

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



СОЮЗ МЕДИЦИНСКИХ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
ОРГАНИЗАЦИЙ

НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Материалы научно-практической конференции
(29–30 мая 2025 года)

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



**СОЮЗ МЕДИЦИНСКИХ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
ОРГАНИЗАЦИЙ**

НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Материалы научно-практической конференции
(29–30 мая 2025 года)

Пенза – 2025

Направления деятельности сестринского персонала по обеспечению качества и безопасности оказания медицинской помощи: Материалы научно-практической конференции: Сб. статей. — Пенза, 2025. — 268 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Адодина Светлана Юрьевна ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕСС ПРИЕМА И ОБРАБОТКИ БИОМАТЕРИАЛА КГБУЗ «КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР АЛТАЙСКОГО КРАЯ»	8
Адодина Светлана Юрьевна ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕССЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ	20
Абдульдинова Наталья Александровна ПРОСТОЕ РЕШЕНИЕ НЕПРОСТОЙ ЗАДАЧИ	27
Абзалутдинова Светлана Ивановна АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЕ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА	30
Абзалутдинова Светлана Ивановна НАСТАВНИЧЕСТВО КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ	37
Байкова Юлия Иннокентьевна СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА НАБЛЮДЕНИЯ В ПОСТВАКЦИНАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	41
Безрукова Наталья Александровна ТЕХНОЛОГИЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЛОКОМОЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА	47
Борисова Ольга Ивановна ПРИМЕНЕНИЕ ИНОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ ОКАЗАНИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ	58
Брызгалова Ольга Михайловна, Иванова Ольга Вячеславовна, Кочурова Инна Аркадьевна, Зимина Ольга Алексеевна СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР-АНЕСТЕЗИСТОВ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	62

Вагина Елена Владимировна НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ТЕХНОЛОГИЙ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА	68
Волкова Елена Васильевна ОРГАНИЗАЦИЯ БЕЗОПАСНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ СОТРУДНИКОВ В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ	71
Выключок Ирина Сергеевна СОБЛЮДЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКИМИ СЕСТРАМИ ОТДЕЛЕНИЯ АИР, ПРИ РАБОТЕ С АППАРАТАМИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ	78
Гуцу Марина Александровна АКТУАЛЬНОСТЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЁ ПРОФИЛАКТИКИ	85
Егина Ольга Михайловна ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ	90
Жигарева Елена Владимировна, Волокитина Любовь Леонидовна, Ахметсафина Лариса Александровна АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ СТАЦИОНАРЕ. СЕСТРИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ. ОПЫТ РАБОТЫ ГУЗ «ЖКИБ»	94
Иванова Ольга Вячеславовна НЕПРЕРЫВНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ КАК ВАЖНОЕ УСЛОВИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ	102
Ивашова Ольга Михайловна, Римская Галина Владимировна СИСТЕМА НАСТАВНИЧЕСТВА КАК ОСНОВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ	108
Качалаба Ольга Юрьевна РАЗРАБОТКА И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМ ЦИФРОВИЗАЦИИ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ	113

Рыжонина Татьяна Владимировна, Кликунова Татьяна Викторовна ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ЦЕНТРАЛЬНОГО СТЕРИЛИЗАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА	119
Комолова Валентина Петровна, Семенова Светлана Германовна ОСНОВЫ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ В ОТДЕЛЕНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	130
Комолова Валентина Петровна СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ГЕРИАТРИИ: РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ	135
Паршина Светлана Дмитриевна, Кочетовская Елена Александровна РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В СОХРАНЕНИИ И УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ	150
Кочетовская Елена Александровна Киреева Наталья Александровна ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ	153
Лопухова Марина Геннадьевна ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР С ПАЦИЕНТАМИ, ПЕРЕНЁСШИМИ КОРОНОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ	160
Мазенкова Светлана Викторовна, Семенова Светлана Анатольевна УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА	164
Малышева Татьяна Александровна РОЛЬ АКУШЕРКИ В ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО - САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ	175
Пахомова Татьяна Сергеевна ЦИФРОВОЙ ФАП: НОВЫЙ ЭТАП В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УДАЛЁННЫХ РАЙОНАХ	183

Печенкина Наталия Владимировна ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	189
Плешкова Людмила Николаевна ИЗМЕНЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК КЛЮЧЕВАЯ СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ХНИЗ)	192
Мохова Ольга Владимировна, Полуянова Надежда Сергеевна РОЛЬ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ	198
Разворотнева Елена Геннадьевна, Шемелина Дарья Владимировна ПРИМЕНЕНИЕ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ ФЕЛЬДШЕРА ВЫЕЗДНОЙ БРИГАДЫ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ г. ЧИТЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ. ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ФЕЛЬДШЕРА ВЫЕЗДНОЙ БРИГАДЫ СО СПЕЦИАЛИСТОМ ДИСТАНЦИОННО - КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА	203
Рыжова Яна Александровна РАЗРАБОТКА И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМ ЦИФРОВИЗАЦИИ И ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ	208
Рыжонина Татьяна Владимировна ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА МНОГОПРОФИЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	215
Рыжонина Татьяна Владимировна НАСТАВНИЧЕСТВО КАК ОДИН ИЗ ВАЖНЕЙШИХ ФАКТОРОВ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	223
Рыжонина Татьяна Владимировна РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ТРАНСФУЗИОЛОГИЯ»	230
Сажина Наталья Павловна СТАНДАРТИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	242

Семенова Мария Павловна СЛУЧАЙ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ В ИНФЕКЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ ГУЗ АКШИНСКАЯ ЦРБ	247
Тряпицына Елена Николаевна ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СИСТЕМЕ НАСТАВНИЧЕСТВА КГБУЗ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА	249
Шегаева Светлана Александровна РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОЛЕЖНЕЙ	256
Касимовская Наталия Алексеевна, Калугина Мария Геннадьевна ИНФОРМИРОВАННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ О ПРИМЕНЕНИИ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ (НА ПРИМЕРЕ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ)	262

ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕСС ПРИЕМА И ОБРАБОТКИ БИОМАТЕРИАЛА КГБУЗ «КОНСУЛЬТАТИВНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР АЛТАЙСКОГО КРАЯ»

Адодина Светлана Юрьевна
КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр Алтайского края»,
г. Барнаул, Россия

Актуальность.

На современном этапе ключевым вопросом стало создание эффективной модели управления деятельностью в сфере здравоохранения, которая позволит обеспечить доступность медицинской помощи, повысить эффективность медицинских услуг, которые соответствуют уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Медицинская организация любого уровня требует применения новейших технологий управления ресурсами, системного и стратегического подхода в принятии решений.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254 «Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года», была проведена оценка состояния национальной безопасности в сфере здравоохранения, которая определила цели, основные задачи и приоритетные направления развития здравоохранения в Российской Федерации, а также основные этапы, ожидаемые результаты и механизмы реализации настоящей Стратегии. Она направлена на формирование и реализацию на федеральном, региональном и муниципальном уровнях скоординированной политики в сфере охраны здоровья граждан [1].

В 2019 году была разработана и утверждена государственная программа «Развитие здравоохранения в Алтайском крае», период её реализации 2019-2024 гг. Программа включает в себя шесть основных и наиболее важных направлений, целями которых являются увеличение продолжительности жизни, снижение смертности, удовлетворенность доступностью медицинской помощи [7]. Исходя из этого, каждая медицинская организация ведет работу по реализации комплекса задач для достижения поставленных целей.

В связи с этим, целью КГБУЗ «Консультативно-диагностического центра Алтайского края», стала актуализация всех внутренних процессов организации и внедрению современных управленческих под-

ходов. Это возможно при комплексном проведении анализа действующих механизмов с использованием принципов системного менеджмента, в том числе ключевых показателей эффективности (KPI), а также внедрение риск- и клиент-ориентированного подходов.

Технология.

С ноября 2021 года одним из наиболее приоритетных направлений для внедрения современных управленческих технологий, в том числе информационных, был определен процесс приема, регистрации и обработки биоматериала, поступающего из краевых медицинских организаций. Особого внимания потребовал процесс обработки доставленного биоматериала в ПЦР-лабораторию для исследования на новую коронавирусную инфекцию COVID-19, где помимо соблюдения этапности, требовалось неукоснительное соблюдение сроков выдачи результата. Процедура представляла собой сложный многоэтапный процесс, в ходе которого требовалось привлечение большого количества персонала (в том числе привлечение к работе в выходные дни), введение данных ручным способом. Все это влекло за собой большие трудозатраты, временные потери, алогичное перемещение сотрудников, большое количество дефектов. На тот момент существовала задержка выдачи результата до 5 суток вместо 24 часов, а очередь на исследование достигала до 10 тыс. биопроб. Это влекло за собой задержку краевых медицинских организаций в оказании помощи пациентам.

Проведя глубокий анализ возможных потерь в ходе оказания данной услуги, с применением принципов бережливого производства, были предприняты меры по устранению издержек [4]. При тесном сотрудничестве с краевыми медицинскими организациями был разработан алгоритм формирования электронного реестра пациентов, чей биоматериал доставляется в ПЦР-лабораторию для исследования на новую коронавирусную инфекцию COVID-19. Реестрам присваивается уникальный четырехзначный номер, который, при его введении в программу, позволяет осуществлять автоматическую его загрузку в виде списка пациентов в ИС «МИРА». Стоит отметить, что при формировании реестра на этапе краевой медицинской организации программа не позволит утвердить реестр при отсутствии полного перечня данных пациента, предусмотренного системой. Данные о пациенте присваиваются каждой пробе при помощи штрих-кода.

Процесс приемки, регистрации и обработки биоматериала в
ПЦР-лаборатории КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр Алтайского края»

ПОСТУПЛЕНИЕ БИОМАТЕРИАЛА ИЗ КМО

Было

Стало

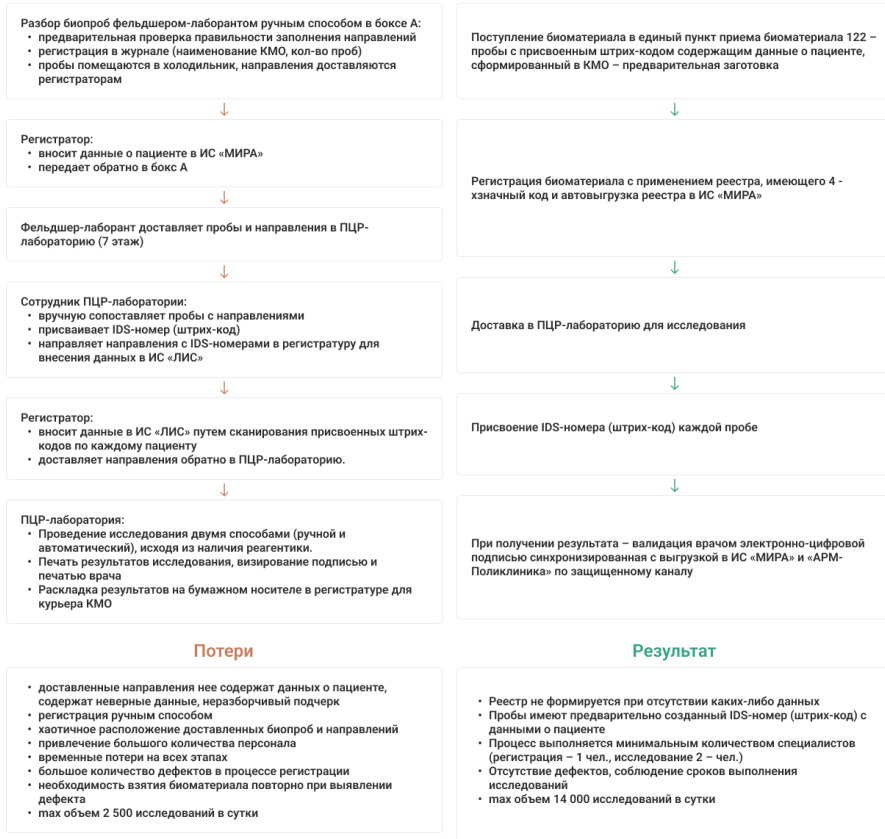


Рисунок 1. Процесс приемки, регистрации и обработки биоматериала в ПЦР-лаборатории КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр Алтайского края»

Технология автоматизированной обработки проб позволяет снизить трудозатраты персонала на регистрацию поступающего биоматериала, избавляет от необходимости ведения бумажных журналов, автоматизирует размещение результатов исследований, сокращая временные потери, минимизируя ошибки на всех этапах движения, начиная с медорганизации-заказчика до конечного потребителя. В феврале 2022 года, при резком ухудшении эпидемиологической ситуации в связи с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19, внедрение этой технологии позволило увеличить мощность ПЦР-лаборатории в 4,5 раза, с 2500 тестов в сутки до 14000, и соблюдать сроки выполнения исследований (24 часа).

Наряду с реорганизацией процесса обработки биоматериала встал вопрос о создании эпидемиологической безопасности больницы среды (связанной с необходимостью курьеров доставлять биоматериал через центральный вход), создания комфортных условий и минимизации перемещений для пациентов при сдаче биоматериалов на исследование (венозная кровь, капиллярная кровь, проведение глюколотерантного теста, моча, кал и пр.). Сдача биоматериала для исследования проводилась на 1 и 3 этажах, что требовало от пациентов дополнительных перемещений.

С октября 2022 года прием биоматериала реорганизован в единый блок, расположенный на 1 этаже здания, который включает в себя:

- зону приема биоматериала 2, 3-4 групп патогенности их краевых медицинских организаций, предполагающий отдельные входы в здание, что позволило исключить перемещение курьеров внутри организации в верхней одежде;
- зону приема биоматериала 3-4 группы патогенности (кал, моча, бак. посеvy);
- зону исследования крови на гемостаз и проведения глюколотерантного теста;
- процедурный кабинет.

Ранее существовавшая разрозненность зоны приема биоматериала доставляла неудобство для фельдшеров-лаборантов при его транспортировке из кабинетов забора до лаборатории. На сегодняшний день – это рациональная маршрутизация с минимальными временными затратами, основанная на внедрении принципов бережливого производства.

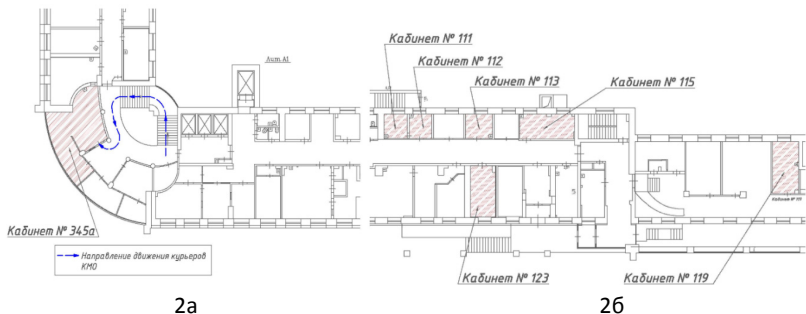


Рисунок 2. Зона приемки биоматериала до реорганизации (2а) - 3 этаж и (26) - 1 этаж

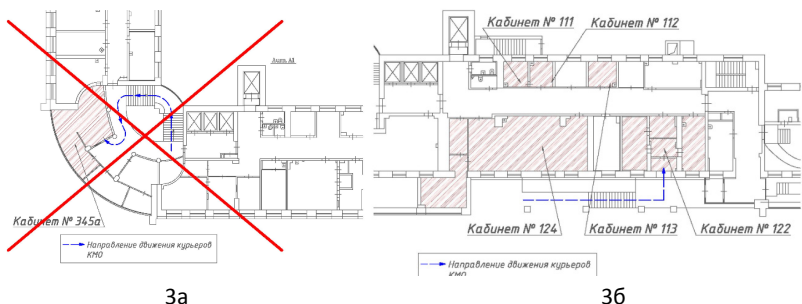


Рисунок 3. Зона приемки биоматериала после реорганизации (3а) - 3 этаж и (36) - 1 этаж

Частью системы обработки биоматериала являются процедурные кабинеты. Рассмотрение процесса взятия венозной крови на исследование пациента показал:

- существование трех процедурных кабинетов не обеспечивали создание единого потока и доставляли пациентам и сотрудникам неудобства в части распределения потока в виду удаленности их друг от друга;
- планировка кабинетов затрудняла организацию пространства с учетом поточности, условного разделения на «чистую» и «грязную» зоны;
- перемещения специалистов в помещении была хаотичной и приводила к временным потерям.

Результатом системного анализа и наблюдения была определена средняя продолжительность процедуры взятия венозной крови в 5-5,5 минут на одного пациента. Нагрузка на медицинскую сестру составляла 40-45 человек в смену продолжительностью 4 часа. При раннее существующем формате работы функционировало 6 рабочих мест, а средняя пропускная способность процедурных кабинетов составляла 240-270 человек в смену.

В результате полученных данных определены цели:

- создание комфортных условий труда специалистам;
- увеличить пропускную способность кабинета за счет уменьшения временных затрат специалиста на манипуляцию;
- оптимизировать рабочие места с применением принципов бережливого производства, используя основы системы организации и рационализации рабочего места 5S;
- организовать поток пациентов для исключения пересечения потоков входящих и выходящих пациентов.

С этой целью был разработан и внедрен новый формат процедурного кабинета:

- организовано семь компьютеризированных автономных рабочих мест с многофункциональными креслами, позволяющих специалистам (медицинским сестрам) работать самостоятельно независимо друг от друга;

- оптимизировано и стандартизировано расположение мебели, освещения, расходных материалов, необходимых для оказания услуги (все расположено в зоне доступности на расстоянии «вытянутой руки»);

- внедрена электронная очередь в виде цветосветовой навигации и автоматической системы оповещения пациентов об освободившемся кресле при помощи кнопок вызова;

- организация процесса обслуживания пациента по циклическому типу: подготовка рабочего места → приглашение пациента путем нажатия кнопки вызова → гигиеническая обработка рук перед манипуляцией → регистрация пациента → взятие венозной крови при помощи вакуумных систем → заключительный этап;

- организация потока пациентов по принципу «разведения потоков» путем разделения зоны входа и выхода;

- обеспечение эпидемиологической безопасности за счет четкого разделения «чистой» и «грязной» зоны, оснащение кабинета в соответствии с СП от 28.01.2021 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования в профилактике инфекционных бо-

лезней» с учетом современных требований (сенсорные смесители и дозаторы для мыла и антисептика, настенные держатели перчаток, диспенсеры для бумажных полотенец) [3];

- дополнительная организация работы кабинета во вторую смену для обслуживания пациентов эндокринологического профиля (лечебные процедуры).

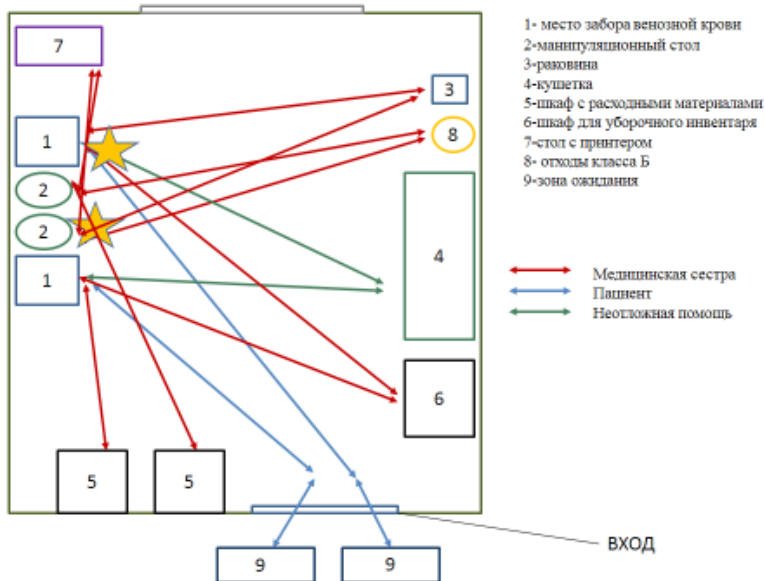


Рисунок 4. Схема планировки кабинета и картирование процесса забора крови (было)

Таблица 1

Хронометраж процесса взятия крови до оптимизации

	Процесс	Время
1	Регистрация пациента, копирование направлений и объяснение хода процедуры	30 секунд
2	Подготовка рабочей зоны	20 секунд
3	Маркировка пробирок	10 секунд
4	Обработка рук, надевание перчаток	30 секунд
5	Венепункция	60 секунд
6	Работа с медицинскими отходами	10 секунд

7	Дезинфекция поверхностей	10 секунд
8	Снятие перчаток, обработка рук	30 секунд
9	Перемещение	120 секунд
Итого		320 сек (5,2 минут)

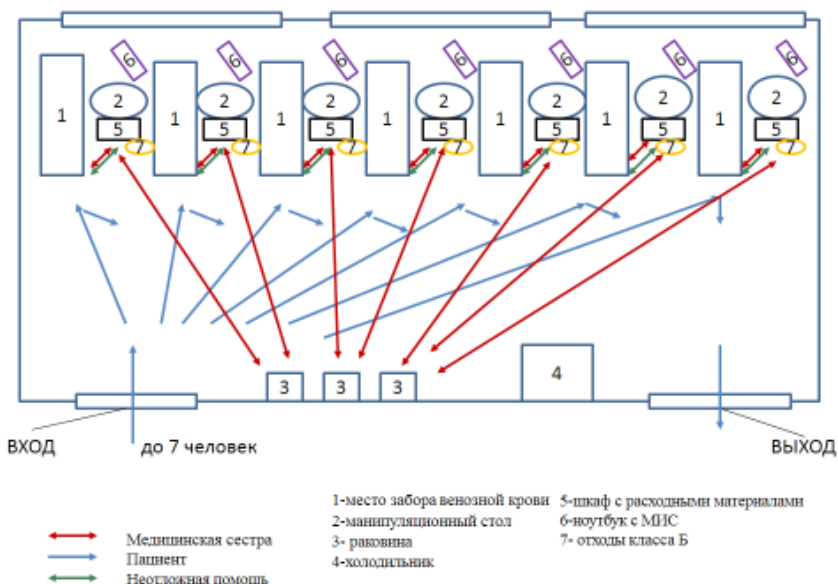


Рисунок 5. Схема планировки кабинета и картирование процесса забора крови (стало)

Таблица 2

Хронометраж процесса взятия крови после оптимизации

	Процесс	Время
1	Регистрация пациента, копирование направлений и объяснение хода процедуры	30 секунд
2	Подготовка рабочей зоны	15 секунд
3	Маркировка пробирок	5 секунд
4	Обработка рук, надевание перчаток	30 секунд

5	Венепункция	60 секунд
6	Работа с медицинскими отходами	5 секунд
7	Дезинфекция поверхностей	10 секунд
8	Снятие перчаток, обработка рук	30 секунд
9	Перемещение	20 секунд
Итого		235 сек (3,55 минуты)

Результаты внедрения в практику:

- улучшились условия труда специалистов со средним медицинским образованием и, как следствие, повышается его производительность;

- увеличились мощность обслуживания за счет организации дополнительного, седьмого, кресла;

- сократились и рационализировать зону доступности расходных материалов, обеспечивающих рабочий процесс;

- организован единый поток пациентов, распределяемых цветосветовой навигацией;

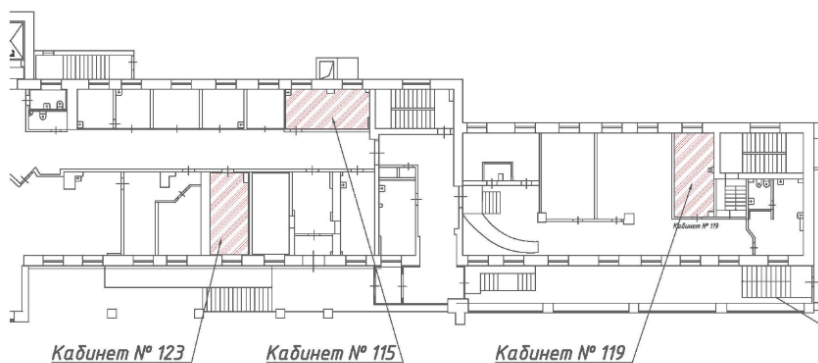
- сократились временные затраты на перемещение медицинской сестры в пределах рабочего места;

- уменьшился риск простоев, снизилось количество финансовых потерь;

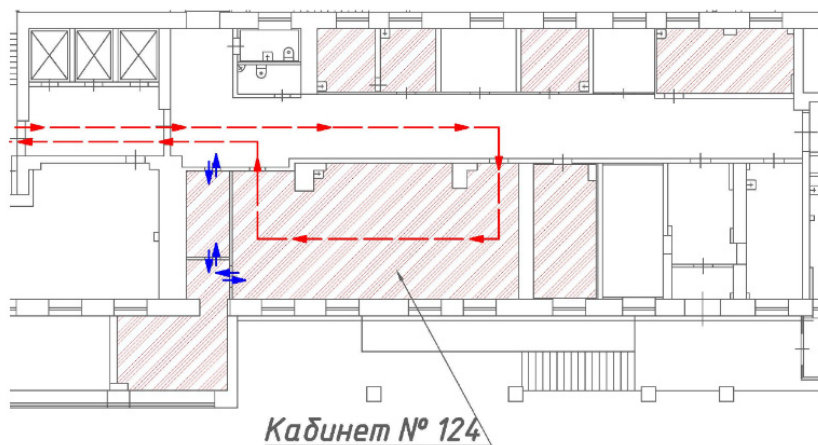
- расширилась функциональность кабинета для оказания помощи эндокринологом больным;

- обеспечились эпидемиологическую безопасность за счет архитектурно-планировочных решений.

