов //Мир медицины. - 1999. - №2.-С 15-16.
2. Беляева, О. А. Профилактика и лечение постинъекционных инфильтратов и флегмон: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / О. А. Беляева. М., 1980. 120 л.
3. Водопьянова Н.Е. Психология здоровья. СПб.: СПбГУ, 2001.
4. Внутрибольничные инфекции. Под ред. Р.П. Венцела. Пер. с англ. - М.: Медицина, - 1990.-656 с.
5. Захаров С.С. Синдром выгорания у врачей. СПб.: Питер, 2000
6. Отчет заведующей 2 гинекологического отделения Черняк Н.А. за 2009-2010 годы.
7. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях. М.: Наука, 2002.
8. «Сестринское дело» №5-6 1998 Практические вопросы дезинфекции и стерилизации. Автор В.Г. Акимкин, Л.С. Манькович, Д.М. Лившиц.).
9. Статья « Проблемы в управлении качеством сестринской помощи и возможные пути их решения». Автор Хвощева С.Е. КБМК
10. Статья «Этиология и патогенез постинъекционных воспалительных осложнений». Автор Колб Л. И. БГМУ
11. Федеральный закон от 22 июля 1993 г. N 5487-1 Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (с изменениями от 2 марта 1998 г., 20 декабря 1999 г., 2 декабря 2000 г., 10 января, 27 февраля, 30 июня 2003 г., 29 июня, 22 августа, 1, 29 декабря 2004 г., 7 марта 2005 г.)

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ ОРГАНИЗМА НОВОРОЖДЕННЫХ И МЛАДЕНЦЕВ В ОРИТ

Чумилина Светлана Ивановна, Цыденова Александра
Владимировна
ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр»
г. Чита, Россия

Одним из основных принципов организации медицинской помощи детям, оказавшимся после родов в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТ), является преемственность в работе врачей неонатологов, реаниматологов, специалистов сестринского дела, а также непосредственное участие родителей новорожденного в уходе за ним.

По данным ВОЗ, ежегодно в мире рождается 4 млн. детей в асфиксии, 1 млн.- из них в последующем имеют стойкие нервно-психические отклонения.

Асфиксия новорожденного – это патологическое состояние, обусловленное нарушением дыхания и сердцебиения, приводящее к нарушению кровообращения и гипоксии всех органов и систем организма. Асфиксия новорожденного клинически проявляется отсутствием самостоятельного дыхания ребенка в первые минуты после рождения, либо наличием отдельных, поверхностных или судорожных нерегулярных дыхательных движений в сочетании с угнетением сердечной деятельности. В переводе с греческого «асфиксия» (от др.-греч. ἀ - без и σφύξις – пульс) отсутствие пульса. Данное состояние является неотложным и требует безотлагательных реанимационных мероприятий. Плод может испытывать острую гипоксию как до, так и во время родов. К антенатальным факторам риска относятся состояния связанные с заболеваниями матери: тяжелая преэклампсия или эклампсия, хроническая декомпенсированная плацентарная недостаточность, соматические заболевания матери в стадии декомпенсации. Плод испытывает интранатальную асфиксию.

Антенатальное инфицирование и развитие синдрома фетального воспалительного ответа, так же сопровождается нарушением кровообращения в плаценте и развитием кислородного голодания младенца [1, 2].



Рисунок 1. Организация рабочего места в ОРИТН при проведении лечебной гипотермии

Наиболее уязвимым к повреждающему действию гипоксии является головной мозг, что объясняется интенсивностью метаболизма нейронов. Лишь несколько минут отделяют начало острой гипоксии от старта масштабной церебральной катастрофы. Острый период гипоксически-ишемического повреждения длится первые 6 часов, этот период называют «золотым», поскольку начатая терапия системной гипотермии может предупредить развития апоптоза клеток мозга в будущем.

В остром периоде постгипоксического отека и первичного повреждения головного мозга нужно замедлить метаболизм: охлаждение головного мозга всего на 1°C значительно снижает метаболические потребности клетки, купирует прогрессирование метаболического дисбаланса и делает нейроны менее чувствительными к гипоксии. Кроме того, охлаждение противодействует накоплению макрофагов в очаге поражения, предотвращая выброс провоспалительных цитокинов и отек, способный усугубить ишемию.