Внедрение принципов бережливого производства помогает поддерживать организованность и прозрачность лечебно-диагностических процессов, что повышает эффективность работы предприятия в целом. В результате оптимизации работы процедурных кабинетов среднее время, затрачиваемое на манипуляцию, составило 3,55 минуты, сократилось время рабочей смены по забору биоматериала до 3,5 часов, а мощность кабинета увеличилась до 350-400 посещений в смену.



6а



6б

Рисунок 6. Реорганизация процедурного кабинета: (6а) - до реорганизации, (6б) - после реорганизации



Рисунок 7. Процедурный кабинет нового формата

Заключение.

Сегодня процесс внедрения современных технологий в консультативно-диагностический процесс требует от руководителя новаторства и применения принципов системного менеджмента.

Для создания привлекательной модели медицинской организации следует развивать систему индикаторов медицинского обслуживания и экономической эффективности управления медицинской организации, провести анализ бизнес-процессов, бизнес- и ИТ-архитектуры учреждения. В результате получения комплексных архитектурно-управленческих решений, проводится разработка, анализ и внедрение систем управления. Системность разработанных мероприятий, их нормативно-правовое, материально-техническое, информационно-аналитическое, технологическое, а также научное обеспечение, с применением программно-целевого подхода и внедрения системы сбалансированных показателей обеспечат достижение цели в виде эффективности организации и, как следствие, доступности качественной медицинской помощи населению с использованием инновационных технологий и международных стандартов и подходов.

Литература:

1. Указ Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254 Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года. – Текст 6 электронный // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов - URL: <https://docs.cntd.ru/document/554815875> (дата обращения 08.02.2023)

2. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». – Текст : электронный // Правительство России : официальный сайт. - URL: <http://static.government.ru/media/files/hJJb4XgcAxhafiBW27EyseBZmtCra0RH.pdf>.

3. СП 3.3686-21. Санитарно-эпидемиологические требования в профилактике инфекционных болезней

4. Лайкер, Д., Хосеус. М. Корпоративная культура Toyota: Уроки для других компаний / Джеффри Лайкер, Майкл Хосеус; сокр. пер. с англ. – Москва : Альпина Паблишерз, 2011. - 354 с. - Текст : электронный. - URL: <https://www.bookvoed.ru/files/3515/21/24/60.pdf>.

5. Самильянова, И. Г., Дьячук, А. В. Инновационный контур в здравоохранении в условиях цифровой трансформации /И. Г. Самильянова, А. В. Дьячук. - Текст : электронный). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/innovatsionnyy-kontur-v-zdravooohranenii-v-usloviyah-tsifrovoy-transformatsii/viewer>. - Режим доступа: Научная электронная библиотека «КиберЛенинка».

6. Морозова, Ю. А. Формирование стратегических приоритетов инновационного развития российского здравоохранения в условиях цифровизации / Ю. А. Морозова. – Текст : электронный). - URL: <https://www.dissercat.com/content/formirovanie-strategicheskikh-prioritetov-innovatsionnogo-razvitiya-rossiiskogo-zdravookhran>. - Режим доступа: Научная электронная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat.

7. Министерство здравоохранения Алтайского края : официальный сайт. - URL: <http://zdravalt.ru/management/programmes-and-projects/programma-razvitie-zdravookhraneniya/> (дата обращения 08.02.2023). – Текст : электронный.

ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕССЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Адодина Светлана Юрьевна

КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр Алтайского края»,
г. Барнаул, Россия

Аннотация.

Проведен анализ процесса оказания медицинской помощи пациенту при проведении эндоскопических вмешательств на примере ФГДС. При помощи принципов и инструментов бережливого производства, определены новые формы взаимодействия персонала в ходе проведения исследования, выявлены временные и другие виды потерь. Показан практический опыт внедрения намеченного плана по их устранению, в результате чего ожидается повышение доступности и качества данной услуги для населения.

Ключевые слова: доступность медицинской помощи, бережливые технологии, картирование потока создания ценности, пациенто-ориентированность, мультидисциплинарный подход.

Введение.

В настоящее время, несмотря на успехи в сфере охраны здоровья населения, достигнутые с внедрением в систему здравоохранения ряда масштабных мер, до сих пор остается актуальным вопрос доступности и повышения качества медицинских услуг.

Во исполнение статьи 4 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1], указа Президента Российской Федерации от 6.06.2019 №254 «Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» п. 26.1. раздела 4 о важности основных задач развития здравоохранения, таких как создание условий для повышения доступности, качества и безопасности медицинской помощи [2], обеспечение качества остается ключевой задачей учреждений здравоохранения.

Создание эффективной модели управления процессом в медицинской организации, позволит создать оптимальные условия для формирования и рационального использования материально-технического и кадрового ресурсного потенциала, для стимулирования внедрения передовых технологий и системы управления каче-

ством, что, несомненно, позволит обеспечить доступность медицинской помощи, повысить эффективность медицинских услуг в соответствии с потребностью населения.

Цель.

Повышение качества и доступности медицинских услуг посредством разработки и внедрения *технологии оптимизации* лечебно-диагностического процесса в отделении эндоскопии КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр Алтайского края» (КДЦАК).

Методы исследования.

Наблюдение (системный анализ), сравнение, эксперимент, измерение (хронометраж).

Технология.

Современные тенденции в менеджменте диктуют необходимость использования системного подхода в решении поставленных задач, в том числе бережливых технологий, а так же принципов риск- и пациентоориентированности.

Для улучшения качества и доступности оказания медицинской помощи в КДЦАК был проведен анализ доступности медицинских услуг путем оценки принципов формирования потока пациентов из краевых медицинских организаций (КМО) с последующим внедрением электронного листа ожидания и применением голосового ассистента «Medvox» (**система оповещения пациентов**). Внедрение данного механизма позволило оцифровать очередность на все виды медицинских услуг.

После оцифровки очереди и обнаружения низкой доступности по ряду методик (срок ожидания по некоторым составлял до 6 месяцев) предпринимались попытки отрегулировать талонную систему посредством перераспределения по источнику финансирования, внутреннего и внешнего потока, которые не принесли желаемых результатов. Выявленные проблемы определили в две категории. Первая - внешние проблемы, характеризующиеся переизбытком потока пациентов из КМО в связи с необоснованностью направления, нарушением маршрутизации в соответствии с программой госгарантий и наоборот неявка запланированных пациентов. Внутренние проблемы: отсутствие автоматического мониторинга очереди, несоблюдение маршрутизации; ограниченные ресурсы учреждения (кадровый

дефицит врачебного персонала, временные потери, в ходе оказания медицинских услуг, неявка запланированных пациентов и т.д.)

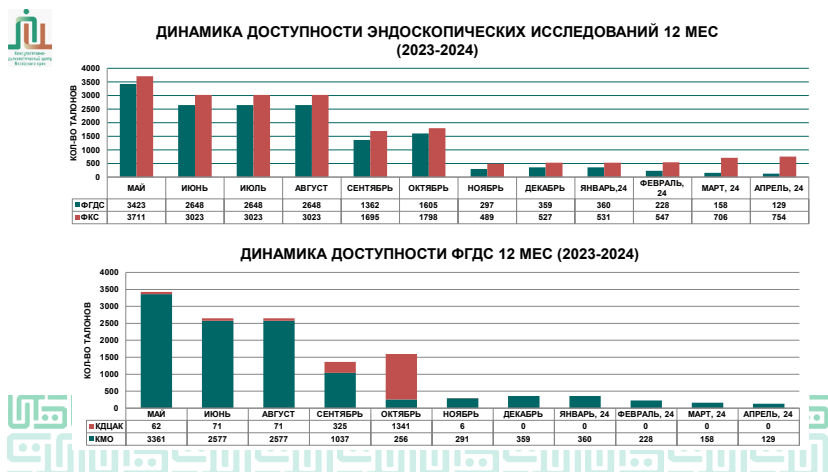


Рисунок 1. Динамика доступности эндоскопических исследований за 12 месяцев (2023-2024)

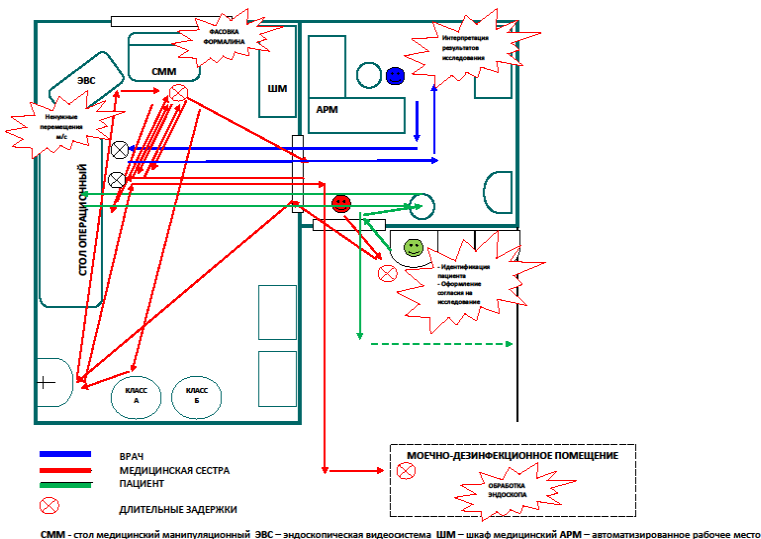


Рисунок 2. Схема перемещения персонала в ходе проведения ФГДС

Проведя системный мониторинг с мая 2023 г. по всем видам услуг наиболее уязвимым звеном в части доступности оказалось отделение эндоскопии, где срок ожидания составил более 5 месяцев. Так, очередь на ФГДС составила 3 423 пациента (Рисунок 1). Был проведен анализ процесса оказания эндоскопических услуг, в том числе с использованием инструментов бережливого производства (Рисунок 2), завершением которого стала стандартизация процесса ФГДС с применением мультидисциплинарного подхода.

В результате были выявлены потери: временные, в виде лишних перемещений, выполнение несвойственного функционала специалистами, что нашло отражение в низкой производительности труда специалистов отделения, а значит и низкой доступности ФГДС для населения (Рисунок 3).

Проблемы при проведении ФГДС:

- асинхронизированная работа врача и медицинской сестры;
- нерациональное использование кадрового ресурса при его дефиците;
- выполнение медицинской сестрой функций по идентификации личности пациента, оформлению информированного добровольного согласия на исследование, обработку персональных данных;
- приготовление транспортной среды для биоптата;
- обработка эндоскопического оборудования.

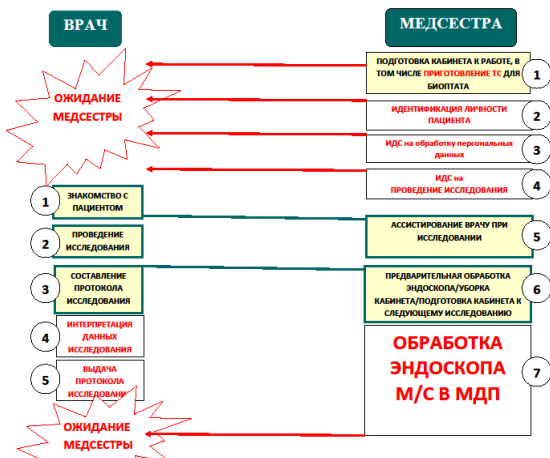


Рисунок 3. Схема распределения обязанностей между специалистами отделения эндоскопии при проведении ФГДС до проведения организационных мероприятий

В соответствии с выявленными проблемами был сформирован ряд задач, решение которых позволило максимально оптимизировать процесс проведения ФГДС и повысить производительность труда медицинского персонала.

Задачи:

- Оптимизировать процесс проведения ФГДС за счет перераспределения функционала между специалистами (приготовление транспортной среды для биоптата), в том числе по интерпретации данных от врача-эндоскописта направившему клиницисту (рис.4);

- Организовать пост администратора в отделении эндоскопии (регулирование потока пациентов в отделении, идентификация личности пациента, оформление информированного добровольного согласия на обработку персональных данных, исследование, выдача протокола исследования пациенту);

- Устранить кадровый дефицит среди врачей;

- Вывести в отдельный процесс обработку эндоскопического оборудования;

- Оснастить манипуляционные подвесным столиком для исключения дополнительных перемещений медсестры по кабинету.

- В настоящий момент проведены мероприятия:

- Организован пост администратора в отделении;

- Оптимизирован процесс проведения ФГДС за счет перераспределения функционала между специалистами;

- Передана функция интерпретации данных исследования от врача-эндоскописта направившему клиницисту, который владеет полной картиной состояния здоровья пациента;

- Устранен кадровый дефицит среди врачей (проучено и трудоустроено 2 специалиста);

- Обработка эндоскопического оборудования выведена в отдельный процесс.

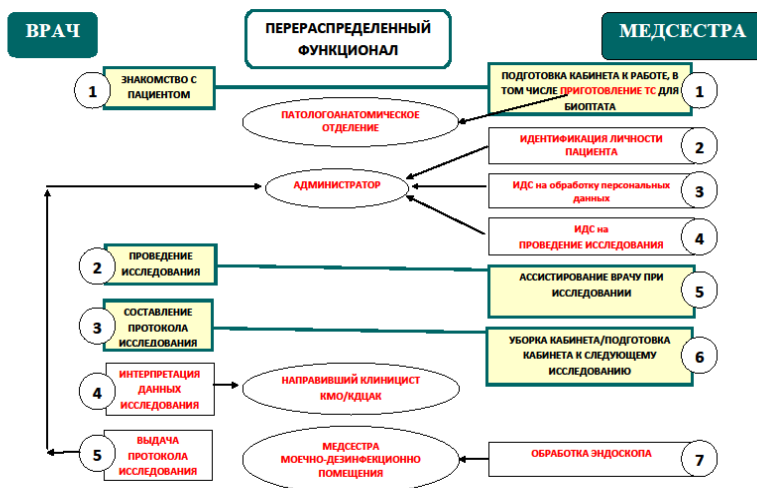


Рисунок 4. Схема распределения функционала между специалистами при проведении ФГДС после внедрения новых организационных решений

Оценка промежуточных результатов

По оценке промежуточных результатов отмечена положительная динамика по обеспечению доступности данной медицинской услуги для населения Алтайского края.

Таблица 1
Промежуточные результаты в ходе внедрения новых подходов при проведении ФГДС

На 30.10.2023	На 01.04.2024
СРОК ОЖИДАНИЯ СНИЗИЛСЯ ФГДС - минимально 3 дня, максималь- но с 3 недели Очередь сократилась на 1826 человек В очереди: – внутренний поток 1341 человек – внешний поток 256 человек	СРОК ОЖИДАНИЯ СНИЗИЛСЯ ФГДС - минимально - отсутствие оче- реди, максимальное - 1 неделя Очередь сократилась еще на 1341 че- ловек (на 3167 нарастающим числом) В очереди: – внутренний поток 0 человек – внешний поток 129 человек

Итоги внедрения организационных мероприятий.

По итогам проведенной работы, на сегодняшний день оптимизировано расписание с учетом сокращения времени на одно исследование (на 5 минут, с учетом сложности клинического случая), в результате чего введены дополнительные талоны на исследование (дополнительно 8 талонов на кабинет в день). По предварительным прогнозам доступность на ФГДС повысится на 32% к 29.12.2024.

С целью создания оптимального подхода в формировании направлений из КМО, совместно с МЗ АК, был обновлен приказ по маршрутизации пациентов Алтайского края.

Перспективы развития.

В 2025 году запланированы работы по внедрению новых плановочных решений – организация Центра эндоскопических исследований, которая предполагает увеличение числа манипуляционных с 4 до 7 (4 из них кабинеты проведения ФГДС), что позволит выйти на объем в 12,5 тыс. исследований в год, повысив доступность данной услуги для жителей края.

Заключение.

В ходе реализации новых управленческих решений отмечается высокая эффективность организационных мероприятий, которая обусловлена снижением трудозатрат медперсонала за счет оптимизации процесса и устранения потерь, синхронизацией процесса проведения ФГДС, оптимальной кадровой политикой организации, стандартизацией процесса ФГДС с применением мультидисциплинарного подхода.

Согласно философии Кайдзен, процесс улучшений является непрерывным, его основа - стремление к постоянному совершенствованию всех процессов и привнесение чего-то нового с вовлечением персонала [3].

Перспективой развития данного направления является более глубокое изучение управленческих подходов для создания оптимальной и эффективной модели оказания медицинской помощи в отделении эндоскопии КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр Алтайского края».

Литература.

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 04.08.2023) -

Текст : электронный // Официальный сайт : Правительство Российской Федерации. - Москва. - URL: <http://government.ru/docs/all/100186/> (дата обращения 31.05.2024).

2. Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 г. : Указ Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254. - Текст : электронный // Официальный сайт : Правительство Российской Федерации. – Москва. - URL: <http://government.ru/docs/all/122274/> (дата обращения 31.05.2024).

3. Потылицын, А. В., Горелова, И. С. Информационные технологии как эффективный инструмент внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности / А.В. Потылицын, И.С. Горелова. – Текст : непосредственный // Врач и информационные технологии. - 2021. - № 4. - С. 16.

ПРОСТОЕ РЕШЕНИЕ НЕПРОСТОЙ ЗАДАЧИ

Абдульдинова Наталья Александровна
ГАУЗ Забайкальского края «Краевая больница №4»,
г. Краснокаменск, Россия

Стандартные операционные процедуры - это важнейшая часть современных технологий качества в работе медицинской организации. Ключевая цель такой системы - организовать работу персонала таким образом, чтобы действия медсестры были регламентированы основными документами. Если у персонала нет четких рекомендаций и инструкций, он чаще допускает ошибки, которые снижают качество оказания медицинской помощи.

Заручившись серьезной поддержкой в деле практических преобразований от нашей ассоциации ЗРОО «ПрофСпецМед», которая уже несколько лет уделяет пристальное внимание формированию и развитию стандартизации в Забайкальском крае, с 2019 года сотрудники отделения анестезиологии-реанимации ГАУЗ «Клиническая больница №4» г. Краснокаменска начали работу по разработке и внедрению СОП. Огромную помощь мы получаем от нашей ассоциации и лично от президента ЗРОО «ПрофСпецМед» Валентины Александровны Вишняковой.

Были разработаны СОП по различным направлениям: лекарствоведение, неотложная помощь, уход за пациентами, профилактика рисков. При апробации алгоритмов, мы пришли к выводу, что на

практике один алгоритм следует за другим, дополняет его и сохраняет цепочку важной информации. Поэтому, для стандартизации уже готовых и разработанных алгоритмов, при разработки номенклатуры СОП мы решили систематизировать всю имеющуюся информацию по определенной теме в один сборник алгоритмов.

В 2021 году был разработан и внедрен в работу отделения первый «Сборник алгоритмов по личной гигиене пациента в условиях медицинского учреждения». Данное пособие содержит всю информацию по гигиеническому уходу за пациентами, находящимися на лечении в медицинском учреждении. Сборник состоит из СОП для среднего и младшего персонала, а также рекомендаций для обучения родственников пациентов. Материалы сборника мы используем при проведении практических занятий с медперсоналом, молодыми специалистами, студентами для формирования знаний и навыков по уходу за пациентами, способствующих эффективной реабилитации и повышению качества жизни тяжелобольных, а также для подготовки специалистов к аттестации и аккредитации.

В мае 2021 года отделение анестезиологии-реанимации ГАУЗ «Клиническая больница №4» проходило плановую проверку Роспотребнадзора по организации гемотрансфузионной терапии. При подготовке к предстоящему аудиту, СОП, приказы и рекомендации по трансфузионной терапии мы сформировали в сборник, что обеспечило успешное прохождение плановой проверки.

В 2022 году был разработан и внедрен в работу «Сборник алгоритмов профилактики гемоконтактных инфекций медперсонала при работе с кровью и другими биологическими жидкостями пациента». В пособие вошли СОП по гигиенической обработке рук, использованию спецодежды при выполнении инвазивных манипуляций, алгоритмы работы с медицинскими отходами, транспортировки биоматериала в микробиологические лаборатории, а также приложения по комплектации аптечки личной профилактики, образцы документов для заполнения в случае аварийной ситуации. В дополнение к алгоритмам были добавлены чек-листы для внутреннего контроля качества при работе с кровью и другими биологическими жидкостями, что позволило оценить подготовленность медперсонала.

В конце 2022 года были разработаны и внедрены в работу отделения еще два сборника «Сборник алгоритмов профилактики инфекций мочевыводящих путей в медицинской организации» и «Сборник алгоритмов профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в медицинских организациях (санитарно-

эпидемиологический режим)». Сборники содержат информацию о комплексе профилактических и противоэпидемических мероприятий, целью проведения которых является предотвращение возникновения и распространения внутрибольничной инфекции, предупреждения профессионального инфицирования медицинских работников при работе с пациентами, и инфицирования самих пациентов при обращении за медицинской помощью.

В 2023 году были подготовлены и внедрены еще два сборника «Сборник алгоритмов забора материала пациента для микробиологического исследования в условиях отделения анестезиологии – реанимации» и «Сборник алгоритмов технологий профилактики инфекций при инвазивных манипуляциях в отделении анестезиологии – реанимации». Данные пособия позволили стандартизировать обучение среднего медперсонала процедуре забора биологического материала и технологии профилактики инфекций при выполнении инвазивных манипуляций.

В 2024 году вышел «Сборник алгоритмов по хранению, учету, использованию и уничтожению наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров в ГАУЗ «Клиническая больница №4».

Таблица 1

Итоги проведенной работы за 2020-2024 гг. по внедрению СОП в отделении анестезиологии-реанимации ГАУЗ «Клиническая больница №4»

	Разработанные материалы в отделении				
	Сборник	Методические рекомендации	СОП	Чек-лист	Рекомендации (памятки)
2020 год	0	0	10	6	0
2021 год	2	1	19	3	16
2022 год	3	1	9	10	1
2023 год	2	1	12	0	0
2024 год	1	0	15	10	5
Итог:	8	3	65	29	22

Внедрение и систематизирование пошаговых алгоритмов в лечебном учреждении позволяет обеспечить сохранность здоровья пациента, сводит к минимуму влияние различных факторов, определяющих качество жизни не только пациента, но и медицинского персонала.

Все разработанные СОП проходят экспертизу и согласование профессиональных комитетов ЗРОО «ПрофМедСпец», специалисты которых систематизируют и предлагают актуальные темы для внедрения и разработки новых алгоритмов. Наша ассоциация определяет своей основной задачей обмен практическим опытом с коллегами из медицинских организаций Забайкальского края, с формированием базы нормативной документации по работе специалистов среднего звена, библиотеки видео-уроков по основным темам санитарно-противоэпидемиологического режима, фармацевтического порядка, неотложной помощи и другим актуальным темам.

АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЕ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Абзалутдинова Светлана Ивановна
ГАОУЗ «Краевая больница № 4» Забайкальский край,
г. Краснокаменск, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются одной из главных причин высокой преждевременной смертности россиян. Национальный проект «Здравоохранение» Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» определил основной задачей снижение показателя смертности населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения. Этот проект позволил провести переоснащение и дооснащение медицинским оборудованием региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений в субъектах Российской Федерации, а также обеспечить бесплатными лекарственными препаратами в течение двух лет всех пациентов, перенесших инфаркт миокарда, инсульт и др.

Большой потенциал имеет широкое внедрение в клиническую практику эффективно работающей системы реабилитации. Эта технология доказала свою эффективность в снижении сердечно-сосудистой смертности. Осуществлять ее должна мультидисциплинарная бригада специалистов в условиях специализированных медицинских отделений. Организация реабилитационной помощи больным, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения, это современный комплексный подход, который позволяет вер-

нуть к труду, активной социальной деятельности больных трудоспособного возраста.

Одной из перспективных интегрированных технологий реабилитационной помощи является обучение в Школах здоровья для пациентов. Развитие Школ здоровья для пациентов позволяет реализовать один из основополагающих принципов реформирования здравоохранения – обеспечение партнерства медицинского работника и пациента в достижении качества и эффективности оказываемой медицинской помощи.

Куратором по организации работы школы профильных больных является ЗРОО «ПрофМедСпец», которая ежемесячно проводит мониторинг деятельности указанных школ. Профессиональный комитет анализирует показатели и дает практические рекомендации по улучшению организации и работы школы; обеспечивает методической литературой по внедрению новых методик ведения пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения. Для повышения профессионального уровня медицинских работников ЗРОО «ПрофМедСпец» организует конкурсы на лучшую практику работы школ профильных больных. Участники конкурсов делятся опытом с коллегами, анонсируя свои инновации и нововведения. Лучшие практики поощряются ассоциацией денежными вознаграждениями, оргтехникой и специализированной одеждой.

На основании приказа Министерства здравоохранения Забайкальского края в 2016 году была открыта «Школа ухода за пациентом с ОНМК» на базе неврологического отделения для больных с ОНМК в ГАУЗ «Краевая больница №4».

На основании распоряжения:

1. Издан локальный приказ;
2. Разработано положение о «Школе ухода за пациентом с ОНМК»;
3. Составлен план проведения занятий;
4. Выделено помещение для обучения пациентов и их родственников.

Цели «Школы ухода за пациентом с ОНМК»:

1. Социально - бытовая адаптация тяжелобольных;
2. Повышение качества жизни граждан, нуждающихся в уходе;
3. Снижение потребности тяжелобольных в услугах стационарных учреждений здравоохранения и социального обслуживания.

Задачи:

1. Обучить пациента самообслуживанию;
2. Обучить родственников особенностям ухода за тяжелобольными, перенесшими острое нарушение мозгового кровообращения.

Для решения поставленных задач необходимо:

- Повышать информированность пациентов и их родственников о заболевании, методах и средствах ухода;
- Формировать правильное отношение пациентов к заболеванию, мотивации к выздоровлению и выполнению рекомендаций врача;
- Формировать умения и навыки пациентов по самоконтролю общего состояния;
- Обучать навыкам преодоления стресса, основам правильного питания, адекватной двигательной активности, отказа от вредных привычек.

Организация «Школы ухода за пациентом с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК)».

Выделено отдельное помещение для учебного кабинета, в котором проходят занятия с родственниками и пациентами (рис. 1).



Рисунок 1 Групповые занятия с пациентами

Кабинет имеет оборудование, необходимое для проведения занятий:

- Столы, стулья, кресла.
- Тонометры, спирометры, весы, ростомер, фонендоскоп, сантиметровые ленты;
- Оборудование для демонстрации методического материала (телевизор):
 - Информационная доска;
 - Демонстративный материал;
 - Проектор для демонстрации презентаций.
 - Методический и обучающий материал для пациентов и родственников;
 - Наглядные пособия, памятки, брошюры, буклеты, листовки, плакаты для проведения занятий;
 - Предметы ухода (подгузники, памперсы);
 - Канцелярские товары и письменные принадлежности (карандаши, фломастеры, ручки);
 - Журнал регистрации больных (родственников), прошедших обучение;
 - Книга отзывов и предложений;
 - Анкета для пациентов и родственников для оценки эффективности проведенных занятий.

Программа занятий

1. Теоретические занятия (6 ч).

2. Практические занятия (6 ч).

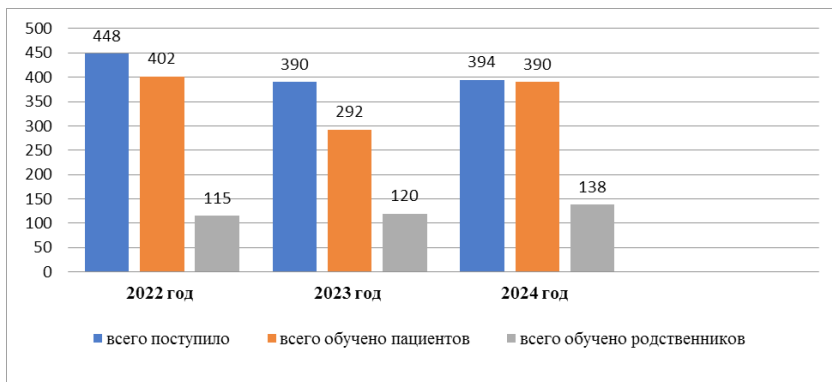
Занятия проводятся по специально разработанной программе в форме лекций и бесед с использованием наглядных пособий. Руководитель школы формирует группы для обучения из 5-8 человек, ведет учетную документацию. Группы подбираются по уровню начальной информированности и способности к восприятию информации (чаще всего это возрастной критерий). Периодичность занятий определяет организатор школы. Длительность занятия 30 минут.

К проведению занятий привлекаются специалисты мультидисциплинарной бригады неврологического отделения для больных с острым нарушением мозгового кровообращения: медицинский психолог, логопед, специалист по социальной работе, медицинские сестры отделения, имеющие квалификационные категории, медицинские сестры по массажу, инструкторы по лечебной физкультуре.

Хорошо развитые коммуникативные качества у сотрудников и достаточный уровень профессиональных знаний позволяет доступно и подробно проводить занятия с пациентами и их родственниками.

Таблица 1

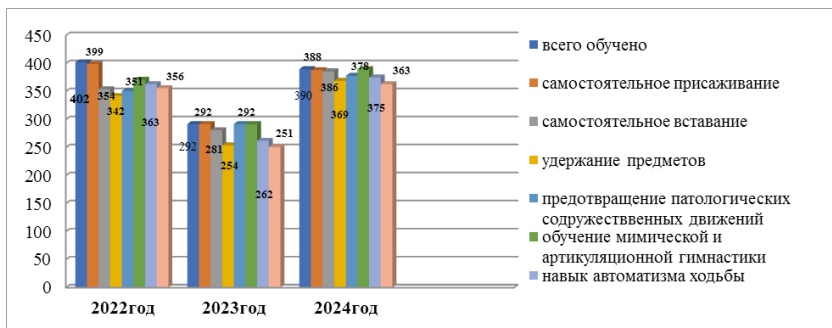
Показатели работы школы



Вывод: Благодаря активной разъяснительной работе персонала отделения среди пациентов и их родственников (ухаживающих) доля обучаемых в школе лиц ежегодно растет.

Таблица 2

Обучение пациентов и закрепление навыков



Вывод: Основной причиной отсутствия положительной динамики у пациентов в восстановлении двигательной активности и навы-

ков самообслуживания является тяжелое органическое поражение головного мозга.

Преимственность в работе с амбулаторно-поликлинической службой

Пациенты после выписки из неврологического отделения для больных с ОНМК находятся под наблюдением медицинских работников. Списочный состав выписанных пациентов передается в поликлинику координаторам здоровья для дальнейшей курации.

Эффективность работы «Школы ухода за пациентом с ОНМК»

До обучения в школе и после полного курса пациентам и их родственникам проводят анкетирование.

Таблица 3

Качественные показатели

	2022 год	2023 год	2024 год
Повторный инсульт	87 -18,9%	71 – 15,8%	69 – 14,3%
Обращения в поликлинику	11243	9245	10872

Вывод: За время работы школы снизился процент повторных инсультов и обращений в поликлинику, что на прямую связано с выполнением пациентом рекомендаций, полученных при обучении в школе.

Массовые мероприятия, проводимые в рамках школы.

В рамках школы ежегодно проводятся декадни, посвященные «Всемирному дню борьбы с инсультом», на которые приглашаются пациенты из других отделений ГАУЗ «Краевая больница №4», а также сотрудники больницы. Слушателям предоставляется видеоматериал, подготовленный врачами и медицинскими сестрами отделения неврологии: «Что такое инсульт», «Профилактика инсульта», «Первая помощь при инсульте». Каждый участник акции получает памятки и буклеты: «Как не стать жертвой инсульта», «Самопомощь при инсульте». Также, в период проведения декадни организуется телефонная «Горячая линия» по профилактике инсульта, самопомощи при инсульте, правильном питании и др. Ежегодно поступает до 50 телефонных звонков.

Немаловажную роль играет проведение различных культурно – массовых мероприятий: акции «10000 шагов», «Всемирный день борьбы с курением», «Сердце для жизни», «Никто не забыт», «Здоровью зеленый цвет» и др.

Вывод.

«Школа ухода за пациентом с ОНМК» - нужный, актуальный и значимый проект по развитию у пациентов культуры отношения к своему здоровью, к здоровому образу жизни и профилактике инсульта.

Благодаря обучению в нашей школе у пациентов повышается уровень социально – бытовой адаптации. Обученные пациенты получали навыки самообслуживания, самоконтроля общего состояния; родственники пациентов - навыки ухода за тяжелобольными. За время работы школы значительно повысилась информированность пациентов и их родственников о заболевании, методах и средствах ухода. Увеличилось число пациентов с мотивацией к выздоровлению и выполнению рекомендаций врача. В дальнейшем пациенты и их родственники применили полученные навыки преодоления стресса, знания основ правильного питания, адекватной двигательной активности в формировании своего образа жизни.

Литература:

1. Пирадов М.А. Инсульт: пошаговая инструкция. Руководство для врачей / М. А. Пирадов, М. Ю. Максимова, М. М. Танащян. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 272 с.
2. Школа здоровья. Жизнь после инсульта. Материалы для пациентов / под ред. В.И. Скворцовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 88 с.
3. Сайт «Что такое инсульт и как его победить» <http://www.insult.ru/>
4. Сайт Фонда по борьбе с инсультом «ОРБИ» <https://orbifond.ru/>

НАСТАВНИЧЕСТВО КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Абзалутдинова Светлана Ивановна
ГБУЗ «Краевая больница № 4», Забайкальский край г.
Краснокаменск, Россия

Ключевой фигурой в сохранении и укреплении здоровья населения страны является специалист со средним медицинским образованием. Однако, в настоящее время актуальной проблемой является отток из системы здравоохранения молодых специалистов. ЗРОО «ПрофМедСпец» и лично президент ассоциации Вишнякова Валентина Александровна проводят большую работу по борьбе с данной проблемой: снабжение методической литературой, организация и проведение конференций и конкурсов. В данной статье рассматриваются особенности работы с молодыми специалистами сестринского дела в стационаре, особое внимание уделено механизмам наставничества, играющего огромную роль в адаптации и воспитании молодых специалистов на рабочем месте.

Вопрос о трудовой деятельности в стационаре молодых специалистов поднимается на различных уровнях. А между тем, по-прежнему существует проблема, как привлечь дипломированных специалистов сестринского дела на работу в структурные подразделения медицинских организаций. И что более важно, как их удерживать на рабочих местах. Именно в период адаптации в учреждениях стационарного и амбулаторно-поликлинического типа молодые специалисты опасаются не справиться со своими функциональными обязанностями, обнаруживают недостаток знаний, практических умений и навыков.

В Государственном автономном учреждении здравоохранения «Краевая больница № 4» города Краснокаменска работа с молодыми специалистами поставлена следующим образом. Привлечение будущих медицинских сестер и медицинских братьев в многопрофильную медицинскую организацию, оказывающую круглосуточно медицинскую помощь населению города и района, начинается со студенческой скамьи. ГАУЗ «Краевая больница № 4» является основной клинической базой производственной практики студентов Краснокаменского медицинского колледжа. Во время прохождения практики, обучающихся знакомят с лечебными отделениями стац-

онара, с обязанностями младшего и среднего медицинского персонала.

Важную роль в становлении грамотного молодого специалиста играет наставничество. Я, как старшая медицинская сестра неврологического отделения для больных с острым нарушением мозгового кровообращения, являюсь наставником для молодых специалистов и сотрудников отделения. Окончив в 1990 году Борзинское медицинское училище по квалификации «Медицинская сестра общего профиля», пришла на работу в Краевую больницу №4 молодым специалистом. На сегодняшний день общий стаж работы составляет 35 лет. Последние 19 лет занимаю должность старшей медицинской сестры, имею профессиональные награды и поощрения.

Мои основные задачи в рамках наставничества:

- Качественно и быстро подготовить молодых специалистов к самостоятельной работе;
- Адаптировать молодого специалиста к конкретному месту работы;
- Устранить разрыв между теорией и практикой;
- Сократить недостатки в знаниях и практических умениях;
- Помочь в совершенствовании практических навыков;
- Разъяснить тонкости общения с пациентами;
- Привлечь молодых специалистов к работе в профильной школе;
- Повысить престиж профессии медицинской сестры.

На начальном этапе я определяю цель взаимодействия, выявляю наиболее серьезные проблемы молодого специалиста в рабочем процессе и намечаю пути их решения. При этом одной из важнейших задач я считаю обеспечение комфортных условий для саморазвития и самосовершенствования молодого специалиста.

По моему мнению, основные направления, которым необходимо уделять большее внимание при работе с молодым специалистом, это:

1. Невысокое качество работы специалистов в первое время, как следствие - необходимость постоянного контроля за их действиями;
2. Необходимость изучения уровня подготовленности специалиста к выполнению именно того вида деятельности, которым он занимается, а также выявление его потенциальных возможностей.



Рисунок 1. Проведение занятий с молодыми специалистами

Затем, разрабатываю индивидуальную программу адаптации и развития молодого специалиста, в рамках которой мной проводится тестирование, консультации, беседы, практические занятия (Рисунок 1).

Чтобы взаимодействие с молодыми специалистами было конструктивным и приносило желаемые результаты, я, как наставник, использую некоторые правила общения:

- Не приказываю!
- Не проповедываю!
- Не поучаю!

Один из важнейших моментов совместной деятельности – это не подсказывать решения, не учить жизни. Необходимо создавать ситуацию, из которой молодой специалист сам находит правильные решения, стимулировать процесс профессиональной поддержки.

За период моего наставничества были написаны совместно с молодыми специалистами и опубликованы в СМИ статьи: «Здесь нет равнодушных людей», «Эпилепсия – болезнь, которая застает врасплох», «Транзиторная ишемическая атака».

С целью совершенствования и поддержания профессионального мастерства молодыми специалистами разрабатываются методические пособия («Депрессия – болезнь нашего времени», «Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний», «Деменция – частый спутник пожилого возраста», «Влияние алкоголя на организм человека»), буклеты («Остеохондроз шейного отдела позвоночника – что необходимо знать», «Дисциркуляторная энцефалопатия – что необходимо знать!», «Болезнь Паркинсона», «Инсульт можно остановить», «Транзиторная ишемическая атака – что необходимо знать!»), необходимые в работе отделения.

Приняв участие в Краевом конкурсе «Лучший постерный доклад – 2018» и заняв первое место, я на личном примере показала, что участие в конкурсах – это необходимое условие професси-

ональное развития. Так в 2019 году, процедурная медицинская сестра отделения Раздобреева Виктория Викторовна приняла участие в подобном конкурсе и также заняла 1 место. Постоянное развитие и улучшение профессиональных навыков становится возможным благодаря ЗРОО «ПрофМедСпец» и лично президенту ассоциации Вишняковой Валентине Александровне, которые организуют подобные профессиональные конкурсы.

Возможность формирования у молодых специалистов целостного представления о работе отделения дает «Школа ухода за пациентом с ОНМК». Большинство пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, с дефицитом самоухода и нарушением двигательных функций. Придя на работу в отделение, молодые специалисты привлекаются к работе в школе. Совместно с сотрудниками отделения они проводят обучающие занятия с пациентами и их родственниками, участвуют в написании новых пособий для пациентов («Скандинавская ходьба: как правильно ходить, польза, противопоказания», «Правильное питание при инсульте головного мозга», «Профилактика пролежней», «Обезболивающие упражнения»). А также составление памяток для пациентов и их родственников: «Памятка пациентам, перенесшим инсульт», «Рекомендации по питанию для больных с патологией сердечно-сосудистой системы», «Профилактика пролежней», «Памятка для лиц, осуществляющих уход за пациентом», «Питание при нарушении глотания и аппетита». Благодаря совместной работе молодых специалистов с сотрудниками отделения, сокращается процесс адаптации в коллективе.

Также немаловажную роль в адаптации молодых специалистов сестринского дела на рабочих местах играет вовлечение их в различные культурно-массовые мероприятия (акция «10000 шагов», «Всемирный день борьбы с инсультом»).

В заключении, можно отметить, что наставничество как метод обучения молодых специалистов востребовано в учреждениях здравоохранения. Такое обучение оказывает благоприятное влияние не только на самих специалистов, но и на наставника, а также и на медицинскую организацию в целом. Наставник получает положительный управленческий опыт, стимул к самосовершенствованию, а у молодого специалиста складывается ощущение, что его ждали, к его приходу готовились. Это позволяет уменьшить психологическую боязнь провала, избежать ошибок, сформировать позитивное отношение к новым обязанностям и окружению, что определяет сниже-

ние текучести кадров и укрепление квалифицированных специалистов на рабочих местах.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА НАБЛЮДЕНИЯ В ПОСТВАКЦИНАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Байкова Юлия Иннокентьевна
ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы»,
г. Чита, Россия

Актуальность.

Стандартизация процесса наблюдения в поствакцинальном периоде является актуальной задачей для обеспечения безопасности и эффективности вакцинации и обусловлена несколькими факторами:

1. Унификация подходов к вакцинации – это разработка единого протокола наблюдения, который помогает обеспечить одинаковый уровень контроля.

2. Повышение качества медицинской помощи – включает в себя четкие стандарты, которые позволяют медицинским работникам действовать эффективно и оперативно при возникновении нежелательных реакций.

3. Снижение риска поствакцинальных реакций – это регулярное наблюдение за пациентами после вакцинации.

4. Наличие четких стандартов и протоколов повышает доверие граждан к процессу вакцинации.

Введение вакцин – это важный элемент профилактики инфекционных заболеваний, но он также может сопровождаться различными побочными реакциями. Стандартизация позволяет создать единые подходы к наблюдению за состоянием пациентов после вакцинации, что способствует своевременному выявлению, минимизации нежелательных реакций и принятию необходимых мер.

В ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы» разработаны и успешно внедрены определённые формы контроля, которые основаны на нормативно-правовых документах:

– ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации».

– ФЗ от 17.09.1998 №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний».

– СанПиН 3.3686-21 “Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней”

– Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 №785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

– Приказ Минздравсоцразвития РФ от 26.01.2009 года № 19н «О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них».

– Методические рекомендации по выявлению, расследованию и профилактике побочных проявлений после иммунизации, 2019 год. Методические указания 3.3.1.1123-02 «Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактика».

– Предложения (Практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике). (Версия 2 от 01.06.2023).

Сроки появления поствакцинальных реакций и их виды.

Сроки и длительность медицинского наблюдения после вакцинации определяются сроками наиболее вероятного развития поствакцинальных реакций и осложнений, указанных в инструкции по применению препарата. Для неживых вакцин - это 1-3 дни после иммунизации (в 80-90% случаев первые сутки). Живые вакцины – с 5-6 по 12-14 дни, с пиком проявлений с 8 -11 дни после прививки. Введение любой вакцины вызывает ответную реакцию организма, которая иногда имеет клиническую манифестацию. Может проявляться в виде общей и местной реакции. Местные реакции (гиперемия, сыпь, инфильтрат (Рисунок 1) обусловлены в основном балластными веществами вакцин, проходят в течение несколько дней (1-4 дня). Общие реакции (повышение температуры, кратковременная интоксикация (недомогание, головная боль, нарушение сна, снижение аппетита).

Под стандартизацией в здравоохранении следует понимать деятельность, направленную на достижение оптимальной степени упорядочения в системе здравоохранения путем разработки и установления требований, норм, правил, характеристик, условий, технологий при производстве и реализации услуг.



Рисунок 1. Инфильтрат

Стандартизация включает в себя:

- Защиту прав пациента и врача;
- Обеспечение прав пациента на получение медицинской помощи;
- Повышение доступности;
- Основа для управления качеством оказываемой медицинской помощи;
- Повышение эффективности;
- Повышение безопасности медицинской помощи.

Стандартизация процесса вакцинации и поствакцинального наблюдения в ГУЗ «ДКМЦ г. Читы» состоит из:

1. Разработки и внедрения стандартной операционной процедуры, регулирующие обращение ИЛП и постановку всех видов вакцин.
2. Подготовки пациента к вакцинации.
3. Готовность персонала к оказанию экстренной помощи при неотложных состояниях.
4. Вакцинация.
5. Мониторинг состояния после вакцинации.
6. Поствакцинальное наблюдение.

С целью улучшения качества вакцинального процесса разработаны листы наблюдения (Таблица 1, Таблица 2) за прививочной ре-

акцией по каждой профилактической прививке, с отражением основных показателей нормально протекающего поствакцинального периода: наличие жалоб от законного представителя (беспокойство, нарушение сна, снижение аппетита), температуры тела, наличие гиперемии, отёка, инфильтрата, сыпи, катаральных явлений.

Таблица 1

Лист наблюдения за прививочной реакцией (АКДС, АДС-м)

Вид прививки	Дата постановки	Дата			Дата				
		температура	Гиперемия (есть или нет, размер)	Отёк (есть или нет)	Инфильтрат (есть или нет, размер)	температура	Гиперемия (есть или нет, размер)	Отёк (есть или нет)	Инфильтрат (есть или нет, размер)
V1 АКДС									
V2 АКДС									
V3 АКДС									
RV1 АКДС									
RV2АДС-м									
RV3АДС-м									

Таблица 2

Лист наблюдения за прививочной реакцией
(корь, паротит, краснуха)

Вид прививки	Дата постановки	2 день	6 день				18 день			
		Местная реакция	температура	катар. явления	сыпь	увеличение около ушной железы	температура	катар. явления	сыпь	увеличение около ушной железы
V кори										
RV кори										
V паротита										
RV паротита										

А также в хронологическом порядке подклеиваются поствакцинальные патронажи в амбулаторную карту, что позволяет на всех

уровнях контроля отследить своевременность поствакцинального наблюдения и качество заполняемой медицинской документации.