По современным представлениям, терапевтическая гипотермия (ТГ) блокирует экспрессию каспазы – самого главного белка, связанного с апоптозом (запрограммированная гибель нейронов). Хотя апоптоз стартует в остром периоде гипоксического повреждения моз-

га, клинические проявления несколько запаздывают и приходится уже на следующий этап – подострый. Он начинается спустя 6 часов с момента гипоксии и длится несколько суток, максимально – до недели. Восстановление кровообращения после длительной ишемии сопровождается реперфузионным повреждением: происходит вторая волна гибели нейронов, по своей силе в десятки раз превышающая первую. Воздействуя на процессы, происходящие в остром периоде, ТГ уменьшает интенсивность вторичного повреждения.

Единственной доказанной перспективной методикой, признанной во всем мире, позволяющей снизить неблагоприятные последствия перенесенной асфиксии при рождении, является терапевтическая гипотермия [3,4]. В табл.1 представлены клинические, лабораторные и функциональные критерии показаний проведения терапевтической гипотермии.

Таблица 1

Группа	Критерии
A	✓ Оценка по шкале Апгар ≤ 5 на 10-й минуте жизни ✓ Сохраняющаяся потребность в ИВЛ на 10-й минуте жизни ✓ В первом анализе крови (пуповинной, капиллярной или венозной), взятом в течение первых 60 минут жизни: • $pH < 7.0$ • дефицит оснований (BE) ≥ 16 моль/л • уровень лактата > 11 моль/л.
B	✓ Клинически выраженные судороги (тонические, клонические, смешанные) ✓ Мышечная гипотония и гипорефлексия ✓ Выраженный гипертонус и гипорефлексия - Нарушение зрачкового рефлекса: • Сужен и не реагирует на затемнение • Расширен и не реагирует на свет • Слабая реакция зрачка на изменение освещения
C	✓ По результату 30-минутного мониторинга амплитудно-интегрированной электроэнцефалографии (аЭЭГ): • Верхний край зубцов кривой более 10 мкВ, нижний менее 5 мкВ. Кривая может прерываться пиками или сериями пиков более 25 мкВ • Верхний край зубцов менее 10 мкВ. Кривая прерывается и периодически выглядит изолинией и/или прерывается сериями пиков • менее 10 мкВ • Сплошные серии пиков с вольтажом более 25 мкВ • Изолиния с вольтажом менее 5 мкВ

Помимо показаний к проведению лечебной гипотермии есть и противопоказания.

Таблица 2

гестационный возраст менее 35 недель, весом менее 1800 г	диагностирован- ные массивные внутричерепные кровоизлияния	пороки развития, требующие неот- ложного опера- тивного лечения	возраст младенца старше 6 часов
---	---	--	------------------------------------

В условиях ОРИТ Забайкальского краевого перинатального центра (ЗКПЦ) появилась возможность проведения терапевтической гипотермии.

При поступлении в ОРИТ дети помещаются в открытую реанимационную терморегуляционную систему. Для достижения контролируемой гипотермии применяется аппарат «TECOtherm NEO». Работа аппарата заключается в том, что температура тела новорожденных постепенно снижается до $33,5 \pm 0,5$ °C и поддерживается на таком уровне в течение 72 часов с последующим согреванием до нормального уровня в течение 6 часов со скоростью 0,5 °C в час. Одновременно с системной гипотермией дети получают стандартную посиндромную терапию. У пациентов поддержание гемодинамики осуществляется с помощью волемических нагрузок, подбором доз инотропных и вазопрессорных препаратов в различных комбинациях (дофамин, добутамин, адреналин, норадреналин).

Непрерывный гемодинамический мониторинг осуществляется с применением многофункциональных мониторов, оценивающих частоту сердцебиения, сатурацию, артериальное давление и использование эхокардиографии с измерением сократительной способности миокарда, легочного кровотока, общего периферического сопротивления.

С целью исключения массивных внутричерепных кровоизлияний и оценки состояния церебральной гемодинамики перед началом терапевтической гипотермии и в процессе лечения всем пациентам проводится нейросонография (НСГ) с доплерометрией мозгового кровотока.

В результате использования медицинской системы для терморегуляции организма у детей наблюдается положительная неврологическая динамика.