Для удобства работы участковой медицинской сестры и для контроля старшей медицинской сестры, разработан журнал, где фиксируются все поствакцинальные патронажи.

Четко обозначенные сроки поствакцинального наблюдения позволяют медицинской сестре составить план поствакцинальных патронажей, которые фиксируются в данном журнале, а старшей медицинской сестре обеспечить качественный контроль.

Внутренний контроль качества в поствакцинальном периоде играет ключевую роль в обеспечении безопасности и эффективности вакцинации. Он помогает выявлять и устранять возможные проблемы, улучшать качество медицинских услуг и повышать доверие населения к вакцинам.

Основные этапы внутреннего контроля качества при проведении вакцинации в ГУЗ «ДКМЦ г. Читы»:

- Контроль за эпидемиологической безопасностью при выполнении вакцинации.

- Контроль знаний медицинского персонала прививочного кабинета и участковых медицинских сестёр по технике выполнения, навыкам оказания неотложной помощи.

- Контроль за своевременностью и качеством ведения медицинской документации.

- Контроль за своевременным поствакцинальным наблюдением, своевременной передаче информации о реакциях врачу, старшей медицинской сестре, заведующей педиатрического отделения.

Оценка всех этих параметров в МО проводится по чек-листам с анализом и рекомендациями по устранению недостатков на основании локального приказа № 90 от 10.01.2025 г.

Таблица 3

Мониторинг показателей поствакцинальных реакций

Классификация поствакцинальных реакций			
	Слабые реакции	Средние реакции	Сильные реакции
До введения стандартизации	55	30	12
После введения стандартизации	40	18	6

Проанализировав количество поствакцинальных реакций за 3 года, мы увидели, что с внедрением чётких процессов стандарти-

зации вакцинации и поствакцинального наблюдения, с введением многоступенчатой системы внутреннего контроля качества, количество поствакцинальных реакций уменьшилось (Таблица №3).

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Важным принципом функционирования каждой медицинской организации является непрерывное совершенствование и развитие качества и безопасности медицинской деятельности, реализация которых возможна при внедрении в работу утвержденных стандартов на всех этапах оказания медицинской помощи. Многоуровневая система внутреннего контроля качества позволяет обеспечить безопасное осуществление всех процессов медицинской деятельности в медицинской организации амбулаторно-поликлинического профиля.

2. Стандартизация процесса вакцинации и наблюдения в поствакцинальном периоде имеет большое значение для повышения безопасности и эффективности вакцинации, а также для улучшения качества медицинского обслуживания в целом. Все проводимые по данному разделу мероприятия позволяют снизить риски неблагоприятных событий, а унификация процесса вакцинации повышает качество оказания медицинской помощи детям.

3. Внедренные алгоритмы, стандартные операционные процедуры, листы наблюдения позволяют медицинским сестрам ГУЗ «ДКМЦ г Читы» выполнять медицинские манипуляции в соответствии с требованиями, составлять планы наблюдения за детьми, своевременно проводить поствакцинальные патронажи, и качественно вести медицинскую документацию.

Литература.

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

2. ФЗ от 17.09.1998 №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний».

3. СанПиН 3.3686-21 “Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней”

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 №785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

5. Методические указания 3.3.1.1123-02 «Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактика».

ТЕХНОЛОГИЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЛОКОМОЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Безрукова Наталья Александровна
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко», г. Пенза, Россия

Наиболее частым последствием инсульта, черепно-мозговой травмы, нейрохирургического вмешательства и других заболеваний являются речевые нарушения (примерно 40-50% от общего числа больных), проявляющиеся в форме афазий и дизартрий, которые нередко сочетаются с патологией других высших психических функций (различными видами агнозий и апраксий), нарушением глотания (около 19-81% больных с инсультом), двигательными и психическими расстройствами (Шкловский, 2003; Rofes L. et al., 2013).

В остром периоде после стабилизации жизненно-важных функций больной начинает оценивать свое состояние: невозможность речевого общения, ограничение самостоятельного передвижения, социально-бытовую некомпетентность, и, наконец, неверие в возможность возвращения к труду. Все это приводит к появлению депрессии, тяжелых невротических состояний, суицидальных мыслей, а также к целому ряду других психических расстройств, которые и являются причиной социальной депривации. Коммуникативный дефицит делает пациента более инвалидизированным (Цветкова, Глозман, Калита, Максименко, Цыганок, 1980; Глозман, 2003).

Чрезвычайно важное место в комплексе лечебно-восстановительных мероприятий занимает восстановительное обучение (Цветкова, 2004; Шкловский, Визель, 2011; Шохор-Троцкая (Бурлакова), 2001). *Основной целью восстановительного обучения* больных с речевыми нарушениями вследствие инсульта и черепно-мозговой травмы является работа по преодолению афазий, дизартрий, артикуляционных апраксий, а также работа по восстановлению голоса и глотания.

Методология и основные принципы восстановительного обучения определяются прежде всего тем, что указанные нарушения представляют собой следствие локальных поражений головного мозга (Цветкова, 1979, 2004; Шкловский, Визель, 2011). В остром периоде на проявления локальных поражений накладывается общая реакция мозга на повреждение, выражающаяся диашизмом (охранительным торможением), функционально расширяющим размеры патоло-

гического очага (Лурия, 1948). Такой динамический компонент резко усугубляет картину речевых и других высших психических функций (ВПФ) и длится, как правило, от 3-х до 6-ти недель.

Для обеспечения полноценного взаимодействия в структуре единой мультидисциплинарной бригады логопеду отводится *роль фасилитатора*, который разъясняет другим специалистам какие коммуникативные стратегии лучше всего подойдут для взаимодействия с больным и как стимулировать пациента к речевой коммуникации при разных видах деятельности (Камаева, Монро, Буракова и др., 2003).

Оценка качества жизни пациента до и после проведения реабилитационных мероприятий является индикативным критерием эффективности оказания специализированной помощи больным в условиях стационара.

Все мероприятия проводятся в рамках реализации регионально-го проекта «Борьба с сердечно – сосудистыми заболеваниями».

За 2024 год в Пензенской области отмечено снижение смертности от сосудистой патологии в 23 муниципальных образованиях.

Основными мероприятиями в рамках реализации данного проекта является:

- Открытие в области двух новых региональных сосудистых центров на базе межрайонных больниц,
- Усиление роли сестринского персонала первичного звена в определении рисков развития сердечно – сосудистых заболеваний,
- Проведение высокотехнологичных видов медицинской помощи по профилю сердечно - сосудистая хирургия,
- Обеспечение пациентов, перенесших сосудистую катастрофу, необходимым бесстрастными медикаментами.

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» - старейшее учреждение здравоохранения Пензенской области сегодня является многопрофильным учреждением здравоохранения и оказывает населению стационарную медицинскую помощь по 39 профилям, в том числе по 14 профилям высокотехнологичной медицинской помощи, а также амбулаторную медицинскую помощь. В настоящее время коечный фонд составляет 1320 коек круглосуточного пребывания и 85 коек дневного стационара.

Более 10 лет на базе Пензенской областной клинической больницы имени Н. Н. Бурденко успешно работает первый региональный сосудистый центр.

В нашем центре были спасены более 3 тысяч пациентов с катастрофами сердечно-сосудистой системы.

Благодаря усилиям медицинских сотрудников, время доставки пациента от приёмного отделения по операционного стола составляет в среднем 11 минут, что минимизирует риск последующей инвалидизации пациентов и сокращает сроки реабилитационного периода после перенесённого поражения сердечно-сосудистой системы

Применяемое современное оборудование которое появилось здесь, в том числе, благодаря национальному проекту «Здравоохранение», позволяет врачам сосудистого центра решать самые сложные медицинские задачи и диагностировать местоположение нарушения мозгового кровотока, повреждение сердечной мышцы и другие патологии экстренных пациентов.

Высокая степень визуализации тканей тела человека и возможность обследования пациента любых параметров – отличительные особенности современных ангиографов. В 2024 году нами проведено более 2000 коронарографий и более 1000 стентирований, позволяющих восстановить кровоток сосудов, снабжающих кровью сердце и мозга, на уровне мельчайших сосудов».

Внедрение в работу регионального сосудистого центра новых методов диагностики и лечения пациентов, направленных на снижение смертности и летальности пациентов, - основная перспектива развития на 2025 год.

Реабилитационная неврологическая служба в нашей медицинской организации представлена:

- отделением неврологии для лечения больных с нарушениями мозгового кровообращения на 60 коек с 12 койками реанимации и интенсивной терапии;

- неврологического отделения с койками реабилитации, где проводится стационарная реабилитация пациентов, перенесших острую фазу нарушения мозгового кровообращения;

- амбулаторная реабилитация, которую проходят пациенты в отсроченном периоде.

Неврологическая патология часто сопровождается нарушением речи и функции глотания.

Позвольте мне остановиться на вопросе восстановления локомоции пациентов, перенесших инсульт.

В контексте данной темы под технологией восстановления локомоции целесообразно понимать комплекс взаимосвязанных и после-

довательных манипуляций (процедур), направленных на устранение нарушений речи, голоса и глотания.

В нашей медицинской организации осуществляется мультидисциплинарный подход к лечению пациентов с нарушением мозгового кровообращения.

В состав мультидисциплинарной бригады входят:

- врач – невролог,
- врач – реабилитолог,
- врач - физиотерапевт,
- клинический психолог,
- врач – диетолог,
- логопед,
- эрготерапевт.

Согласно статистическим данным, дисфагия, дизартрия и афазия могут встречаться изолированно или одновременно у двух третей всех больных, впервые перенесших острый ишемический инсульт. Так же, общеизвестно, что без специальных логопедических занятий восстановление нарушенных речевых функций, как и глотания, затруднено или невозможно.

Начальным этапом технологии восстановления локомоции выступает логопедическое обследование, которое проводится в первые сутки с момента поступления пациента в отделение нейрореанимации и представляет собой качественно-количественную оценку речи, голоса, праксиса, речевого мышления и глотания.

Оценку глотания проводит медицинская сестра отделения анестезиологии и реанимации в первые 3-4 часа поступления пациента в стационар по клинической шкале оценки функции глотания.

Определение нарушений функции глотания осуществляется с помощью скрининга глотания с трехглотковой пробой.

Пациент последовательно выпивает 3 чайные ложки воды с оценкой симптомов дисфагии после каждого глотка. При выявлении признаков дисфагии медицинская сестра в шкале отмечает выявленную проблему и врач - невролог назначает консультацию логопеда. В некоторых случаях требуется консультации оториноларинголога и гастроэнтеролога.

Вернемся к восстановлению речи или локомоций.

Цель технологии восстановления локомоции – это полное восстановление речи, а не отдельных ее частей.

Логопедическая помощь в остром периоде оказывается в соответствии со стандартами оказания специализированной помощи

населению и показана всем пациентам, у которых отмечаются расстройства речи, голоса и глотания

При работе с пациентами с дисфагией в зависимости от этапа реабилитации ставятся следующие цели/задачи:

1. растормаживание акта глотания;
2. стимуляция чувствительности слизистых оболочек полости рта;
3. восстановление дыхательной и речевой функций;
4. подбор консистенции жидкой и твердой пищи для обеспечения безопасности глотания при кормлении;
5. выбор способа кормления, облегчающего прием пищи пациентом, и подбор объема разовой порции (5x10x20 мл).

При работе с пациентами с речевыми нарушениями (афазии, дизартрии, дисфонии) ставятся следующие цели/задачи:

Восстановление импрессивной речи

1. Дифференциация звучащих фонем;
2. Понимание смысла слов (соотнесение слов, предъявляемых на слух, с картинками);
3. Понимание синтаксических конструкций на слух (соотнесение синтаксических конструкций, предъявляемых на слух, с картинками);
4. Понимание звучащего дискурса (ситуативной речи).

Для реализации данного процесса нами разработан приказ, утверждающий медицинскую документацию, представленную на слайде.

Данная документация заполняется с первых минут поступления пациента в стационар. И ведётся до его выписки, отражая динамику изменения речи по применяемым методикам.

Восстановление экспрессивной речи

1. Воспроизведение автоматизированной и дезавтоматизированной речи;
2. Повторение фонем, слогов, слов, словосочетаний, предложений;
3. Устное порождение звукоподражаний, слов, словосочетаний, предложений;
4. Актуализация квазиспонтанного (пересказ) и спонтанного дискурса;
5. Порождение деривационной и словоизменительной морфологии (приставок, суффиксов и флексий);

6. Задание на оценку моторного компонента речи, в первую очередь артикуляционной апраксии (неоднократное повторение сложных в произносительном плане слов).

Восстановление произносительной стороны речи:

1. Восстановление тонуса и подвижности мышц артикуляционного аппарата;

2. Нормализация речевого дыхания и фонетической окраски звуков;

3. Восстановление мелодико-интонационной стороны речи;

4. Предупреждение фиксации патологических речевых стереотипов.

Восстановление чтения:

1. узнавание букв, слов (глобально);

2. понимание смысла написанных слов, словосочетаний, предложений, текста;

3. чтение вслух букв, слогов, слов, предложений, текста.

Восстановление письма

1. Копирование и написание под диктовку букв, слогов, слов, предложений;

2. Написание автоматизированных рядов;

3. Письменное порождение слов, словосочетаний, предложений (по рисунку, описанию, вербальным ассоциациям);

4. Письменное составление и заканчивание предложений с различными синтаксическими конструкциями;

5. Актуализация квазиспонтанного и спонтанного письменного дискурса (составление рассказа по картинке).

Технологический инструментарий процедуры восстановления локомоции после инсульта, достаточно разнообразен и включает следующие методы:

Дыхательная речевая гимнастика.

Дыхательная гимнастика – комплекс упражнений, направленных на восстановление речевого дыхания и координацию функций дыхания и фонации.

Задачи проведения дыхательной гимнастики: дифференциация носового и ротового дыхания; формирование длительного ротового выдоха под контролем движений диафрагмы и мышц брюшного пресса; выработка умения равномерного, ритмичного распределения воздуха в процессе речевой деятельности.

Голосовые упражнения.

Голосовая гимнастика – комплекс логопедических мероприятий, направленных на постепенную активизацию и координацию нервно-мышечного аппарата гортани для восстановления полноценной голосовой функции.

Задачами проведения голосовой гимнастики являются: активизация голосового аппарата при гипотонусных расстройствах или снятие излишнего напряжения при гипертонусе; восстановление утраченных кинестезий голосоведения, т.е. непосредственно самой фонации.

Логопедический массаж по показаниям.

Логопедический массаж – метод активного механического воздействия, который изменяет состояние мышечной, кровеносной и лимфатической системы; оживляет кинестезии; активизирует трофику тканей. Как одна из важных логопедических техник, массаж способствует нормализации мышечного тонуса артикуляционной и мимической мускулатуры, что в конечном итоге приводит к улучшению произносительной стороны речи и уменьшению эмоционального напряжения.

Основная цель логопедического массажа – устранение патологической симптоматики в мышечной системе периферического отдела речевого аппарата.

Логопедический массаж осуществляется логопедом в области лица, головы, шеи. В силу этого, логопедический массаж обязательно должен включать все мышцы артикуляционного аппарата (языка, губ, щек, мягкого неба), даже в тех случаях, когда диагностируется поражение мышц лишь на локальном участке.

Артикуляционная гимнастика.

Артикуляционная гимнастика – комплекс специальных упражнений, направленных на укрепление мышц артикуляционного аппарата, развитие их силы и подвижности.

Задачи артикуляционной гимнастики: выработка тонких дифференцированных движений органов артикуляции; формирование кинестетической и кинетической основы артикуляционных движений.

В результате выполнения артикуляционной гимнастики улучшается функциональная деятельность органов жевания, глотания и звукопроизношения.

Функциональные тренировки.

Функциональные тренировки включают в себя различные виды речевой и неречевой деятельности: выполнение графо-моторных

упражнений; конструирования; счетных операций; рисования; трактовку пословиц и поговорок; раскладывание серий сюжетных картин; прослушивание текстов; запоминание групп предметных картинок и слов; заучивание стихов и многое др.

Сочетание применения медикаментозной терапии, назначенной врачом, с выполнением специальных упражнений, проводимых логопедом, функционально активизирует сохранные, но временно угнетенные зоны головного мозга и способствует интенсивности протекания нейродинамических процессов.

Аппаратные технологии.

Применение аппаратных методов лечения в остром периоде инсульта и черепно-мозговой травмы значительно улучшает функциональное состояние центральной нервной системы и повышает мотивацию к логопедическим занятиям, укрепляя сотрудничество логопеда и больного.

Для достижения положительного стойкого результата и сокращения сроков восстановительного периода в логопедической работе применяются многофункциональные речевые и дыхательные тренажеры, механические вибраторы, нейромышечные электростимуляторы и др.

Воздействие на различные сенсорные каналы больного через зрительные, слуховые и тактильные сигналы стимулирует функции дыхания, глотания, голосообразования, работу мышц речевого аппарата и мимической мускулатуры; восстанавливает темпоритмическую просодическую стороны речи; улучшает зрительно-моторную координацию и слуховое восприятие; укрепляет функции внимания и самоконтроля; способствует нормализации кровообращения и улучшению трофики тканей.

Информационно-компьютерные технологии (ИКТ)

ИКТ используются в логопедической практике с целью создания электронной базы данных пациентов; ведения и обработки документации; создания дидактических пособий и презентаций занятий; размещения и получение специализированной информации через Интернет-ресурсы.

ИКТ также являются средством для повышения эффективности восстановительного обучения и ускорения решения следующих реабилитационных задач:

- стимуляция зрительного и слухового восприятия;
- укрепление произвольного внимания и самоконтроля;
- формирование положительного эмоционального настроя;

– повышение мотивации к логопедическим занятиям.

Обучающие компьютерные программы, по сравнению с традиционными методическими средствами, обеспечивают новые возможности диагностики и восстановления или компенсации речевых нарушений.

И конечно же мы приводим большую работу по обучению пациентов и их родственников навыкам ухода и самоухода.

В нашей медицинской организации с 2010 года организована школа по обучению родственников пациентов, перенесших инсульт.

Приказом по медицинской организации утверждён сборник для использования родственниками пациентов, перенесших мозговую катастрофу в домашних условиях. Данный сборник мы раздаем всем слушателям школы по ее окончании.

Мы считаем это необходимой практикой, потому что в остром периоде инсульта или черепно-мозговой травмы часто нарушается взаимоотношение человека с окружающим миром и в той или иной мере изменяется сама личность больного. Все это приводит к психической и социальной дезадаптации.

На этом этапе важнейшими задачами восстановительной работы является обучение пациентов и их родственников эффективным коммуникативным стратегиям и формирование долгосрочной мотивации на достижение положительного результата.

Для решения данной задачи я, как логопед, совместно с медицинскими сестрами отделения осуществляю следующие виды деятельности:

1. Провожу разъяснительную работу с больным и его родственниками, объясняют доступным языком, какие имеются нарушения у больного и как они влияют на его коммуникативные способности, доводит до сведения, что:

- афазия – это системное нарушение речевой деятельности человека, а не снижение его интеллектуальных способностей;
- дизартрия – нарушение произносительной стороны речи;
- дисфагия – нарушение, которое вызывает у больного затруднения при жевании и глотании пищи;
- дисфония – это нарушение, связанное с функциональными изменениями в мышцах голосового аппарата.

2. Осуществляю психологическую поддержку больного и его семьи. Учитывая крайне угнетенное состояние пациента, частое проявление приступов раздражения, негативизма и даже агрессии в остром периоде, логопед разъясняет родственникам больного необ-

ходимость проявления выдержки и такта в обращении с больным; настраивает их на долгосрочность работы с имеющимися нарушениями. При этом больному и его окружению логопед объясняет, что результативность восстановления во многом зависит от активной позиции самого пациента и его мотивации, т.е. положительного настроя на проведение реабилитационных мероприятий.

3. Обучаю родственников пациента с нарушением глотания правилам организации рационального питания и позиционирования больного во время кормления; разъясняет необходимость регулярной санации ротовой полости пациента.

4. Объясняю лицам, ухаживающим за пациентом, что больному следует терпеливо побуждать к речи и стараться вырабатывать у него социально значимую потребность в общении.

5. Обучаю родственников и пациента коммуникативным стратегиям и разъясняет необходимость помощи больному с речевыми расстройствами в овладении речью, чтением и письмом.

При выборе подходящих коммуникативных стратегий логопед должен отталкиваться от имеющегося речевого нарушения, понимания сильных и слабых звеньев речевой системы у данного пациента. Так, если нарушения лежат в области экспрессивной речи, то пациенту важно предложить альтернативные способы коммуникации: письмо, жесты, а также научить способам стимулирования речи.

Таким образом, технология восстановления локомоции у пациентов после инсульта, является одним из актуальных направлений работы логопеда и медицинских сестер с данной категорией пациентов, включающего в себя достаточно разнообразный «инструментарий» помощи и требующий определенной теоретической и практической подготовки специалиста как в отношении самого пациента, так и его родственников.

Это огромный труд и порой кажется, что это невозможно преодолеть. Но нереальное сегодня, станет реальностью завтра.

Литература.

1. Гудкова В.В., Стаховская Л.В., Кирильченко Т.Д., Ковражкина Е.А., Чекнева Н.С., Квасова О.В., Петрова Е.А., Иванова Г.Е. Ранняя реабилитация после перенесенного инсульта. М., 2005.

2. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. Второе доп. и исправл. издание. М., Изд-во Теревинф, 2002.

3. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Система методов восстановительного обучения при грубой речевой патологии // Проблемы патологии речи. Отв. редактор В.В. Ковалев. М., 1989, с. 10-12.

4. Бадалян Л.О. Детская неврология. М., Изд-во Медицина, 1984.

5. Бурлакова М.К. (Шохор-Троцкая). Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. М., 1972.

6. Бурлакова М.К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии. М.: Просвещение, 1991.

7. Глозман Ж.М. Мотивационные и личностные аспекты реабилитации больных с афазией. / В кн.: Актуальные проблемы современной психологии. М.: Изд-во МГУ, 1983, с. 212-215

8. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. М; Миклош, 2003.

9. Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 1. Организация Инсультного Блока / Под ред. А.А. Скоромца. – СПб., 2003.

10. Кучумова Т.А. «Подкорковая» афазия и основные направления коррекционно-педагогической реабилитации. Диссертация ... кандидата педагогических наук: 13.00.03. - Москва, 2000. - 177 с.

11. Лаврова Е.В. Логопедия. Основы фонопедии. М., 2007

12. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., Академия, 2002.

13. Оппель В.В. Восстановление речи после инсульта. Л.: Медицина, 1972.

14. Ранняя реабилитация больных с инсультом: Методические рекомендации №44. – М.: Изд-во РУДН, 2004, – 40 с.: ил.

15. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Москва- Воронеж, 2004.

16. Шкловский В.М. Концепция нейрореабилитации больных с последствиями инсульта.-Ж. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, вып.8, М., 2003 г., с. 10-23.

17. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. М.: «Ассоциация дефектологов», В. Секачев, 2011.

18. Шохор-Троцкая М.К. (Бурлакова). Стратегия и тактика восстановления речи. М.: В. Секачев, Эксмо-Пресс, 2001.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ ОКАЗАНИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Борисова Ольга Ивановна

ГКУЗ «Краевой специализированный дом ребенка №2»,
Забайкальский край, Читинский район пгт. Атамановка, Россия

Сестринская помощь детям представляет собой важный аспект медицинской практики, который требует особого внимания и применения современных подходов. В последние годы наблюдается значительный прогресс в области медицинских технологий, что открывает новые горизонты для улучшения качества ухода за маленькими пациентами в условиях стационара. Однако, несмотря на наличие инновационных технологий, в практике сестринской помощи все еще наблюдается необходимость к внедрению и разработке новых методик для улучшения качества оказания медицинских услуг, которые будут удовлетворять потребности детей и их родителей. В данной статье мы рассмотрим инновационные технологии, применяемые на практике, которые могут существенно изменить подход к сестринской помощи детям.

Появление новых технологий создает возможности для более глубокого взаимодействия сестры и ребенка, что в свою очередь повышает уровень доверия и комфортности лечения. Эффективность инновационных технологий в сестринском уходе зависит от организации работы и готовности медицинского персонала к изменениям. Когда внедрение новых подходов происходит без должной подготовки, могут возникать трудности, связанные с адаптацией персонала. Важно отметить, что различные методики применения инновационных технологий помогли значительно улучшить процесс восстановления здоровья детей. Это свидетельствует о высоком потенциальном эффекте от систематического использования новых инструментов в медицинской практике оказания сестринской помощи детям, в том числе детям, оставшимся без попечения родителей [2]. Например, оказание помощи становится более персонализированным и адаптированным к потребностям каждого пациента.

Инновации, интегрируемые в сестринский процесс, не только оптимизируют работу врачей и медсестер, но и способствуют их профессиональному развитию. В последние годы наблюдается значительный прогресс в области педиатрического ухода, что обуслов-

лено не только развитием медицинских технологий, но и изменением подходов к обучению и профессиональному развитию медсестер.

Важнейшим аспектом является совершенствование профессиональных компетенций, что позволяет медицинским работникам более эффективно справляться с задачами, возникающими в процессе ухода за маленькими пациентами. Современные медсестры должны обладать не только теоретическими знаниями, но и практическими навыками, которые позволяют им быстро и адекватно реагировать на изменения в состоянии здоровья детей. Это требует от них постоянного обучения и повышения квалификации, что, в свою очередь, способствует улучшению качества оказываемой помощи[3].

Внедрение новых образовательных программ и курсов, направленных на развитие логического и клинического мышления, становится необходимым условием для подготовки высококвалифицированных специалистов[5].

Морально-этические стандарты в сестринском деле являются неотъемлемой частью профессиональной деятельности. Забота о детях требует от медсестер высокой степени эмпатии, терпения и понимания. Важно, чтобы медицинские работники осознавали свою ответственность за здоровье и благополучие маленьких пациентов, что в свою очередь ведет к соблюдению этических норм и стандартов. Сестринская помощь в условиях педиатрического стационара требует не только профессионализма, но и эмоциональной и психологической поддержки со стороны медицинского персонала [1]. Внедрение инновационных практик в эту сферу позволяет создать более заботливую и внимательную атмосферу, что особенно важно для детей, находящихся в стрессовых ситуациях, связанных с болезнью.

Использование информационных систем, телемедицины и других инновационных решений позволяет улучшить взаимодействие между медицинскими работниками и пациентами, а также повысить эффективность оказания медицинской помощи при различных заболеваниях. Интеграция этих технологий в повседневную практику сестринского дела открывает новые горизонты для повышения качества медицинских услуг детям в условиях стационара.

Внедрение выше перечисленных инновационных технологий в практику оказания медицинской помощи в педиатрии в основном направлено на расширение компетенции и профессионализма медицинских работников, но так же одним из основных важных моментов выздоровления детей является их психоэмоциональное состояние во время лечения.

Медицинское вмешательство у детей часто вызывает страх и тревогу. Ребенок может чувствовать себя незащищенным и уязвимым, что может усугубить общее состояние. В этой ситуации коробки храбрости становятся важным инструментом, помогающим справиться с негативными эмоциями. Их использование создает пространство для игры и положительных эмоций, что способствует формированию доверительных отношений между детьми и медицинским персоналом. Когда ребенок получает возможность выбрать приз в коробке храбрости после преодоления стресса, это придает ему уверенности.

Эмоциональная поддержка, выраженная через радость от неожиданной награды, способствует снижению уровня тревожности. Коробки также служат напоминанием о смелости, поскольку стараясь преодолеть болезненную или неприятную процедуру, ребенок получает символическую награду за свою стойкость. Такой подход также помогает перенести акцент с негативных ощущений на позитивные состязания, где каждый шаг к выздоровлению награждается не просто призом, а собственным внутренним достижением.

Коробки храбрости могут стать источником мотивации для детей. Малыши склонны воспринимать мир через призму игры, и визуальная привлекательность содержимого коробки, а также возможность выбора, делает процесс более интерактивным. Дети активнее участвуют в медицинских процедурах и становятся более открытыми к общению с медицинскими работниками.

Данный подход имеет ряд преимуществ и для медицинских сестер. Более доверительное и открытое состояние маленьких пациентов позволяет медицинским сестрам взаимодействовать с пациентом во время выполнения медицинских манипуляций. Так же позволяет отслеживать состояние пациентов во время процедуры, что очень важно для выявления нежелательных реакций при проведении процедуры и своевременного оказания неотложной помощи. Эмоционально-спокойное состояние пациента позволяет медицинской сестре следовать алгоритму выполнения медицинской услуги и предотвратить возможные ошибки и осложнения.

Наличие коробки храбрости может менять не только отношение к медицинскому вмешательству, но и общее восприятие медицинских учреждений. Дети, которые имеют положительный опыт в взаимодействии с медицинским сервисом, более склонны доверять медицинским работникам. Это помогает формированию здорового отношения не только к медицинским процедурам, но и к встречам с

медицинским персоналом в целом. Важно учитывать различные возрастные группы и индивидуальные особенности пациентов. Подбор содержимого коробок должен быть тщательно продуман, чтобы соответствовать интересам и потребностям детей различного возраста. Это также служит возможностью для вовлечения родителей и самих детей, что укрепляет взаимосвязь семьи и медицины. Следует подчеркнуть, что использование коробок храбрости имеет свои ограничения. Для достижения максимального эффекта необходимо учитывать ряд факторов: тип процедуры, состояние ребенка и его эмоциональный фон. Правильное сочетание медицинских и психологических методов может стать основой для более благоприятного опыта в процессе оказания медицинских услуг.

Качество сестринской помощи также напрямую зависит от того, насколько успешно можно организовать взаимодействие между различными участниками процесса. Сотрудничество между медицинским персоналом, родителями и самого ребенка играет ключевую роль в достижении высоких результатов в восстановлении здоровья.

Таким образом, внедрение инновационных практик в сестринское дело для детей является важным шагом к улучшению качества оказания медицинской помощи и повышению профессиональных компетенций медсестер. Это требует комплексного подхода, включающего как обучение и развитие, постоянное повышение квалификации, развития логического и клинического мышления, так и соблюдение морально-этических стандартов и эмоционально-психологическую поддержку пациентов. В результате, такие изменения способствуют созданию более заботливой и эффективной системы медицинского обслуживания, что, безусловно, положительно сказывается на здоровье и благополучии маленьких пациентов. Инновационные технологии, такие как «коробки храбрости», представляют собой эффективный способ повышения качества сестринской помощи детям. Они помогают минимизировать стресс и страх, создавая более положительный опыт взаимодействия с медицинскими работниками. Внедрение таких подходов в практику сестринского дела представляет собой важный шаг к созданию гуманной и ориентированной на пациента медицинской среды. В конечном итоге, такие инициативы способствуют не только улучшению здоровья детей и формированию у них положительного отношения к медицинской помощи, но и помогают медицинским работникам взаимодействовать с пациентом во время оказания медицинских услуг, что повышает качество медицинской помощи в целом.

Литература:

1. Бобохонова Д.Т., Дадабоев И.И. НОВЫЕ ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ НА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ПЕДИАТРИИ // Мировая наука. 2019. №5 (26). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/novye-innovatsionnye-tehnologii-na-sestrinskogo-dela-v-pediatrii> (09.12.2024).

2. Использование новых сестринских технологий в [Электронный ресурс] // new-disser.ru - Режим доступа: https://new-disser.ru/_avtoreferats/01005083736.pdf, свободный. - Загл. с экрана

3. Инновационные технологии в сестринском деле [Электронный ресурс] // vrngmu.ru - Режим доступа: <https://vrngmu.ru/upload/iblock/a58/a589e0dacf33b746ad4b1af5dcbd9208.pdf>, свободный. - Загл. с экрана

4. Работа медицинских работников с детьми и ее особенности [Электронный ресурс] // dpo-med.ru - Режим доступа: <https://dpo-med.ru/rabota-mediczinskih-rabotnikov-s-detmi-i-ee-osobennosti/>,

5. Ыбыкеева Э.О., Чубаков Т.Ч., Сыдыков А.С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ СЕСТРИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ // Медицина Кыргызстана. 2012. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-vnedreniya-innovatsionnyh-sestrinskih-tehnologiy-v-prakticheskoe-zdravoohranenie> (13.12.2024).

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР-АНЕСТЕЗИСТОВ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Брызгалова Ольга Михайловна, Иванова Ольга Вячеславовна,
Кочурова Инна Аркадьевна, Зимина Ольга Алексеевна
ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии
им. С.Г. Суханова» Минздрава России, г. Пермь, Россия

Актуальность.

Проблемы состояния здоровья медицинских сестер-анестезистов связана с тем, что от их профессиональных компетенций и физического состояния зависит здоровье, а порой и жизнь пациентов. Перегруженные и уставшие, испытывающие проблемы со здоровьем медицинские сестры-анестезисты могут совершать ошибки, которые приведут к серьезным последствиям. Профессия медицинской

сестры-анестезиста относится к разряду сложных и ответственных в сфере здравоохранения. Она требует физической выносливости, высокой концентрации внимания и эмоциональной устойчивости.

Цель.

Проанализировать состояние здоровья медицинских сестер-анестезистов, выявить факторы риска для их здоровья. Разработать рекомендации по улучшению здоровья медицинских сестер-анестезистов и профилактике профессионального выгорания.

Материалы и методы.

Аналитический, статистический, проведен ретроспективный анализ данных медицинской документации за 2022-2024. Были проанализированы данные периодического медицинского осмотра, психофизиологического исследования медицинских сестер-анестезистов.

Результаты.

Базой исследования стало федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии имени С.Г. Суханова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Пермь) (далее – ФЦССХ).

В ФЦССХ оказывается весь спектр медицинской помощи по следующим направлениям: ишемическая болезнь сердца, нарушения ритма сердца, заболевания аорты и магистральных сосудов, врожденные и приобретенные пороки сердца.

Отделение анестезиологии-реанимации рассчитано на 20 коек, оно состоит из 6 палат реанимации, включая 1 детскую, 7 операционных. Всего в отделении предусмотрено 104 ставки: 1 – заведующий отделением-врач-анестезиолог-реаниматолог, 1 – старшая медицинская сестра, 30 – врачи-анестезиологи-реаниматологи, 58,25 – медицинские сестры-анестезисты, 12,75 – младшие медицинские сестры по уходу за больными, 1 – сестра-хозяйка. В отделении работают 52 медицинских сестры-анестезиста, в том числе 7 человек в операционных отделениях рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения. 32 специалиста имеют стаж работы более 20 лет, 15 медицинских сестер-анестезистов со стажем от 15 до 20 лет, 5 - со стажем до 10 лет.

В обязанности медицинской сестры-анестезиста ФЦССХ входит обеспечение безопасности пациента до, во время и после хирургиче-

ского вмешательства, проведение анестезии, реанимационных мероприятий, наблюдение за его состоянием в послеоперационном периоде, соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, инфекционной безопасности и дезинфекционных мероприятий.

По результатам специальной оценки условий труда рабочие места медицинских сестер-анестезистов отнесены к вредному классу второй и третьей степени (3.2 и 3.3.) за счет влияния вредных факторов производственной среды (химического, биологического), а также тяжести и напряженности трудового процесса. Медицинские сестры-анестезисты, работающие в рентгенооперационных, имеют вредный класс условий труда третьей степени (3.3) за счет влияния вредных химических факторов и тяжести трудового процесса. Все специалисты, работающие в отделении подвержены риску заражения инфекционными заболеваниями, такими как гепатит В и С, ВИЧ, туберкулез (влияние биологического фактора производственной среды).

Работа медицинских сестер-анестезистов требует значительных физических усилий. Они часто испытывают физические перегрузки, проводят длительное время на ногах, в виду длительности операций, работают в неудобных позах, с использованием средств индивидуальной защиты, включая рентгенозащитные фартуки от ионизирующего излучения. К тому же, они работают в условиях постоянного стресса из-за ответственности за жизнь пациента, непредсказуемости ситуации, нехватки времени и ресурсов. Большинство имеют суточный график работы. К основным стрессовым факторам относятся: контакт с тяжелобольными и безнадежными пациентами, работа в неотложных ситуациях, опасность заражения инфекциями, недостаток персонала, нехватка времени и неудовлетворенность работой.

В целях динамического наблюдения за состоянием здоровья, своевременного выявления ранних признаков воздействия вредных производственных факторов рабочей среды, трудового процесса на состояние здоровья работников, а также начальных форм профессиональных заболеваний, в ФЦССХ ежегодно проводятся периодические медицинские осмотры работников. Основная задача – формирование групп риска развития профессиональных заболеваний, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ. Один раз в пять лет медицинские сестры-анестезисты проходят периодические медицинские осмотры в центре профпатологии.

В 2024 году проведен ежегодный периодический медицинский осмотр. Установлена I группа здоровья у 7,7%, II группа здо-

ровья у 15,4%, IIIa группа здоровья у 76,9% медицинских сестер-анестезистов. У одной медицинской сестры-анестезиста выявлена хроническая анемия легкой степени, что является медицинским противопоказанием для работы с ионизирующим излучением, канцерогенами (пункт 4.1 Приложения к приказу Минздрава России от 28.01.2021 №29н). Работница была направлена на врачебную комиссию по экспертизе профпригодности в установленном порядке.

Наиболее распространенными хроническими заболеваниями у медицинских сестер-анестезистов ФЦССХ являются: дорсопатии и остеохондроз позвоночника, аллергические реакции, варикозная болезнь вен нижних конечностей, хроническая анемия, болезни органов пищеварения (язвенная болезнь желудка и ДПК, хронический гастрит, хронический панкреатит, хронический холецистит).

У 17,3% медицинских сестер-анестезистов были впервые установлены хронические соматические заболевания. В 9,6% была выявлена хроническая анемия (III класс по МКБ-10; D 50.9), в 7,7% - желчнокаменная болезнь и другие болезни желчного пузыря (XI класс по МКБ-10; K 80.2, K 82.8). Кроме того выявлены и другие проблемы, связанные со здоровьем: синдром хронической усталости, нарушения сна, тревожность и депрессия, которые могут привести к снижению производительности труда, ошибкам в работе, ухудшению качества медицинской помощи и повышению риска осложнений у пациентов.

У медицинских сестер-анестезистов, контактирующих с ионизирующим излучением (п. 4.1 по приказу МЗ РФ от 28.01.2021 № 29н) в рамках периодического медицинского осмотра было проведено психофизиологическое исследование, позволяющее оценить психическое и физиологическое состояние человека, скорость процессов торможения, возбуждения и реакций в организме человека, концентрацию внимания.

При проведении психофизиологического исследования использовалась методика вариационной кардиоинтервалометрии, методика простой и сложной зрительно-моторной реакции, реакции на движущийся объект.

По результатам исследования у 42 % медицинских сестер-анестезистов было выявлено функциональное состояние близкое к оптимальному, характеризующееся нормокардией в сочетании с оптимальным сердечным ритмом, при котором организм адекватно реагирует на физические нагрузки и имеет высокий уровень функциональных возможностей. У 48% респондентов отмечен средний

уровень зрительно-моторной реакции, что свидетельствует о работоспособности человека. У 59% медицинских сестер-анестезистов средний уровень работоспособности, обеспечивающий эффективность при осуществлении рабочего процесса. У 88% медицинских сестер смещение баланса нервных процессов в сторону торможения, что означает уравновешенное поведение, устойчивое настроение, слабые эмоциональные переживания, хорошее терпение, сдержанность, хладнокровие, невозмутимое отношение к опасности, реальную оценку своих способностей.

Таким образом, у большинства медицинских сестер-анестезистов функциональное состояние в пределах нормы (оптимальный уровень работоспособности, состояние адекватной мобилизации функциональных систем, оперативность в принятии решений, мобилизованность и собранность), лишь у 2% респондентов функциональное состояние снижено (неудовлетворительный уровень работоспособности, признаки перевозбуждения или торможения ЦНС).

Нами были предложены ряд мер по обеспечению здоровья медицинских сестер-анестезистов и улучшению качества их работы в ФЦССХ:

1. Обеспечение здоровых условий труда: соблюдение правил гигиены и инфекционной безопасности, обеспечение достаточного освещения и вентиляции, создание эргономичного рабочего места, использование метода сухой закладки медицинских изделий для минимизации взаимодействия с дезинфицирующими средствами.

2. Поддержка психического здоровья: периодические занятия и тренинги с медицинским психологом по развитию стрессоустойчивости и навыков саморегуляции, обучение техникам управления стрессом, создание поддерживающей рабочей среды с уважительным отношением и взаимопомощью.

3. Поощрение здорового образа жизни: пропаганда физической активности и здорового питания, проведение мероприятий по профилактике вредных привычек.

4. Соблюдение режима труда и отдыха: оптимизация графика работы с учетом физических и психологических потребностей, предоставление возможности для отдыха и восстановления, по возможности обеспечение регулярных перерывов во время смены, введение системы ротации персонала для снижения уровня загруженности и предотвращения монотонности труда.

5. Проведение регулярных периодических медицинских осмотров для раннего выявления и лечения заболеваний, оценка профессиональной пригодности с учетом состояния здоровья.

6. Обеспечение программы вакцинации.

7. Установление диспансерного наблюдения или оказание специализированной медицинской помощи работникам с IIIа группой здоровья по результатам периодического медицинского осмотра.

8. Создание возможности для обратной связи от самих медицинских сестер-анестезистов о проблемах, с которыми они сталкиваются на рабочем месте, предоставление регулярной обратной связи о качестве работы и возможных улучшениях.

Ожидается, что результатами внедрения рекомендаций станут: увеличение уровня удовлетворенности работой среди медицинских сестер-анестезистов, повышение уровня мотивации и лояльности к деятельности, улучшение показателей качества медицинской помощи, снижение частоты профессиональных ошибок, сокращение времени временной нетрудоспособности.

Таким образом, внедрение разработанных рекомендаций в практику ФЦССХ позволит улучшить состояние здоровья медицинских сестер-анестезистов, снизить уровень стресса и профессионального выгорания, повысить эффективность их работы и качество медицинской помощи.

Выводы.

Профессия медицинской сестры-анестезиста является сложной и напряженной, она требует высокой степени физической выносливости, психологической устойчивости и умения справляться со стрессом. Поэтому, важно уделять особое внимание сохранению здоровья данной категории специалистов, применять комплекс профилактических мер, создавать благоприятные условия труда и оказывать им необходимую поддержку. Состояние здоровья медицинских сестер-анестезистов напрямую влияет на качество их профессиональной деятельности. Знание психофизиологических особенностей медицинских сестер позволяет повысить мотивацию и эффективность их работы, снизить риск возникновения профессиональных заболеваний. В заключение необходимо отметить, что здоровье медицинских сестер-анестезистов является ключевым фактором для обеспечения безопасности пациентов и достижения положительных результатов лечения.

Литература:

1. Анисимов В.Н., Бордовский Г.А., Финагентов А.В., Шабров А.В. Инновационная концепция профилактики старения для современной России.. Адв Геронтол. 2022; 35(3): 324-332.
2. Бубнова М.Г., Аронов Д.М. Кардиореабилитация: этапы, принципы и международная классификация функционирования (МКФ). Профилактическая медицина. 2020;23(5):40-49 /Bubnova MG, Aronov DM. Cardiac rehabilitation: stages, principles and international classification of functioning (ICF). Profilakticheskaya Meditsina. 2020;23(5):40-49. <https://doi.org/10.17116/profmed20202305140> (In Russ).
3. Денежкина В.Л. Инновации в сестринской практике и образовании /В.Л. Денежкина В.Л. // Universum: медицина и фармакология : электрон. научн. журн. 2023. 10(103). URL: <https://7universum.com/ru/med/archive/item/16029>.
4. Решетников В.А., Касимовская Н.А., Саурина О.С., Иванова О.В., Якушина И.И., Гринин В.М., Шестаков Г.С. [и др.]. Организация специализированной и скорой медицинской помощи//Организация медицинской помощи в Российской Федерации: учебник.–М., 2018. –432 с.– С.82–142.
5. Рузимуратова Ю. Условия и факторы, влияющие на здоровье женщин-медсестер, работающих в медицинской сфере. Общество и инновации 2021; (4): 250-257.

НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ТЕХНОЛОГИЙ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Вагина Елена Владимировна

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

Актуальность.

Применение искусственного интеллекта в обучении медицинских работников основано на внедрении медицинских информационных систем, компьютерных технологий в моделирование клинических процессов [2]. Искусственный интеллект представляет собой область науки и инженерии, связанной с «машинным» мышлением, интеллектуальным поведением и созданием артефактов, демонстри-

рующих такое поведение [1]. Развивающаяся технология искусственного интеллекта может обеспечить персонализированный процесс обучения, основываясь на индивидуальных потребностях слушателей, что способствует повышению вовлеченности и мотивации специалистов.

Цель исследования.

Собрать и анализировать данные о мнении специалистов относительно преимуществ и перспектив развития искусственного интеллекта (ИИ) в медицине, а также определить необходимость актуализации программ дополнительного профессионального образования специалистов здравоохранения.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать научные исследования и литературу относительно преимуществ и перспектив искусственного интеллекта в медицине.
2. Провести опрос слушателей на предмет их знаний, понимания и оценки влияния искусственного интеллекта на медицину и образование.

Исследование проводилось среди слушателей ГАУ ДПО НО ЦПКПП СЗ. В нем приняли участие 112 человек. Респонденты – это главные и старшие медицинские сестры медицинских организаций Нижегородской области. На подготовительном этапе был разработан опросник, который позволил стандартизировать процедуру исследования и упростить качественную и количественную обработку данных.

Результаты.

Большинство специалистов знают о существовании ИИ (74,1%). 85,5% респондентов воспринимают ИИ как вспомогательную технологию, которая может облегчить им доступ к информации, а пациентам – к медицинской помощи (71,1%). Было отмечено (65,3%), что с использованием искусственного интеллекта могут быть разработаны новые методы оптимизации работы организатора сестринской деятельности: автоматизация рутинных задач (22,4%), планирование деятельности (48,9%). 57,8% специалистов отметили высокую вероятность улучшения результатов сестринской практики в выполнении манипуляций с использованием ИИ.

Однако, специалисты отметили, что им не хватает «знаний и навыков, связанных с применением искусственного интеллекта» (96,1%), указали, что «в результате использования искусственного интеллекта могут возникнуть этические проблемы» (93,3%). Из всех участников только 2,0% заявили, что они достаточно компетентны, чтобы информировать пациентов об особенностях и рисках, связанных с искусственным интеллектом.

Участники исследования выразили необходимость актуализации программ дополнительного профессионального образования в соответствии с потребностями в преобразовании здравоохранения с помощью искусственного интеллекта.

Выводы.