С учетом исполнения 323 Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ» процедура лечебной гипотермии проводится только с письменного информированного согласия родителей или

законных представителей пациента. Для этого перед процедурой лечащим врачом доступной форме проводится подробная беседа с родителями, в ходе которой разъясняется суть методики, и даются ответы на все интересующие вопросы. После чего проводится оформление письменного согласия.

С ноября 2019 года ОРИТ ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр» оснащен аппаратом «ТЕСО therm NEO» для проведения терапевтической гипотермии, что позволило внедрить данный вид терапии в практику. За период с ноября 2019 года по январь 2025 года было проведено 81 процедура.



Рисунок 2. Количество процедур лечебной гипотермии, проведенной в ОРИТ ЗКПЦ, по годам, в абс.ч.

С момента внедрения лечебной общей гипотермии и клинических протоколов по применению данной методики значительно увеличилось количество пациентов, получивших терапию.

Роль медицинской сестры в проведении лечебной гипотермии весьма велика. Медицинская сестра активно участвует в проведение диагностических, уходовых и лечебных процедур. В первую очередь она выключает все источники тепла открытой реанимационной системы или кювета. В течение первых 20 минут начинает проводить измерение ректальной температуры новорожденного, каждые 15 минут, с фиксацией в листе назначения. При малейших отклонениях от заданных параметров сообщает информацию врачу.

ВАЖНО! Нельзя допустить как гипертермию, так и снижение ректальной температуры ниже 33,5°C. Поскольку при нарушении температурного диапазона клетки головного мозга погибнут

Так же медсестра проводит обязательный мониторинг: ЧСС, пульсоксиметрия, АД, кожная термометрия, оценивает поведение ребенка, в том числе развития судорожного состояния. Обеспечивает сосудистый доступ, для проведения длительной инфузии.

С целью профилактики развития пролежней медицинская сестра проводит обязательную смену положения ребенка, каждые 6 часов, с осмотром кожных покровов.

Задачами медицинской сестры ОРИТ являются не только контроль за правильностью работы аппаратуры, но и за своевременностью замены расходных материалов. В выхаживании новорожденных, родившихся в асфиксии, большую роль играет организация и соблюдение охранительного режима (сведение к минимуму количества болевых раздражителей, минимизация громких звуков, яркого света).

В результате использования медицинской системы для терморегуляции организма у детей, **своевременное** и **грамотное** выполнение процедуры, заметно улучшает неврологические исходы у пациентов и повышает качество жизни в будущем.

Большую роль в организации работы медицинских сестер перинатального центра играет Забайкальская Региональная Общественная Организация «ПрофМедСпец». Организация активно проводит аккредитованные научно-практические конференции, мастер-классы, симуляционное обучение, участвует во Всероссийских и международных мероприятиях, проводит профессиональные конкурсы, занимается издательской информационной деятельностью. Члены организации успешно проходят обучение на региональных мероприятиях центральных базах, что позволяет повышать профессиональные навыки, овладевать новыми методиками, в том числе по использованию терапевтической гипотермии для улучшения оказания помощи пациентам.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации «Гипоксическая ишемическая энцефалопатия новорождённого вследствие перенесённой асфиксии при родах», РОН, АСПМ +. 2025. 85 p. neonatology.pro/wp-content/uploads/2021/12/draft_cr_hie_27122021.docx Дата доступа 13.04.2026
2. Клинические рекомендации «Терапевтическая гипотермия у новорождённых детей». РОН. РАСПМ. 2019. <https://neonatology.pro/>

wpcontent/uploads/2019/02/protokol_hypothermia_2019.pdf Дата доступа 13.04.2026

3. Научная статья «Неонатальная терапевтическая гипотермия: как она работает?» / А.А. Задворнов, А.В. Голомидов, Е. В. Григорьев // « НЕОНАТОЛОГИЯ: новости, мнения, обучение». №1. 2016. 49-54 р. <https://cyberleninka.ru/article/n/neonatalnaya-terapevticheskaya-gipotermiya-kak-ona-rabotaet/pdf> . Дата доступа 13.04.2026.