1. Актуализация обучающих программ с целью овладения слушателями знаниями и навыками для эффективного использования мобильных приложений на основе искусственного интеллекта, освоения реалистичных сценариев в симуляционном обучении [3], обеспечения конфиденциальности персональной информации, защиты профессиональных прав медицинских работников.

2. Разработка новых программ дополнительного профессионального образования с учетом развития новых цифровых компетенций: применение ИИ в здравоохранении, «машинное» обучение, использование обработки естественного языка (NLP).

3. Разработка ускоренных и междисциплинарных учебных программ, нацеленных на профессиональную гибкость и универсальность обучающихся, совмещение изучения профессиональных модулей с такими дисциплинами, как ИТ, инженерия, фармацевтика и др.

4. Расширение применения в образовательном процессе технологий интегрированного обучения, разработка интерактивных учебных пособий с учетом специальности.

Литература.

1. Гусев А., Добридюк С. Л. Искусственный интеллект в медицине и здравоохранении//Информационное общество. – 2017. - № 4-5. – С. 78-93.

2. Зайдуллин Р. Будущее уже наступило: как искусственный интеллект применяется в медицине. - Текст: электронный // vc.ru: [сайт]. - URL: <https://vc.ru/future/32237-budushchee-uzhe-nastupilo-kak-iskusstvennyy-intellekt-primenyaetsya-v-medicine> (дата обращения: 4.11.2024).

3. Сборник тезисов по итогам работы XIII Съезда Российского общества симуляционного обучения в медицине и Международной конференции «Симуляционное обучение в медицине: опыт, развитие, инновации. РОСОМЕД–2024»/ А.Л. Колыш [и др.] – Москва: Редакционно-издательский отдел РОСОМЕД, 2024. – 822с.

ОРГАНИЗАЦИЯ БЕЗОПАСНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ СОТРУДНИКОВ В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ

Волкова Елена Васильевна

ГБУ Рязанской области Областной клинический
противотуберкулезный диспансер, г. Рязань, Россия

При оказании медицинской помощи в условиях медицинской организации всегда есть определенные риски, представляющие угрозу здоровью пациентов и персонала.

В настоящее время создание безопасной среды это одна из наиболее важных задач в деятельности персонала медицинской организации, в том числе и медицинских сестер.

Безопасная среда в медицинской организации – это среда, в которой действие неблагоприятных факторов сведено к минимуму, что в полной мере обеспечивает пациенту и медицинскому работнику безопасность и комфорт, и позволяет эффективно удовлетворять жизненно важные потребности.

Безопасная среда для пациентов и персонала – это условия, в которых риск возникновения инфекций и других опасностей минимален. Она обеспечивает защиту здоровья и безопасность всех присутствующих в медицинском учреждении.

Для создания безопасной среды необходимо учитывать различные факторы, включая физическую среду, процессы работы, оборудование и поведение персонала. Важно также учитывать особенности пациентов, их состояние здоровья и потенциальные риски, связанные с их лечением.

В приказе министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 г. № 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» в числе показателей, которые оцениваются при проведении контроля качества и безопасности медицин-

ской деятельности, обозначены, в том числе, и мероприятия по организации безопасной среды для пациентов и работников медицинской организации, в том числе:

- Создание рациональной планировки структурных подразделений медицинской организации (включая их размещение друг относительно друга, планировку помещений входной группы и приемного отделения, планировку внутри структурных подразделений);

- Проведение мероприятий по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний;

- Обеспечение защиты от травмирования элементами медицинских изделий

- Оснащение медицинской организации оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья и др.

Все эти и другие меры по обеспечению безопасной среды, принимаются в одной из медицинских организаций Рязанской области – Государственном бюджетном учреждении Рязанской области Областной клинический противотуберкулезный диспансер - ведущей в оказании противотуберкулезной помощи населению.

Туберкулёз – широко распространённое в мире инфекционное заболевание человека. Заболевание туберкулезом рассматривают во всем мире не только в качестве медицинской проблемы, но и как одну из важнейших социальных проблем.

До XX века туберкулёз был практически неизлечим. В настоящее время разработана комплексная программа, позволяющая выявить и вылечить заболевание на ранних стадиях его развития.

Однако, не смотря на значительные успехи медицины и фармации, до конца победить туберкулез пока не удастся.

Именно поэтому большое внимание уделяется созданию безопасной среды для пациентов и сотрудников диспансера, которая включает в себя комплекс определенных мер.

Говоря о безопасности медицинской организации, в первую очередь мы представляем инфекционную безопасность.

Инфекционная безопасность включает в себя комплекс санитарно-противоэпидемических, санитарно-гигиенических, медико-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение и распространение инфекций в учреждении.

Режим инфекционной безопасности – это особый режим, который состоит из организационных, профилактических и противоэпи-

демических мер и обеспечивается в медицинских организациях с целью предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний или заражением медицинского персонала инфекцией, связанной с оказанием медицинской помощи (ИСМП).

Режим инфекционной безопасности включает в себя:

1. Соблюдение правил подготовки, выполнение и окончание медицинских манипуляций.
2. Соблюдение необходимых требований по сбору, хранению и утилизации медицинских отходов.
3. Соблюдение режимов дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации.
4. Использование необходимых средств индивидуальной защиты.

В целях профилактики заболеваний, связанных с оказанием медицинской помощи проводится комплекс мероприятий, который включает в себя дезинфекцию, которой подлежат все медицинские изделия, после применения. Изделия однократного применения, после использования подлежат обеззараживанию с дальнейшей утилизацией, их повторное использование запрещается.

Дезинфекция в диспансере проводится как ручным, так и механизированным способом с использованием ультразвуковых установок и специализированных моечных машин, где очистка осуществляется воздействием химического раствора, ультразвуковых колебаний, теплового воздействия и гидродинамической очистки. Использование таких установок значительно снижает время контактирования медицинского персонала с дезинфицирующими растворами. Для стерилизации используются сушильно-стерилизационные шкафы, но наиболее эффективным и безопасным методом стерилизации является плазменный стерилизатор. Использование паров перекиси водорода в сочетании с плазмой быстро и безопасно стерилизует медицинские инструменты и материалы, не оставляя токсичных остатков. Все стадии цикла стерилизации проходят в сухой среде при низкой температуре, поэтому данный процесс не повреждает инструменты, чувствительные к нагреванию и влаге. Такие стерилизаторы можно использовать для металлических и неметаллических принадлежностей, а также можно стерилизовать инструменты, имеющие труднодоступные места (с затрудненной диффузией) гибкие эндоскопы, торакооскопы, лапороскопы, световоды, эндоскопические инструменты и, что не маловажно, срок стерильности составляет 12 месяцев.

Одним из наиболее значимых факторов обеспечения режима инфекционной безопасности в условиях медицинских организаций является соответствующая организация по удалению медицинских отходов – любых отходов, которые формируются в медицинских организациях при выполнении любой медицинской деятельности.

В утилизации отходов на первое место выходит физический метод, в частности: термический и микроволновой; в которых обеззараживание достигается путем объемного СВЧ-нагревания. В основе метода лежит комбинированное воздействие СВЧ - излучения и высокой температуры на обеззараживаемые отходы. Микроволновые системы обеззараживания медицинских отходов рекомендуются к использованию в комплексе с пресс-деструктором для изменения товарного вида медицинских отходов.

Защита медицинских работников от инфекционных заболеваний – это система мероприятий, направленных на обеспечение безопасности их здоровья. Прежде всего, необходимо пройти обследование на выявление инфекционных болезней, чтобы исключить возможность распространения микроорганизмов на рабочее окружение.

Основные правила инфекционной безопасности состоят в соблюдении чистоты и дезинфекции помещений, курсов профилактики, применении средств индивидуальной защиты и специальных методов обработки. В рамках защитных мероприятий каждый медицинский работник должен соблюдать правила по обработке биоматериалов и предметов, используемых при оказании медицинской помощи пациентам.

Применение специальных средств и методов дезинфекции позволяет убивать микроорганизмы и предотвращать последствия их распространения. Важными этапами процесса обработки являются предварительная обработка и окончательная обработка биоматериалов и помещений, а также утилизация остатков инфекционной емкости.

Специальные меры защиты работников медицинских учреждений включают использование индивидуальных средств защиты, таких как маски, перчатки и защитные костюмы. Эти средства предусматриваются для каждого медицинского работника и позволяют предупреждать заражение от пациентов.

Условия безопасности в диспансере требуют выделения специализированных помещений для обработки биоматериалов и предметов, а также для уничтожения инфекционной емкости. Это необхо-

димо для минимизации риска заражения медработников и пациентов.

Таким образом, суть защитных мероприятий по инфекционной безопасности заключается в правильном применении специальных средств и методов дезинфекции, соблюдении правил чистоты и обработки, а также в использовании индивидуальных средств защиты. Эти меры направлены на предотвращение распространения инфекционных заболеваний и обеспечение безопасности медицинских работников и пациентов.

Безопасность лабораторных исследований представляет собой одну из важнейших задач. Бактериологическая лаборатория диспансера, где осуществляется микробиологическая диагностика (микроскопические и культуральные исследования с определением лекарственной чувствительности), относится к зоне повышенного риска. Уровень безопасности сотрудников повышается за счет применения и внедрения следующих мер:

- разделение лаборатории на зоны, где проводятся работы с разным материалом, и так называемую «чистую» зону, где работа безопасна;
- соблюдение поточности при проведении работ;
- обеспечение приточно-вытяжной вентиляции;
- применение безопасных вытяжных шкафов, которые значительно уменьшают распространение микроорганизмов в виде аэрозоля.

Инфекционная безопасность в медицинских учреждениях – одна из основных областей, в которой работникам необходимо иметь знания и умения для обеспечения безопасности себя, пациентов и окружающей среды. В рамках этого контекста каждый сотрудник должен овладеть следующими навыками и знаниями:

Методы и средства защиты от инфекций: сотрудник должен знать, когда и какие защитные средства (например, маски, перчатки, защитные очки и одежда) применяются для обеспечения безопасности во время работы.

Мероприятия по обработке и дезинфекции помещений и оборудования: работник должен быть осведомлен о курсе и методах обработки помещений и медицинского оборудования, а также уметь правильно применять химические средства дезинфекции для уничтожения инфекций и предотвращения возникновения их последствий.

– Обработка биоматериала: каждый сотрудник должен знать правила и методы обращения с биоматериалом, чтобы избежать возможного заражения.

– Предварительная и окончательная обработка рабочего места: сотрудник должен осуществлять предварительную и окончательную обработку своего рабочего места, чтобы максимально минимизировать риск заражения.

– Обследование пациентов и сбор анализов: сотрудник должен знать и применять методы обследования пациентов и сбора анализов с использованием защитных средств и при соблюдении всех мер безопасности.

Для освоения соответствующих умений и знаний, медицинские сестры диспансера регулярно проходят повышение квалификации в Центре дополнительного профессионального образования ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», в том числе и на портале НМО. В диспансере регулярно проходят обучающие семинары в рамках корпоративного обучения, результаты которого фиксируются в соответствующих журналах.

Вот некоторые темы, по которым проходит внутрикорпоративное обучение медицинских сестер диспансера с последующей фиксацией:

1. Обучение персонала гигиене рук
2. Обучение персонала алгоритмам идентификации личности пациента
3. Обучение персонала профилактике падений пациентов/сотрудников
4. Обучение работников применению, эксплуатации медицинских изделий
5. Обучение медицинского персонала оказанию экстренной и неотложной помощи
6. Обучение персонала навыкам эффективной коммуникации
7. Обучение по санитарно-противоэпидемическому режиму и обращению с медицинскими отходами и др.

Обучение навыкам эффективной коммуникации является необходимым направлением, т.к. взаимодействие с пациентами и их близкими, соблюдение профессиональной этики и конфиденциальности, является одним из условий безопасной среды в диспансере.

Коммуникация с пациентами и их близкими – это важная часть работы медицинской сестры. Понимание и уважительное отношение к пациентам создают доверие и помогают обеспечить безопасность и

эффективность медицинского ухода. Важно помнить, что настрой и эмоциональное состояние пациентов могут оказывать влияние на их здоровье и выздоровление.

Все медицинские работники должны придерживаться высоких профессиональных стандартов поведения и этики. Это включает соблюдение конфиденциальности пациентов, этические принципы взаимодействия с коллегами и соблюдение законов и требований в области медицины. Соблюдение этих принципов помогает укрепить доверие пациентов, поддержать командный дух внутри медицинского коллектива диспансера и создать безопасную и профессиональную атмосферу в диспансере.

Все эти принципы являются основой профессионального здоровья и безопасной среды в диспансере. Их соблюдение позволяет создать комфортные условия для пациентов и персонала, минимизировать риски возникновения осложнений и повышать эффективность лечения. Врачи и медицинские сестры всегда помнят, что они несут ответственность за здоровье и благополучие своих пациентов, и стремятся сделать все возможное для обеспечения безопасности и эффективности медицинского ухода.

Безопасность пациентов также является основным принципом безопасной среды в диспансере. Медицинский персонал диспансера внимательно относится к потенциальным опасностям и принимают меры для предотвращения проблем. Это включает контроль за медицинским оборудованием и соблюдений требований пациентами, а также правильное использование и дозирование лекарственных препаратов.

В рамках обеспечения безопасности пациентов в диспансере соблюдаются следующих требований:

- Обеспечение чистоты рук медицинских работников. Соблюдение правил личной гигиены рук, применение одноразовых стерильных перчаток, обработка перчаток антисептиками.

- Применение в необходимых случаях при лечении больных только стерильных инструментов. При контакте с тканями больного, кровью, слюной, гноем, перевязочными материалами и др. происходит инфицирование инструментов. Широко применяют одноразовые стерильные инструменты и материалы. Важна качественная обработка и стерилизация инструментов, используемых повторно.

- Применение санитарно-противоэпидемического режима в медицинских учреждениях. Тщательная уборка с применением дезинфицирующих средств, регулярное медицинское обследование персо-

нала позволяют решить проблему биологической безопасности больных и персонала.

- Безопасная фармакотерапия и адекватное обезболивание при оперативных вмешательствах.

- Предотвращение падения пациентов в диспансере важно в плане безопасности, особенно пожилых людей.

- Эффективное и безопасное взаимодействие персонала диспансера. В данных ситуациях проблему представляет искажение при приеме или передаче медицинской информации.

- Стремление к исключению врачебных ошибок. Большую роль играет личная профессиональная подготовка врача и организация работы диспансера.

Таким образом, создание безопасной среды – это ключевая составляющая в деятельности медицинского персонала диспансера. Разработка и следование процедурам безопасного поведения, организация рабочего пространства, забота о психологическом благополучии персонала и обеспечение безопасности пациентов, все это важные аспекты, которые помогут создать безопасную и здоровую больничную среду.

Литература:

1. Анналы Рязанской фтизиатрии №2 1994, №5 2019, №1 2024, УЗАРО, РОКПТД и РязГМУ.

СОБЛЮДЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКИМИ СЕСТРАМИ ОТДЕЛЕНИЯ АИР, ПРИ РАБОТЕ С АППАРАТАМИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Выклюк Ирина Сергеевна

ГУЗ «Городская клиническая больница №1», г.Чита, Россия

ГУЗ «Городская клиническая больница №1» в городе Чите, является одним из крупнейших стационаров, обеспечивающая оказание медицинской помощи пациентам города, районов, а также после специальных военных операций. Коечный фонд стационара рассчитан на 600 коек круглосуточного пребывания, также организована работа 27 клинических и параклинических подразделений. В стационаре оказывают медицинскую услугу 358 специалистов среднего

звена, имеющие различные направления в образовании, в том числе «узких» специальностей.

В стационаре организован центр анестезиологии реанимации и интенсивной терапии, далее (ЦАРИТ), который активно функционирует с 2018г. В его состав входит четыре отделения оказывающих анестезиологическую и реанимационную помощь. ЦАРИТ сформирован из следующих подразделений, отделение анестезиологии-реанимации хирургического профиля, для оказания анестезиологической помощи и лечения пациентов с хирургической патологией, отделение анестезиологии-реанимации гнойно-септического профиля, для оказания реанимационной помощи пациентом с септическим профилем, отделение реанимации и интенсивной терапии общего профиля, для лечения пациентов терапевтического профиля, отделение реанимации и интенсивной терапии для лечения пациентов с ОНМК. Общий коечный фонд всех отделений ЦАРИТ-40. Работу всех четырех подразделений обеспечивают 68 специалистов среднего звена, имеющие дополнительное профессиональное образование по специальности «анестезиология-реаниматология».

Отделение анестезиологии и реанимации хирургического профиля, обеспечивает все анестезиологические пособия в стационаре, совместно с врачами хирургами, операционными медицинскими сестрами, работая в единой сплоченной команде. В данном подразделении работает 28 медицинских сестер анестезистов, специалисты имеют различный трудовой стаж и квалификационные категории.

При обеспечении анестезиологических пособий применяются различные методы обезболивания, такие как местная анестезия, регионарная анестезия, общее обезболивание, сочетанная анестезия. За период 2024года специалистами отделения было проведено 4392 различных видов анестезиологических пособий.

В период нахождения пациентов в отделении анестезиологии и реанимации хирургического профиля, а их было пролечено за период 2024 года 1249, из которых 437 человек находились на ИВЛ, это каждый третий пациент, производился учет количества ИВЛ дней, в среднем это 3-5 дней. К примеру, в 2023 году, каждый четвертый пациент находился на респираторной поддержке. Наблюдая тенденцию к увеличению количества пациентов, находящихся на респираторной поддержке, можно объяснить этот факт тем, что увеличилось количество пациентов с хроническими «запущёнными» заболеваниями, зачастую пациенты поступают в стационар по неотложным состояниям. Нахождение пациентов на респираторной поддержке про-

водилось строго по абсолютным и относительным показаниям, в условиях urgentных и неотложных состояний. Также можно наблюдать увеличение среднего возраста пациентов, если провести сравнительную характеристику, то средний возраст пациентов в 2023 году составлял 70-72 года, то в 2024 году, это 73-75 лет. В связи с увеличением кратности ИВЛ дней, встал острый вопрос о риске возникновения ИСМП, при проведении ИВЛ.

В ходе осуществления ухода за пациентами на респираторной поддержке, в отделении анестезиологии и реанимации хирургического профиля, были выявлены риски, как угрозы возникновения ИСМП.

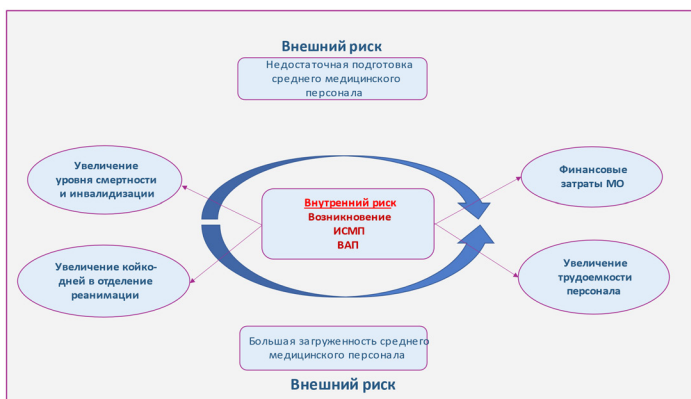


Рисунок 1. Риски возникновения ИСМП в отделении анестезиологии и реанимации

Причинами возможного возникновения ИСМП, были выделены основные внешние риски, в следствии которых есть вероятность возникновения вентилятор ассоциированной пневмонии, недостаточности в уходе за пациентами на респираторной поддержке [1, с 84]. Значимо острой проблемой остается нехватка физических лиц, медицинского персонала, среднего звена. Работа в отделениях анестезиологии и реанимации является одной из сложных и требующей большого физического и материального вклада. Отсутствие программ социальной поддержки, недостаточность финансирования организаций, все это откладывает отпечаток на качество оказания медицинской помощи. Недостаточная подготовка среднего персонала, для работы по специальности анестезиология и реаниматология, также

является острой проблемой. Молодые специалисты после окончания образовательных учреждений не имеют подготовки в полном объеме по данному направлению, необходимо минимум 6 месяцев для прохождения обучения, с зачетными мероприятиями. В связи со всем вышеперечисленным, были выделены основные приоритетные задачи по соблюдению инфекционной безопасности в отделениях анестезиологии и реанимации, а это:

- Обучение персонала на рабочем месте;
- Снижение риска возникновения ИСМП;
- Создание условий безопасности риска инфекций при проведении пациентам респираторной поддержке;
- Проведение мониторинга в целях улучшения качества оказания медицинской помощи.

Рассматривая каждую задачу, были выявлены текущие проблемы, найдены пути решения, и подведен итог проделанной работе.

1. Обучение персонала на рабочем месте.

Вновь пришедшие специалисты сталкиваются с трудностями связанные с основными принципами работы различной аппаратуры, методов проведения обработки, запуска тестовых программ.

Для решения данных проблем в отделении разработана программа обучения специалистов, с подбором для каждого нового специалиста наставника, с проведением симуляционных платформ, и проведением зачетов. В urgentных ситуациях специалисты теряются, не могут своевременно подготовить аппаратуру к работе, провести качественно обработку. В связи с вводом в эксплуатацию нового оборудования, отделением разработаны пошаговые алгоритмы по работе с аппаратурой. К разработке и внедрению данных алгоритмов привлекались наставники со своими молодыми специалистами, одновременно работали в разных направлениях, ввод в эксплуатацию, непосредственная эксплуатация, обработка после эксплуатации, дальнейшее хранение обработанной аппаратуры. Совместно с Забайкальской общественной организацией «Профессиональные медицинские специалисты», комплектуются группы для обучения на курсах повышения квалификации, по программам зачетно накопительных систем, посещения научно-практических конференций по направлению «анестезиология-реаниматология».

По итогу работы на протяжении прошедшего года, можно отметить снижение возникновения проблем, связанных с работой аппаратуры, ее вводом в эксплуатацию.

2. Снижение риска возникновения ИСМП.

Ранее работа в отделении проводилась по принципу «работаем в той операционной, где удобно», смена кадров проводилась только на периоды отпусков, больничных листов. Специалисты месяцами, годами, работали на одном месте, выполняли одну и ту же работу, не меняя направления в работе, что заметно накладывало отпечаток. Любое изменение влекло за собой стрессовое состояние, специалисты не могли мыслить оперативно, по причине однообразной работы, это приводило к возникновению рисков ИСМП. Любое перемещение приводило к страху, потери ориентации на рабочих моментах, что в дальнейшем влекло к замедлению рабочего процесса.

В связи с этим было принято решение о внедрении «кадровой ротации», все физические лица были разделены на группы:

- для работы в операционных (в стационаре 14 анестезиологических точек);
- для работы в аппаратной (задействовано 30 аппаратов ИВЛ и НДА);
- для работы в инструментальном кабинете (в наличие более 100 штук различных имн, задействованных в ежедневной работе);
- для работы с реанимационными пациентами (подразделение рассчитано на 9 коек).

Все группы были наделены своими обязанностями с внесением изменений в должностные обязанности, работа одной группы длилась 2 месяца на одном рабочем месте, с последующей заменой рабочего места и состава группы. Таким образом каждый специалист в течение года работает в 2 различных операционных, в аппаратной, в инструментальной, в реанимационной палате.

Старшая медицинская сестра строго учитывает кадровое движение специалистов на рабочих местах, по принципу «Не бойтесь тяжёлой работы. Ничто стоящее не даётся легко», весь коллектив рассматривается как единый механизм [2, с 115].

По итогу анализируя данный опыт, были выявленные положительные направления:

- специалисты могут в любой момент сориентироваться при возникновении каких-либо изменений в работе;
- нет проблем с проведением обработки аппаратуры, инструментария, организации дальнейшего хранения;
- смена операционной тоже не приводит медицинских сестер в замешательство;
- каждый специалист четко знает свое рабочее место, нет препираний - «это не мое», «не умею», «почему я».

3. Создание условий безопасности риска инфекций при проведении пациентам респираторной поддержке.

В связи с большими количеством пациентов, нуждающихся в анестезиологических пособиях, реанимационном наблюдении, оборот аппаратуры в подразделении достаточно большой. Для проведения качественной обработки и дальнейшего асептического хранения, возникла необходимость внедрения в работу различных СОП, алгоритмов, инструкции по работе с аппаратурой ИВЛ, НДА, их обработке, дальнейшему хранению.

Все нормативные документы адаптированы для работы, в процессе внедрения проводится ознакомление и рассмотрение всех возникающих вопросов. Медицинские сестры ответственные за организацию работы аппаратной, строго соблюдают все этапы обработки съемных частей, самого аппарата, и дальнейшим осуществлением хранения всех комплектующих. Одной из главных задач медицинской сестры ответственной за аппаратуру является организация комплектаций набор для респираторной поддержки, в состав таких комплектов входит: дыхательный контур, датчики, бактериально-вирусные фильтры, нагревательные элементы. Медицинские сестры, работающие в операционных, несут ответственность за свои рабочие места самостоятельно [3, с 131].

Только соблюдая все этапы работы с аппаратами респираторной поддержки, можно с уверенностью сказать о создании безопасных условий для возникновения ИСМП.

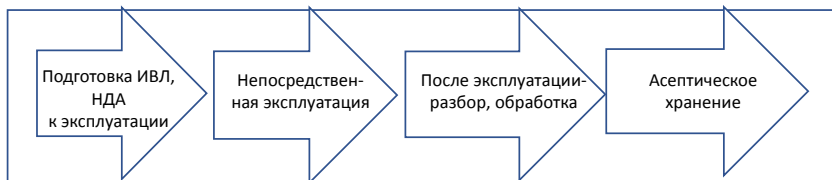


Рисунок 2. Основные этапы работы с аппаратами ИВЛ, НДА

4. Проведение мониторинга в целях улучшения качества оказания медицинской помощи.

Осуществление контроля за аппаратурой как правило лежит на плечах медицинских сестер, всем знакомо выражение «куда смотрела», «как так получилось»? В связи с большой нагрузкой на медицинских сестер реанимации, анестезистов, в спешке могли быть упущены некоторые моменты в проведении подготовки, обработки, хране-

нию аппаратуры. Для решения данного риска были разработаны чек листы для самоконтроля и дальнейшего проведения аудита руководителем. Каждая медицинская сестра в начале работы с аппаратурой проводит проверку по каждому этапу чек листа, для дальнейшей бесперебойной работы.

Для проведения аудита, в целях улучшения качества оказания медицинской помощи, в организации внедрены чек листы, для планового и внепланового мониторинга. Все выявленные недочеты включаются в план проведения обучения персонала, организовываются симуляционные площадки для отработки практических навыков. Это позволяет выявить, обратить внимание, отработать недочеты, внести корректировки в нормативные документы (СОП, алгоритмы, инструкции), для улучшения качества работы.

Решение всех поставленных задач не может быть без четкой слаженной работы всего отделения, без заинтересованности персонала в улучшение качества оказания медицинской помощи [4, с 76].

Людьми периодически нужны стимулирующие задания, чтобы сохранять мотивацию и увлеченность, поэтому время от времени необходимо вносить разнообразие в обязанности и задачи подчиненных. Смещая внимание на новые увлекательные возможности, можно помочь им избежать ощущения монотонности и, как следствие, выгорания [5, с 67].

Литература.

1. Левшанков, А.И. Сестринское дело в анестезиологии и реаниматологии. Современные аспекты: учебное пособие/ А.И. Левшанков; под редакцией А.Г.Климов. – С-Петербург: Изд-во СпецЛит, 2010. – 486 с.- (Профессиональное образование). - ISBN 978-5-299-00419-9.
2. Сумин С.А. Основы реаниматологии: учебное пособие/ С.А.Сумин; под редакцией К.Г.Шаповалов. – Москва: Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 592с. – (Профессиональное образование). - ISBN 978-5-9704-6283-63. Сумин С.А. Медицинская сестра-анестезист: учебное пособие/С.А.сумин; под редакцией К.Г.Шаповалова.-Москва: Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 368с.- (Профессиональное образование). - ISBN 978-5-9704-7110-4
4. Организация сестринской деятельности: учебное пособие/ С.Р.Бабаян, Ю.А.Тарасова, И.А.Фомушкина [и др.]. -Москва: Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 656с. – (Профессиональное образование). – ISBN 978-5-9704-5112-0

5. Трейси Брайдан. Делегирование и управление: практические рекомендации/ Брайдан Трейси: Изд-во Манн, Иванов и Фербер, 2015.-144с.-(Менеджмент). – ISBN 978-5-00057-686-1.

АКТУАЛЬНОСТЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЁ ПРОФИЛАКТИКИ

Гуцу Марина Александровна
ФГБ ПОУ «Ульяновский фармацевтический колледж»
Минздрава России, г. Ульяновск, Россия

В настоящее время одним из состояний, требующих повышенного внимания стала железодефицитная анемия (ЖДА).

Анемия представляет собой синдром, основным проявлением которого являются такие признаки как повышенная утомляемость, слабость, головокружение, одышка, сердцебиение. Все эти симптомы неспецифичны и наблюдаются при многих хронических заболеваниях.

В последние годы замечено, что анемический синдром это фактор риска неблагоприятного исхода у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями, в первую очередь, сердечно-сосудистой и онкологической патологией, в связи с тем, что железо является важным фактором транспорта кислорода, компонентом клеточного иммунитета, митохондриального дыхания и многих других. В многочисленных исследованиях доказано, что даже латентный дефицит железа перед крупными операциями был ассоциирован с увеличением частоты послеоперационных инфекций и других осложнений в послеоперационном периоде при анемии тяжелой и средней степени, увеличением длительности пребывания в стационаре, ухудшением прогноза для пациентов. Сложно переоценить актуальность проблемы анемии в гинекологической практике, поскольку большинство гинекологических заболеваний сопровождается маточными кровотечениями, что рано или поздно приводит к развитию ЖДА. Снижение гемоглобина влияет на течение беременности, здоровье будущего малыша, трудоспособность и качество жизни больных [2].

Анемия стала новой терапевтической проблемой у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, имеются данные, что риск развития инфаркта миокарда среди пациентов с ЖДА средней и тяжелой степени статистически значимо выше, чем у пациентов без

анемии или с легкой степенью тяжести. Среди пациентов с ишемической болезнью сердца повышение потребления нитратов также ассоциировано с анемией.

Анемия у пожилых людей является редко диагностируемым заболеванием, о котором пациенту часто не даже сообщается, поскольку в большинстве случаев оно воспринимается как следствие старения или признак хронического заболевания. У 14–33% пожилых людей с анемией первопричина остается неизвестной.

По результатам анализа многочисленных исследований взрослого населения в процессе диспансеризации или при обращении за первичной медицинской помощью, анемия у женщин была выявлена в 12-13% случаев с максимальным показателем в 21-22% в возрастной группе от 40 до 49 лет. У мужчин частота диагностики анемии при диспансеризации составила 2,8%, при обращении за медицинской помощью - 5,1%, с пиком до 21% в возрасте 60–69 лет [1] .

По мнению экспертов, имеет место высокая распространенность железодефицитной анемии в России, чему способствует ряд причин:

- низкая осведомленность населения о проблеме дефицита железа (особенно женщин из группы риска);
- высокая частота использования диет с целью контроля массы тела среди женщин фертильного возраста;
- низкий социально-экономический статус большей доли населения, приводящий к недостаточному потреблению продуктов питания, богатых железом, в группе женщин репродуктивного возраста;
- отсутствие подготовки к беременности с позиций диагностики и устранения дефицита железа;
- недостаточные меры по компенсации дефицита железа в период беременности и лактации;
- недостаточная приверженность к лечению;
- высокая распространенность злоупотребления алкоголем.

При этом алиментарный фактор и низкая осведомленность населения о железодефицитной анемии выделяются экспертами в качестве ведущих.

Основные причины дефицита железа у женщин:

- Неполноценный рацион: дефицит развивается при длительном ограничении поступления железа с пищей;
- Гиперполименорея здоровых женщин, при которой возможна ежемесячная потеря железа в количестве до 250 мг;

– Хронические кровопотери, связанные с наличием миомы матки, аденомиозом, гиперпластическими процессами эндометрия, дисфункциональными маточными кровотечениями.

Основные причины ЖДС у подростков:

– Интенсивный рост: в 15–17 лет девочкам каждый день необходимо 20 мг железа, а мальчикам – 15 мг;

– Преобладание вегетарианского, мучного, молочного и сладкого рациона, обедненного гемовым железом, имеет место у 33% подростков;

– Распространенность патологии ЖКТ у подростков связана с низким усвоением железа;

– Начало менструальных кровотечений у девочек;

– Загрязнение атмосферного воздуха поллютантами нарушает усвоение организмом макро- и микроэлементов, увеличивая риск возникновения железодефицитных состояний в 1,8–2,1 раза;

– У школьников, нерегулярно занимающихся физической культурой, риск формирования железодефицитных состояний возрастает в 1,8–2,2 раза.

Основные причины ЖДА у пожилых:

– Неполноценное питание: пожилые зачастую относятся к слоям населения с низким уровнем доходов;

– Хронические кровопотери из ЖКТ: рефлюкс-эзофагит, эрозивно-язвенные заболевания желудка, дивертикулез кишечника, геморрой, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит;

– Длительный прием лекарств, влияющих на усвоение железа или провоцирующих микрокровопотери (НПВС; иАПФ; антациды и др.).

В связи с вышеизложенным, видны основные направления профилактики железодефицитной анемии.

Ключом к решению проблемы железодефицитных состояний является в первую очередь первичная профилактика - правильное, полноценное питание в любом возрасте. Ежедневная потребность взрослого человека в железе составляет около 1–2 мг, ребенка – 0,5–1,2 мг. Обычная диета обеспечивает поступление от 5 до 15 мг элементарного железа в день. В двенадцатиперстной кишке и верхнем отделе тощей кишки всасывается лишь 10–15% железа, содержащегося в пище. Основным пищевым источником железа являются продукты животного происхождения, содержащие гемовое железо. Наибольшее количество железа содержится в говядине, баранине, печени, в меньшей степени – рыбе, курином мясе, твороге. Важным

является не то, сколько железа содержится в продукте, а какова его биодоступность. По сравнению с животными продуктами негемовое железо, содержащееся в растительной пище (овощи, фрукты, злаки), имеет сниженную биодоступность, что означает его более низкую всасываемость. Кроме того, для всасывания железа необходимы определенные условия: витамин С усиливает всасывание железа, а такие вещества, как танины, входящие в состав чая, или фитаты (соли фитиновой кислоты), встречающиеся в некоторых продуктах, могут существенно угнетать всасывание железа [3].

Хронические кровопотери наибольшее значение имеют для женщин репродуктивного возраста. Если кровопотеря за один менструальный цикл превышает 50 – 100 мл (25 – 50 мг железа), то недостаток железа сверх этого уровня не может компенсироваться пищевым железом. У 50% женщин меноррагии имеют органические причины: полипы, эндометрит, миомы, аденомиоз, открывающийся в полость матки. Поэтому всех женщин с нарушениями менструального цикла в виде гиперполименореи и менометроррагии обязательно необходимо обследовать у гинеколога. Согласно рекомендациям ВОЗ, препарат железа в дозе 60 мг/кг в сутки применяют во II и III триместрах беременности и в течение 3 мес. лактации. Национальные рекомендации США предусматривают применение препарата железа в дозе 30 мг/кг в сутки в течение всего периода беременности. Ряд экспертов в нашей стране считают достаточным рекомендуемый ВОЗ профилактический прием препаратов железа менструирующими женщинами в выделенных этими экспертами группах риска:

- С обильными менструальными кровопотерями;
- С аномальными маточными кровотечениями;
- У много рожавших женщин;
- С недостаточным питанием в силу низкого социально экономического статуса;
- Использующих вегетарианскую диету.

Кровопотеря из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) является основной причиной

ЖДА у мужчин и неменструирующих женщин. Даже небольшая кровопотеря (5–10 мл за сутки) приводит к месячной потере 200–250 мл крови, что соответствует 100–125 мг железа. При такой ситуации ЖДА развивается через 1–1,5 года. Желудочно-кишечные кровотечения характерны для заболеваний ЖКТ: эрозивный гастрит, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, опухоли желудка и кишечника, неспецифический язвенный колит, полипы желудочно-кишечного

тракта, дивертикулез толстого кишечника, болезнь Крона, кровотечение из геморроидальных вен. Поэтому всех пациентов с выявленной ЖДА обязательно необходимо обследовать у гастроэнтеролога для исключения заболеваний ЖКТ.

Кроме того, рассматривается вопрос мер общественной профилактики. Так эксперты ВОЗ при распространенности ЖДА в стране или регионе в 40% и выше рекомендуют обогащение железом наиболее употребляемых населением продуктов. Обычно в качестве таких продуктов выбирают хлеб или макаронные изделия. Важно, чтобы доля населения, употребляющего этот продукт, составляла не менее 65–95%. Эффективность такой профилактики составляет около 50% среди охваченного населения [4].

В ходе дискуссий среди специалистов было высказано предложение: исследовать клинический анализ крови у всех небеременных женщин начиная с подросткового возраста в течение всего детородного возраста в рамках диспансеризации каждый год, а не каждые 5-10 лет, как указывается в российских клинических рекомендациях по ЖДА. Такой же интервал следует использовать у всех пациентов с имеющимися факторами риска развития или предшествующим диагнозом ЖДА.

Важно помнить:

Необходимо сбалансированное питание в группах риска с достаточным употреблением продуктов, содержащих гемовое железо (мясо, субпродукты).

Улучшают всасываемость железа: аскорбиновая кислота (фрукты, соки, картофель, овощи); ферментация и проращивание зерна, тепловая обработка увеличивает биодоступность железа (варка, тушение, жарение).

Ухудшают всасывание железа: фитаты (в злаковых отрубях, крупах, бобовых, орехах, семечках); пища с высоким содержанием инозитола (арахисовое масло, цельные зерна, молоко, дрожжи, мускусная дыня, цитрусовые); фенолические соединения, связывающие железо (в чае, кофе, какао, орегано, красном вине, ягодах, яблоках); кальций в больших количествах (молоко более 1 л в день); газированные напитки.

Медикаментозная профилактика железодефицита при гиперполименорее у женщин репродуктивного возраста требует назначения железосодержащего препарата в половинной терапевтической дозе в течение столько дней, сколько продолжалось менструальное кровотечение.

Профилактику железодефицита у беременных женщин при нормальных показателях обмена железа рекомендуется проводить путем назначения поливитаминных препаратов, содержащих не менее 20 мг элементарного железа в сутки. В послеродовом периоде препараты железа назначаются в течение 4–6 недель.

Таким образом, актуальность железодефицитной анемии столь высока, что все медицинские работники, включая медицинских сестёр должны быть на страже здоровья населения, включаться в профилактику уже на стадии железодефицитных состояний, пропагандировать своевременное прохождение диспансеризации и обращение за медицинской помощью.

Литература:

1. Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики железодефицитной анемии: учебное пособие / Е.В. Болотова, В.А. Крутова, А.В. Дудникова, Н.С. Просолупова, А.А. Сороченко – Краснодар: Кубанский гос. мед. ун-т, 2022. – 144 с.
2. Федеральные клинические рекомендации. Железодефицитная анемия; 2024 г.
3. Верткин, А.Л. Анемия: руководство для практических врачей / А.Л. Верткин, Н.О. Ховасова, Е.Д. Ларюшкина, К.И. Шамаева. – Москва: Эксмо, 2014. – 75 с.
4. Рукавицын, О.А. Гематология. Национальное руководство. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 748 с.

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Егина Ольга Михайловна

ГБУЗ «Городская детская поликлиника», г. Пенза, Россия

Качество медицинской помощи представляет собой результат своевременного предоставления медицинских услуг на должном уровне и в соответствующем объеме с учетом индивидуальных потребностей пациента, а также возможностей и особенностей работы учреждения [3, с.81]. Значение и роль среднего медицинского персонала, как самой объемной составляющей кадрового ресурса здравоохранения, в организации качественной и доступной медицинской

помощи трудно переоценить. Медицинская сестра на современном этапе - это активный участник профилактического, лечебно-диагностического и реабилитационного направления при оказании медицинской помощи, способный к самостоятельной работе в составе единой команды [2, с.86].

С целью изучения мнения медицинских сестер о своей деятельности, об организации и качестве медицинской помощи (КМП) было проведено анкетирование 42 специалистов сестринского дела. Выборка репрезентативная, составившая 91% от генеральной совокупности, за численность которой взято количество медицинских сестер 2024 года (46 человек), работающих в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская детская поликлиника» г. Пенза, структурном подразделении «Детская поликлиника №8».

По полу респонденты представлены женщинами, что лишний раз доказывает принадлежность сестринского дела к сфере деятельности женщин. Средний возраст опрошенных составил $42,1 \pm 1,3$ года. На момент проведения анкетирования большинство медицинских сестер имели квалификационную категорию (78,3%). Лица, имеющие высшую квалификационную категорию, составили 72,2%, первую 19,4% и вторую 8,3%.

Общий медицинский стаж работы респондентов составил 22 года, а в поликлинике - 16 лет. Полученные данные свидетельствуют о достаточном опыте работы в медицине, что позволяет улучшать качество оказания медицинской помощи пациентам, и кроме этого обеспечивает профессиональную преемственность.

Социальный статус определен в основном замужними женщинами. Большинство респондентов (89,9%) замужем официально; 2,7% состоят в гражданском браке; 4,9% не замужем; 2,5% разведены.

Ведущим критерием при выборе сестринской профессии были гуманность профессии (33,3%), зов «сердца и души» (16,7%), совет родственников (22,2%). 27,8% опрошенных выбрали эту профессию для того, чтобы поддерживать свое здоровье и здоровье родственников.

Начиная трудовую деятельность, 44,4% респондентов испытали недостаток практических навыков, 22,2% отмечали неуверенность своих действий, 14,8% специалистов сестринского дела нуждались в наставнике, 11,1% было трудно общаться в новом коллективе, а у 7,5% из числа опрошенных каких-либо затруднений не возникло.

Изучение мнения специалистов сестринского дела о составляющих КМП показало, что третья часть опрошенных (31,5%) затруднились с ответом. Только 18,5% медицинских сестер дали четкие ответы, а также определение КМП и назвали ее компоненты (эффективность, адекватность, экономичность и научно-технический уровень).

Основными факторами, влияющими на КМП, по мнению респондентов являются: оснащенность современной медицинской техникой и оборудованием (4,6 балла), квалификация медицинского персонала (4,2 балла), материальное стимулирование труда медицинского персонала (4,1 балла), регулярный контроль за работой со стороны руководства (3,8 балла), внедрение новых инновационных технологий в поликлинике (3,2 балла).

На вопрос: «Кто должен совершенствовать КМП в детской поликлинике?» - ответы специалистов сестринского дела распределились следующим образом: 38,9% - все медицинские работники; 22,2% - участковый педиатр; по 11,1% - главный врач и затруднились ответить; 9,3% - главная медицинская сестра; 7,4% - средний медицинский персонал.

Удовлетворенность - психологическое состояние человека, связанное с исполнением его стремлений, желаний и потребностей. При этом поставленная цель должна быть достижимой, но одновременно требующей поддержания настойчивого желания чего-нибудь достичь или что-нибудь осуществить. Легко достижимое желание (стремление), как правило, не приносит полного удовлетворения, положительные переживания, связанные с ним, кратковременны и неглубоки. Среди жизненных сфер профессиональная деятельность занимает существенное место, поэтому удовлетворенность работой является важной характеристикой качества жизни. С ней связаны психическое и соматическое здоровье людей, текучесть кадров и результаты труда [1, с.137]. Удовлетворенность своей работой и различными ее сторонами существенно влияет на качество оказываемой медицинской помощи.

В детской поликлинике 51,8% медицинских сестер «удовлетворены» работой, 31,5% респондентов «не совсем удовлетворены» своей профессиональной деятельностью. Ответы «крайне не удовлетворен» и «очень удовлетворен» не выбрал никто из опрашиваемых. Настораживает значительный удельный вес медицинских сестер, «не удовлетворенных» своей профессией - 16,7%.

Изучая удовлетворенность, была получена информация о силе привязанности сестринского персонала к данной медицинской орга-

низации. На первом месте оказался фактор «гарантированная зарплата» (40,7%), на втором месте - удобный график работы (27,8%), 14,8% респондентов уверены в нужности своей работы. Хорошие взаимоотношения в коллективе важны для 9,3% медицинских сестер. «Престиж работы» и работа как «привычка» отметили по 3,7% респондентов.

Главными факторами, влияющими на неудовлетворенность работой медицинских сестер, являются: большой объем работы (37,0%), психоэмоциональные и физические нагрузки (29,6%), выполнение работы, не предусмотренной должностными обязанностями (20,4%), непрестижность профессии (9,5%).

КМП может быть низким не только из-за отсутствия мотивации сотрудников, недостаточности профессиональных знаний, навыков и опыта работы, но и из-за болезней или плохого здоровья сотрудников. При анкетировании выявлено, что только 7,4% из числа опрошенных не нуждаются в укреплении своего здоровья. 44,0% респондентов считают, что им необходима консультация врача-специалиста, 30,0% сестринского персонала нуждается в санаторно-курортном лечении, а 26,% хотели бы обследоваться с применением необходимой аппаратуры.

Анализ ответов медицинских сестер на вопрос: «Что необходимо для улучшения КМП?», показал, что сестринский персонал считает важным повышать свой профессиональный уровень (27,8%), совершенствовать практические навыки (24,1%), повышать заработную плату (22,2%), внедрять новые технологии (14,8%), пересмотреть нагрузку и должностные обязанности (11,1%).

Таким образом, проведенное анкетирование позволило определить приоритетные направления по повышению качества оказания медицинской помощи сестринским персоналом в детской поликлинике:

- Открыть учебно-методический кабинет для непрерывного обучения, повышения квалификации специалистов сестринского дела с использованием современных методов обучения, разработки методических рекомендаций, проведения тренингов, внедрения инноваций в деятельность медицинских сестер;

- Систематически проводить научно-практические сестринские конференции, семинары, конференции по обмену опытом, «круглые столы» и др., активизируя творческую деятельность путем формирования атмосферы творчества и соревнования;

– Организовать комнату психологической разгрузки для выявления и искоренения случаев неудовлетворенности работой как части программы укрепления здоровья;

– Применять критерии оценки деятельности среднего медицинского персонала по результатам труда, как форму стимулирования работника к качественному результату труда.

Литература:

1. Голенков, А.В. Удовлетворенность работой и терминальные ценности у медицинских сестер // Главная медицинская сестра, 2009. - N 11. - С.137-146.

2. Лазарева Л.А., Катасова Л.Г. Уровень агрессивности, как проявление профессиональной деформации личности, специалистов сестринского дела Клиник СамГМУ //Закономерности и тенденции развития науки: сборник статей Международной научно-практической конференции (17 января 2015г., г.Уфа). - Уфа: РИО МЦИИ ОМЕГА САЙНС, 2015.- С.86-88.