4. Методическое письмо «Реанимация и стабилизация состояния новорождённых детей в родильном зале» Министерство здравоохранения РФ от 4 марта 2020 года №15–4/И/2-2570.. https://neonatology.pro/wpcontent/uploads/2021/12/draft_cr_hie_27122021.docx/cyberleninka.ru/article/n/reanimatsiya-i-stabilizatsiya-sostoyaniya-novorozhdennyh-detey-v-rodilnom-zale-metodicheskoe-pismo-pod-red-prof-e-n-baybarinoy-m-2020 Дата доступа 13.04.2026

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С НЕКРОТИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Шабальцова Ольга Викторовна, Царёва Татьяна Викторовна
ГУЗ «Краевая детская клиническая больница»
г.Чита, Забайкальский край, Россия

Не смотря на высокие достижения современной неонатологии, при выхаживании новорожденных и недоношенных детей возникает ряд проблем. Некротический энтероколит является главной причиной в структуре заболеваемости и смертности периода новорожденности, что составляет 2-7% и соответственно 20%-55%. Многочисленные результаты исследований и практический опыт в области хирургии новорожденных детей позволил дать современные представления о патогенезе, клинической картине, методах дифференциальной диагностики и лечения, а также сестринской тактике ведения новорожденных детей с некротическим поражением желудочно-кишечного тракта.

«Что же такое некротический энтероколит?» – это тяжелое стремительно развивающееся заболевание кишечника в период новорожденности, сопровождающееся хирургическими осложнениями,

некрозом и перфорацией кишечной стенки, перитонитом, с высокой смертностью.

НЭК (некротический энтероколит) был описан в конце 50-х годов, а с середины 60-х годов XX-го столетия признан самостоятельной нозологической формой и стал особенно актуален с развитием неонатологической помощи детям.

НЭК чаще всего встречается у недоношенных детей (62-98%), особенно с очень низкой и экстремально низкой массой тела (вес 1000 гр и меньше). Чем меньше вес ребёнка и срок беременности, тем выше риск развития НЭКа. Но может развиваться так же у доношенных новорожденных детей с различными неотложными состояниями: церебральная ишемия, врождёнными пороками сердца, бронхолегочная патологией, атрезией тонкой кишки и другими пороками развития.

У детей, рождённых ближе к сроку гестации, НЭК развивается в первую неделю жизни, а у глубоко недоношенных детей заболевание возникает на четвертой недели.

В патогенезе заболевания определяющую роль играют три ведущих фактора: гипоксия и ишемия, перенесённые в перинатальном периоде и неадекватное питание малыша.

У детей на искусственном вскармливании НЭК развивается чаще, чем при кормлении грудным молоком. Патогенная микрофлора кишечника, наиболее распространенная кишечная и ***Pseudomonas aeruginosa***; ***Staphylococcus aureus***; ***Staphylococcus epidermidis***; ***Klebsiella pneumoniae***.

Таблица 1

Динамика пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей, ГУЗ «Краевая детская клиническая больница» г.Чита 2023-2025 гг

Показатель	2023 г	2024 г	2025 г
Количество пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей, всего	625	695	703
Количество пациентов с установленным диагнозом НЭК:	14	9	11
1 стадия НЭК	6	3	5
2 стадия НЭК	6	5	4
3 стадия НЭК (перенёсших оперативное вмешательство)	2	1	2
Количество пациентов с осложнениями НЭК	1	0	0

Разберём развитие НЭК на примере пациента, находящегося в нашем отделении.

Родился недоношенный ребёнок на сроке гестации 27 недель с экстремально низкой массой тела 900 грамм, в асфиксии, подключили его к аппарату ИВЛ. Переведен в отделение реанимации новорожденных и недоношенных детей, а в таких отделениях, как правило, есть своя микрофлора, в том числе патогенная. Кормить ребенка начали не грудным молоком мамы, а смесью. Через 10 дней у него развился НЭК.

Таким образом, недоношенность, искусственное вскармливание, асфиксия в родах, синдром дыхательных расстройств – это всё факторы риска. Незрелость кишечной стенки, не развитая система ферментов, сниженная кишечная перистальтика, особенность кровотока и обсеменение кишечника патогенной микрофлорой привело к образованию воспаления, микротромбозов, замедлению кровотока и появлению участков ишемии.

Конечно, в первую очередь страдает слизистая оболочка кишечника, а в последующем патологический процесс распространяется на все слои, который приводит к критическому истончению стенки. Чаще всего поражается правая половина толстого кишечника и конечный отдел подвздошной кишки, но в процесс может быть вовлечен отдел тонкого или толстого кишечника, а в некоторых случаях поражается весь кишечник.

Различают три стадии течения НЭК, каждая стадия имеет две подстадии (а,б), каждая последующая стадия включает в себя характеристики предыдущей и дополнительные данные, связанные с возрастающей тяжестью течения.

1 стадия подозреваемый НЭК.

Выделение этой стадии очень важно, так как позволяет своевременно корректировать тактику выхаживания новорожденных и избежать хирургического вмешательства.

Клинические симптомы: один из первых симптомов это изменения пищевого поведения- внезапное изменение толерантности к кормлению, непереносимость пищи, вялость или беспокойство, неустойчивая температура тела, брадикардия, апноэ незначительное вздутие живота, петли кишечника слегка расширены и контурируют на поверхности кожи, срыгивание с примесью желчи, большой остаточный объем после кормления.

Различия между стадиями 1а и 1б. 1а - наличие слизи в каловых массах. 1б - примесь яркой красной крови в каловых массах

На данном этапе важное значение имеет медицинская сестра! На сколько она внимательна к своим маленьким пациентам, как вовремя заметила изменения в поведении ребенка, обратила внимание на вышеперечисленные симптомы и своевременно сообщила врачу.

2 стадия явный НЭК.

Клинические симптомы: значительное увеличение живота, отечность, покраснение или цианоз передней брюшной стенки, выраженная болевая реакция на пальпацию, очаговый пневматоз кишечной стенки – это наличие пузырьков газа в стенке кишки, парез кишечника, выраженный ацидоз, тромбоцитопения, асцит.

Во второй стадии так же выделяют две подстадии: 2а - обратимая стадия; 2б - необратимая стадия (усугубление всех симптомов).

На данном этапе большое значение имеет сестринский уход - постоянное наблюдение, поддержание адекватной температуры тела с использованием инкубатора, теплоизоляция с помощью пелёнки, матрасик с подогревом, лампы лучистого тепла.



Рисунок 1. Фото пациента с НЭК 2 стадия

Если ребёнок лежал в кроватке, мониторингирование жизненно важных функций АД, ЧСС, ЧД, сатурации, контроль за диурезом, стулом, желудочным отделяемым, обеспечение центрального и периферического венозного доступов, проведение инфузионной терапии, обезболивания и других назначений врача, подготовка к диагностическим методам исследования.

3 стадия прогрессирующий НЭК.

Клинические симптомы: артериальная гипотензия, коагуляционные нарушения, кровавый стул, выраженный болевой синдром, выраженный пневматоз кишечной стенки, газ в портальной вене (печеночной), выраженный асцит, симптомы генерализованного перитонита, пневмоперитонеум (газ в брюшной полости).

3а - некроз кишечника без перфорации; 3б - перфорация кишечника

На 3 стадии медицинская сестра должна сделать все быстро и профессионально! Подготовить все необходимое для проведения лапароцентеза (прокол в подвздошной области, оценка цвета выпота), провести предоперационную подготовку пациента и адекватную транспортировку в операционную, используя транспортный кувез, аппарат ИВЛ, инфузионные дозаторы.



Рисунок 2. Фото пациента с НЭК 3 стадия

В большинстве случаев НЭК протекает молниеносно, 25-40% от начала симптомов до перфорации могут пройти всего сутки с признаками перитонита, сепсиса, ДВС - синдрома, а может развиваться постепенно волнообразно в течение нескольких суток и даже недель.

Решающими методами для диагностики НЭК являются: рентгенологическое обследование, УЗИ, лабораторное обследование, лапароцентез, лапароскопия (используют редко, проводят с целью дифференциации обратимых изменений от необратимых).

При подозрении на НЭК лечение начинается незамедлительно. Большинство детей с 1-й и 2-й стадией получают консервативную терапию. В комплекс мероприятий входят: отмена энтерального питания, стабилизация функций жизненноважных органов и систем, декомпрессия желудка (объем и характер отделяемого), полное парентеральное питание, антибиотикотерапия, иммунотерапия (в/в иммуноглобулины), длительность лечения в среднем составляет 10-14 дней.

Абсолютным показанием для оперативного вмешательства является некроз или перфорация кишечника 35%-40%. Целью операции является удаление некротизированной части кишечника, дренирование и наложение кишечной стомы.

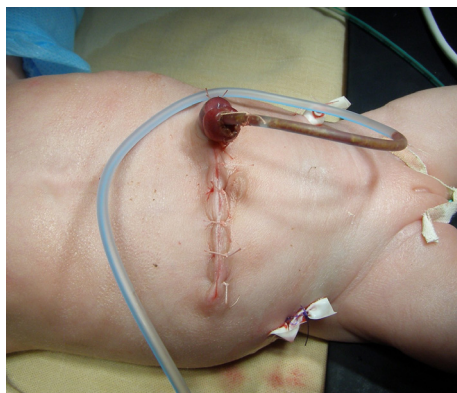


Рисунок 3. Внешний вид передней брюшной стенки после формирования стомы

Основные задачи сестринского ухода в послеоперационном периоде:

1. Профилактика послеоперационных осложнений: для предупреждения ИСМП использование средств индивидуальной защиты (стерильные!), строгое соблюдение правил асептики и антисептики, гигиены рук, санитарно-эпидемиологического режима, правил дезинфекции и стерилизации, для приготовления растворов парентерального питания использование компаундера для точного дозирования компонентов и отсутствия соприкосновения стерильных растворов с окружающей средой.



Рисунок 4. Компаундер

2. Создание лечебно-охранительного режима: установить инкубатор с датчиками сервоконтроля, монитор слежения за пациентом, шприцевые дозаторы; накрыть инкубатор защитным чехлом для ограничения световых, звуковых раздражителей.

При поступлении малыша из операционной, аккуратно переложить его в инкубатор с настроенной соответствующей температурой и влажностью воздуха, подключить к аппарату ИВЛ, монитору слежения жизненно-важных функций. Начать инфузионную терапию, обезболивание по назначению. Сделать запись в листе сестринского наблюдения.

В дальнейшем осуществлять: уход за венозными катетерами, своевременную смену желудочного зонда, мочевого катетера, щадящий развивающий уход (различные укладки, гнезда), уход за респираторным трактом, уход за кожей (туалет кожных складок, глаз, ушей, носа, умывание, подмывание), взвешивание в раннем послеоперационном периоде проводят по назначению врача в среднем раз в три дня.

Также, важным моментом в послеоперационном периоде является уход за послеоперационной линией шва и кишечной стомой: ежедневно проводить осмотр стомы и кожи вокруг стомы на наличие инфек-

ции, обработку шва проводить 1-2 раза в день, смена калоприемника проводится один раз в 2-3 дня у доношенных детей и у недоношенных в связи с анатомо-физиологическими особенностями кожи; своевременно опорожнять мешок калоприемника от каловых масс и газа при заполнении его на одну треть. Следить за характером и количеством отделяемого, фиксировать в листе назначений.

После снятия швов на 7-10 сутки показано купание малыша.

Профилактика НЭК направлена на снижение факторов риска: контакт кожа к коже сразу после рождения – это метод стимулирует лактацию у мамы и способствует контаминации новорожденного материнской флорой, грудное молоко является основным фактором, предотвращающим НЭК у новорожденных, особенно с очень низкой массой тела. Постепенное увеличение объема энтерального питания (25 мл в сутки на килограмм веса), тщательный инфекционный контроль, применение пробиотиков для восстановления баланса микрофлоры кишечника.

Подводя итог, хочется подчеркнуть, что знание факторов риска, ранняя диагностика, выбор соответствующего лечения, усовершенствование технологий хирургического вмешательства, профилактические мероприятия и слаженная профессиональная работа врачей и медицинских сестёр способны сыграть большую роль в достижении положительного результата и благоприятного исхода заболевания.

Список литературы

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. А.Ю. Разумовского. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021 – 1280 с.: ил. – (Серия «Национальные руководства»).
2. Детская хирургия: Некротический энтероколит у новорожденных: учебное пособие / Сущенко Р.А., Мазин А.С. – Чита: РИЦ ЧГМА, 2023. – с.
3. Кишечные стомы у детей / В.И. Аверин, М.А.Аксельров, Ю.Г. Дегтярев [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 112 с.

Подписано в печать 16.05.2026 г.
Формат 60x84 1/16. Бумага ксероксная.
Усл. печ. л. 16,97. Заказ 19/05. Тираж 100.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии ИП Соколова А.Ю.
440600, г. Пенза, ул. Кузнецкая, 7А,
тел.: (8412) 56-37-16.