3. Растегаева Н.Г., Плакидин В.Г. Совершенствование качества медицинской помощи больным с острой пневмонией //Управление социально-экономическими процессами региона: сборник научных трудов VII Межрегиональной научно-практической конференции. - Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2014. - С. 81-83.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ СТАЦИОНАРЕ. СЕСТРИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ. ОПЫТ РАБОТЫ ГУЗ «ККИБ»

Жигарева Елена Владимировна, Волокитина Любовь Леонидовна,
Ахметсафина Лариса Александровна
ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница»,
г. Чита, Россия

Профилактика пролежней и их лечение является актуальной темой и сегодня. Несмотря на инновации и достижения в современной медицине, мы довольно часто сталкиваемся с пролежнями, возникающими при неправильном или не своевременном уходе за тяжелобольными пациентами. Это серьезная медицинская, социальная,

экономическая проблема, оказывающая существенное влияние на общее самочувствие пациента, а также на качество его жизни. При этом данное заболевание требует серьезных финансовых затрат на лечение одного пациента.

Пролежни встречаются как у пациентов, проходящих лечение в стационаре, так и у пациентов, получающих лечение на дому или в учреждениях длительного пребывания.

В данном материале мы хотели бы поделиться нашим опытом работы по профилактике и лечению пролежней, а также ведению сестринской документации.

ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница (далее ККИБ) - специализированная медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь пациентам с инфекционной патологией различных возрастов. В структуру организации входит стационар на 248 круглосуточных и 5 коек дневного стационара и обособленное подразделение «Центр профилактики и борьбы со СПИД». Медицинская помощь в стационаре оказывается в 5 лечебных отделениях (221 койка - для взрослых и детей) и 2х отделениях реанимации (27 коек).

По статистике за 2023-2024 гг. несмотря на уменьшение количества пациентов на лечении в стационаре, мы наблюдаем увеличение числа пациентов с пролежнями, несмотря на активно проводимые профилактические и контрольные мероприятия.

Наиболее часто с пролежнями пациенты поступают в наш стационар из домов интернатов, социальных приютов, но также бывает поступление таких пациентов из дома (люди пожилого возраста с ОНМК и иными неврологическими заболеваниями, маломобильные дети инвалиды).

Деятельность медицинского персонала с пациентами по профилактике и лечению пролежней регламентируют различные нормативные документы: Федеральный Закон от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», (статья 4. Основные принципы охраны здоровья, статья 6. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи, статья 12. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья, статья 19. Право на медицинскую помощь, статья 34. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, статья 36. Паллиативная медицинская помощь, статья 39. Лечебное питание); приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 17 апреля 2002 г. N 123 Об утверждении от-

раслевого стандарта «Протокол ведения больных. Пролежни», ГОСТ 56819 – 2015 Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней, СанПин 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», а также локальные нормативные документы (приказы, стандартные операционные процедуры (СОП), алгоритмы, памятки)

В нашем стационаре на основании данных документов разработана, утверждена приказом руководителя организации и внедрена в работу СОП «Порядок действий персонала по профилактике пролежней у пациентов».

Чтобы говорить о профилактике и лечении пролежней, вспомним краткую теоретическую информацию необходимую для работы медицинской сестры.

Пролежень – это локализованное поражение кожи и/или нижележащей ткани, обычно над костным выступом, возникшее в результате сдавливания или сдавливания в сочетании со сдвигом.

1 стадия - целостность кожного покрова не нарушена, стойкая гиперемия, которая не исчезает при устранении давления и локализуется над костными выступами.

2 стадия - частичная потеря толщины кожи или волдырь серозным содержимым или их разрывам.

3 стадия - полная потеря толщины кожи (виден жир). Подкожный жир может быть увиден, но кости, сухожилия или мышцы не обнажены. Могут присутствовать в некотором количестве некротические массы.

4 стадия - полная потеря толщины кожи с обнажением кости, сухожилия или мышцы. Могут присутствовать некротические массы или струпа.

Также существует такое понятие не классифицируемая стадия - полная потеря толщины кожи, при которой действительная глубина пролежня полностью скрыта некротическими массами. Только когда мы очистим раневую поверхность от некротической ткани мы можем оценить стадию.

Потенциальными местами образования пролежней могут быть все места над костными выступами на теле. В зоне повышенного риска находятся пятки, затылок, локти и поясница. К наиболее значимым факторам риска образования пролежней относят пожилой возраст, ограниченная двигательная активность, хронические заболевания, такие как диабет или сосудистые заболевания, которые влияют на кровоснабжение (циркуляцию крови), умственная неполно-

ценность в результате таких заболеваний, как деменция, недержание мочи и/или кала, недостаточное/плохое питание и/или обезвоживание.

В профилактике пролежней принципиально важны 3 основных направления: - своевременная оценка риска развития пролежней, своевременное начало выполнения всего комплекса профилактических мероприятий и обеспечение больного адекватным питанием и питьем

Оценка риска развития пролежней проводится по нескольким шкалам, таким как Нортон (1962), Брейдена (1987), Госнелла (1973), Джексона-Каббин (1991), Ватерлоу (1985).

Мы используем для оценки рисков развития пролежней шкалу Ватерлоу. Для удобства работы медицинских сестер шкала Ватерлоу внесена в МИС «Ариадна» и вносится в электронную историю болезни.

Шкала Ватерлоу более подробная, она учитывает пол и возраст пациента, анамнез, вес и другие факторы. Это помогает вовремя определить риски и направить усилия на профилактику. Электронная документация значительно упрощает работу медицинских сестер, позволяя им выбирать из списка необходимые параметры, автоматически получать итоговый балл, а также делает доступной документацию для врачей, старшей медицинской сестры и главной медицинской сестры.

Оценивая риск развития пролежней, мы проводим визуальный осмотр состояния кожного покрова в области костных выступов не менее одного раза в день и ведем лист регистрации противопролежневых мероприятий.

При наличии высокого риска развития пролежней начинаем сразу проводить профилактические мероприятия:

При размещении пациента в отделении с высоким риском развития пролежней, актуально правильно выбрать противопролежневый матрац, для этого учитываем следующие параметры: степень подвижности, массу тела пациента, степень тяжести заболевания пациента, уровень поддержки и жёсткость матраца, размер и совместимость с кроватью. Для каждого пациента матрац подбирается индивидуально.

Ведущим фактором в образовании пролежней является продолжительное внешнее давление на соответствующие участки кожи, поэтому одна из эффективных мер профилактики пролежней – правильное положение пациента на кровати. Меняем положение паци-

ента каждые два часа, включая ночное время. Используем все существующие положения - Симса, Фаулера, положение на боку, положение на спине. Положение Фаулера стараемся совместить с приемом пищи, так как оно минимизирует риск аспирации. Для размещения пациента в постели необходимо имеем достаточное количество валиков, подушек, противопролежневых протекторов (у нас они гелевые), при их использовании мы уменьшаем давление в местах костных выступов.

Гигиена кожи это одно из важнейших составляющих в профилактике пролежней. Проводится не реже одного раза в сутки, при этом применяем одноразовые гипоаллергенные средства ухода за кожей пациента. Данные средства хорошо стимулируют кровообращение, обеспечивают качественную очистку тела, обладают защитными свойствами (гели, крема, лосьоны, пена), абсорбирующими свойствами (памперсы, впитывающие пеленки). Подмывание пациентов проводим после каждого акта дефекации, смену подгузников, впитывающих пеленок не реже 1 раза в 6 часов.

Смена постельного белья у лежачих пациентов не зависимо от отделения, где он находится на лечении, проводится не реже одного раза в сутки или по мере загрязнения. Из двух способов смены постельного белья у лежачих больных (продольное и поперечное) мы обычно используем продольный способ так как он более удобен и менее травматичен для пациента. Особое внимание при смене постельного белья обращаем на то, чтобы не было складок, заломов и швов на простыни.

Перемещать пациента нужно бережно исключая трения, для этого мы используем специальные приспособления: для перемещая пациента с кровати на кресло, используем вращающийся диск, а с кровати на каталку, используем скользящую доску (слайдер), она позволяет без особого труда и нагрузки на персонал, легко и быстро переместить пациента с любой массой тела.

Профилактические мероприятия могут быть малоэффективными или вовсе неэффективными или иметь отрицательный эффект. Такое может произойти если менять положение от случая к случаю, а не каждые 2 часа, стряхивать крошки с постели, но не расправлять постельное и нательное белье, использовать постельное белье со швами, неправильно или несвоевременно выбирать противопролежневый матрац.

Обучаем наших сотрудников индивидуальному подходу в работе с лежачими пациентами. Разбираем на занятиях, что отрицатель-

ные эффект также имеет массаж рискованных участков тела и гигиенические мероприятия спиртсодержащими средствами, которые приводят к травматизации кожных покровов.

Для профилактики и лечения пролежней важно питание, диета должна быть достаточно калорийной, содержать не менее 120 гр белка и 500-1000мг аскорбиновой кислоты, а также богата витаминами и минералами. Но стоит помнить если образовались пролежни, то потребность организма в питательных веществах возрастает. Например, при недостаточности белков заживление происходит медленнее или вовсе останавливается. За один день такие раны могут утрачивать до 50 грамм белков с экссудатом. Результатом этого является возрастание потребности в белке в 1,5 – 2 раза.

Строго контролируем питание наших лежачих пациентов. Категорически запрещено употреблять в пищу сладкие газированные напитки, копченое, жирное, слишком соленое, следует ограничить употребление сахара, избегать тех продуктов, которые могут вызвать аллергию. Если пролежни у пациента уже имеются, то существуют некоторые особенности в питании: дробное питание – пациенту рекомендовано есть 4-6 раз в день, но небольшими порциями, соблюдение питьевого режима – для нормального обмена веществ необходимо пить 1-1,5 литра чистой некипяченой воды в сутки (если нет противопоказаний). Всем лежачим пациентам ежедневно организация, осуществляющая доставку питания пациентов, привозит по нашим заявкам питьевую воду по 1л на человека. Это большое подспорье для пациентов из домов интернатов, приютов и не имеющих возможности получать передачи).

Если пациенту трудно жевать, то необходимо измельчать ее до нужной консистенции - для этого заказываем протертое питание, овощные и мясные пюре нашему поставщику питания для пациентов.

Для пациентов, носителей гастростомы или с постоянным назогастральным зондом, с нарушением работы желудочно-кишечного тракта оптимальным питанием является специализированная смесь для энтерального питания (сухие или готовые к применению смеси) Мы используем Нутридринк, Клинутрен и т.д. В особо тяжелых случаях врачи назначают парентеральное питание (Кабивен, Дипептивен, Аминовен, Липофундин).

В лечении пролежней стараемся подойти к каждому пациенту индивидуально.

В фазе воспаления раны, рану нужно очистить, используем способы очистки физический, механический, химический, хирургический (врач хирург).

В фазе грануляции должна проводиться стимуляция процессов заживления, сохранения целостности грануляционной ткани.

В фазу эпителизации и рубцевания - стимуляция реорганизации рубца, защита эпителиальной ткани от повреждения.

Для лечения пролежней больница постоянно приобретает различные средства: мази с различным действием, повязки. Чаще всего в лечении пролежней мы используем лекарственные повязки – это важный инструмент в лечении ран. Они выполняют несколько функций: закрепление и удержание: повязка удерживает лекарственные компоненты на ране, защита: предохраняет рану от инфицирования и воздействия окружающей среды, иммобилизация: используется для остановки кровотечения и фиксации.

Рассмотрим несколько видов повязок, применяемых в стационаре.

Антибактериальные лекарственные средства (мази - Левомеколь, Офломиlid) основные функции повязки – это лечения инфекции в ране. Максимальный интервал замены повязки до 2х суток.

Ранозаживляющие лекарственные средства – направлены на стимуляцию регенерационных процессов, имеют антисептическое действие, интервал замены повязки до трех суток (мази – Офломелид, Метилурацил, Пантенол).

Положительный лечебный эффект отмечаем от марлевых медицинских салфеток «Пектинар», которые оказывают противовоспалительное, защитное, регенерационное и абсорбирующее действие.

Раневая повязка является центральным компонентом лечения пролежней. Выбор повязки должен быть основан на типе ткани в раневом ложе, глубине раны, количестве раневого экссудата и состоянии окколораневой кожи.

В зависимости от того какая рана мы выбираем лечение. Если сухая рана – увлажняем, если влажная – абсорбируем излишки экссудата, если плоская рана – закрываем, глубокая рана – наполняем бактерицидным перевязочным материалам, закрываем прилипающей повязкой.

Прежде чем проводить комплексное лечение, необходимо провести антисептическую обработку раны. Для этого используем водный раствор хлоргексидина 0,05%, с последующим промыванием 0,9% натрия хлорида, чтобы убрать остатки лекарственного препарата.

При лечении пролежней у лежачих пожилых людей категорически запрещено использовать народные методы подсушивания ран, например, йод, зеленку, перекись водорода или салициловый спирт. Эти средства оставят ожог и усугубят сложившуюся ситуацию. Кроме того, их использование причинит боль пациенту и ускорит появление рубцов на коже. Этому также учим наш средний и младший медицинский персонал.

Оценивая динамику лечения особое внимание уделяем оценке локализации, окраске кожных покровов, наличию запаха и боли, глубине и размеру поражения.

Медицинские сестры обязательно документируют все проводимые мероприятия. Наибольшее количество документации ведется в электронном виде в МИС «АРИАДНА».

К сестринской документации, регистрирующей профилактические противопролежневые мероприятия относятся шкала оценки риска развития пролежней, карта (лист) сестринского наблюдения при риске развития пролежней (электронные формы), ведущиеся ежедневно у пациентов с высоким риском образования пролежней.

При наличии пролежней ведем в электронном виде шкалу для оценки риска развития пролежней, карту сестринского наблюдения за пациентом с пролежнями и в бумажном варианте журнал учета пациентов с пролежнями.

Важно помнить, что ведение документации способствует распознаванию рисков и составляет основу для планирования необходимых профилактических мер, а также помогает ориентировочно рассчитать количество необходимых лекарственных препаратов для лечения пролежней.

С целью безопасного нахождения пациентов в стационаре регулярно проводим внутренний контроль качества деятельности среднего медицинского персонала по вопросу профилактики и лечения пролежней. Способы контроля различны: ежедневный обход лежачих пациентов старшей медсестрой, административные обходы, внутренние аудиты по безопасности пациентов в стационаре (по графику внутренних аудитов), контроль дежурными старшими медсестрами выходные и праздничные дни. Кроме того, в Забайкальском крае создана и работает система внешнего мониторинга деятельности среднего медицинского персонала – перекрестные проверки между профильными медицинскими организациями. Раздел «Безопасность пациентов в стационаре» включен во внешний мониторинг ежегодно.

В заключении хотелось бы сказать профилактика пролежней всецело зависит от тщательного ухода за пациентом. Вся работа по уходу и профилактике пролежней выполняет средний и младший медицинский персонал, и нехватка кадров – это острая проблема нашей медицины, способствующая малоэффективным мероприятиям по профилактике. Материальные затраты на профилактику пролежней всегда меньше, чем на их лечение.

Литература

1. СанПин 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»
2. ГОСТ 56819 – 2015 Надлежащая медицинская практика. Информационная модель. Профилактика пролежней.
3. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 17 апреля 2002 г. N 123 Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Пролежни».
4. Вебинар «Методы консервативного лечения пролежней 3 и 4 стадии» [2025-03-27]
5. Краткое руководство по лечению и профилактике пролежней ООО «Колопласт»

НЕПРЕРЫВНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ КАК ВАЖНОЕ УСЛОВИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Иванова Ольга Вячеславовна

ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии
им. С.Г. Суханова» Минздрава России, г. Пермь, Россия

Актуальность.

Наличие квалифицированных кадров является важнейшей составляющей качества и доступности медицинской помощи [2]. В числе системообразующих факторов эффективного функционирования российского здравоохранения существенное значение имеют инновационное развитие инфраструктуры и наличие достаточного количества подготовленных медицинских кадров, способных решать поставленные перед ними задачи. В современных условиях

существенное значение имеет профессиональная подготовка будущих специалистов в образовательных организациях среднего профессионального медицинского образования в соответствии с запросами практического здравоохранения. Важно отметить, что для решения существующих кадровых проблем здравоохранения, в процессе обучения и становления специалиста необходимо участие образовательных и медицинских организаций. Должно быть, их тесное и эффективное взаимодействие на всех этапах теоретической и практической подготовки среднего медицинского персонала, а также последующей адаптации и профессиональной реализации в процессе трудовой деятельности [1].

В настоящее время подготовка медицинских кадров, особенно квалифицированных медицинских сестер, стало одним из важнейших направлений совершенствования системы оказания медицинской помощи населению. Здравоохранение как одна из самых значимых социально-экономических сфер современного российского общества претерпевает качественные преобразования в целях соответствия растущим медико-социальным потребностям населения. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «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 [4,5].

Цель.

Провести оценку профессионального развития специалистов со средним медицинским образованием в Приволжском федеральном округе.

Материалы и методы.

Аналитический, статистический, проведен ретроспективный анализ данных за 2023-2024 годы.

Результаты.

В обеспечении качества медицинской помощи населению, усилении ее профилактической направленности существенная роль при-

надлежит сестринскому персоналу. Безусловно, сестринский персонал – реальный потенциал для удовлетворения растущих потребностей населения в доступной медицинской помощи. В Приволжском федеральном округе (далее – ПФО) подготовку специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием осуществляет восемьдесят одна образовательная организация среднего и высшего профессионального образования. Из них, шестьдесят девять образовательных организаций находятся в подчинении органов исполнительной власти субъекта (сорок шесть организаций подчинены региональным Министерством здравоохранения, двадцать три – Министерством образования субъектов), восемь организаций находятся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, четыре организации в подчинении других Министерств субъектов.

Выпуск специалистов в 2024 году по программам среднего профессионального образования в ПФО увеличился на 12% в сравнении с 2023 годом и составил 17414 человек, аккредитованных специалистов 16082 (92,4%), что ниже на 2,2%, чем в 2023 году. Трудоустроено в государственный сектор здравоохранения 9786 (56,2%) специалистов, в частные медицинские организации – 2849 человек. Общий процент трудоустройства составил 72,5 %, что на 2,3 % выше, чем в 2023 году. Потребность медицинских организаций округа в специалистах со средним медицинским и фармацевтическим образованием остается на высоком уровне и составляет 12839 человек, но она оказалась ниже на 9,8% по сравнению с 2023 годом.

Выпускники-бакалавры по направлению подготовки Сестринское дело владеют не только современными сестринскими технологиями, но и знаниями и навыками управленческой деятельности, основами психологии. На факультетах высшего сестринского образования специалистов обучают по вопросам рационального использования имеющихся ресурсов, внедрению новых технологий, социальной направленности в кадровой работе, повышению мотивации сестринского труда. Только семь субъектов округа осуществляют подготовку таких специалистов (Оренбургская, Самарская, Саратовская, Кировская области, Башкирская Республика, Республика Татарстан и Пермский край). Выпуск специалистов в 2024 году в ПФО увеличился на 24% в сравнении с 2023 годом и составил 1292 человека.

При подготовке специалистов среднего медицинского звена достаточно остро стоит проблема качества и эффективности. Качество можно улучшить с помощью более эффективного обучения.

Медицинское образование – важный фактор, влияющий на общественное здоровье. Действующая система профессионального среднего медицинского и фармацевтического образования Приволжского федерального округа обеспечивает высокий уровень подготовки специалистов, соответствующую квалификацию и компетентность выпускников в решении профессиональных задач. В определенной степени изменился подход к планированию подготовки специалистов. Можно отметить формирование целевых заказов на подготовку и переподготовку выпускников государственных образовательных учреждений среднего профессионального образования. На постоянной основе совершенствуется система дополнительного образования среднего медицинского звена, регулярно проводятся повышения квалификации, переподготовка. Несомненно, это оказывает значительное положительное влияние на уровень квалификации средних медицинских работников округа. В свою очередь работодателю необходимо обеспечить наличие возможностей карьерного роста, обеспечение соответствующего уровня заработной платы, создание благоприятных условий работы, что является ведущими факторами, как выбора профессии, так и профессиональной реализации [3]. В настоящее время, разработка и реализация программ адаптации на рабочем месте, в медицинских организациях ПФО, является актуальной задачей. Имеющиеся программы адаптации сестринского персонала в медицинской организации основаны на разработке элементов организационной культуры подразделений медицинской организации. Предполагается, что создание благоприятных условий на рабочем месте, эффективное управление организационной культурой, мониторинг и управление карьерой в медицинской организации способствуют ускорению процесса адаптации молодого специалиста и, в целом, оказывает влияние на качество предоставления медицинской помощи, в том числе сестринским персоналом [3]. Безусловно, в данной деятельности основная роль принадлежит организациям сестринского дела.

Для дальнейшего совершенствования подготовки и профессиональной реализации специалистов со средним медицинским образованием целесообразно:

1. Развивать медицинскую культуру и медицинское образование с приоритетом в профилактическую работу.
2. Координировать работу сестринского персонала на повышение качества оказания медицинской помощи, культуру обслуживания населения.

3. Более динамично развивать и внедрять новые сестринские технологии в практическое здравоохранение.

4. Формировать у медицинского персонала бережное отношение к государственной собственности, безупречную исполнительскую дисциплину.

5. Продолжать повышать профессиональный уровень сестринского персонала и престиж профессии, используя современные подходы к процессам управления.

6. Развивать наставническую работу с молодыми специалистами.

7. Необходимо инициировать повышение окладной части заработной платы специалистам со средним медицинским образованием с целью повышения престижа профессии и увеличения численности среднего медицинского персонала в государственных медицинских организациях.

8. Сотрудничать в рамках взаимодействия с медицинскими организациями и органами управления здравоохранением по вопросам повышения качества подготовки специалистов сестринского дела путем организации практической подготовки, развития волонтерского движения и других форм профессионального становления среднего медицинского работника на всех этапах обучения.

9. Осуществлять постоянный мониторинг трудоустройства выпускников и содействовать адаптации молодых специалистов и профессиональной реализации сестринских кадров.

10. Осуществлять постоянное взаимодействие с образовательными организациями при проведении профориентационной работы и реализации требований социального партнерства (организации практической подготовки студентов, волонтерского движения, кураторства молодых специалистов, повышения квалификации специалистов, в том числе в системе непрерывного медицинского образования).

11. Внедрить в работу медицинских организаций элементы организационной структуры процесса адаптации молодого специалиста сестринского дела и осуществлять контроль адаптации молодого специалиста на рабочем месте.

Выводы.

В частности для сферы здравоохранения решение вопросов профессиональной реализации и трудоустройства специалистов со средним медицинским образованием являются приоритетными.

Для устранения каких-либо препятствий предпринимаются различные действия, разрабатываются программы и реализуются целенаправленные мероприятия органами управления здравоохранения. Образовательные организации, осуществляющие подготовку специалистов со средним медицинским образованием, разрабатывают различные программы и мероприятия по решению вопроса трудоустройства.

Таким образом, для дальнейшего совершенствования подготовки и профессиональной реализации специалистов со средним медицинским образованием, необходимо повысить качество образовательной среды; совершенствовать программное и методическое обеспечение, а также формы и методы учебной и практической деятельности студентов; способствовать совершенствованию творческой, научно-исследовательской деятельности и активности преподавателей и студентов.

Литература:

1. Денежкина В.Л. Инновации в сестринской практике и образовании /В.Л. Денежкина В.Л. // Universum: медицина и фармакология : электрон. научн. журн. 2023. 10(103). URL: <https://7universum.com/ru/med/archive/item/16029>.

2. Манерова О.А., Гажева А.В., Купеева И.А., Пьяных А.В. Обеспеченность практического здравоохранения специалистами с высшим медицинским образованием по специальности «сестринское дело» // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2014. № 5-6. С. 22-25.

3. Решетников В.А., Коршевер Н.Г., Доровская А.И. Управление карьерой врачей в медицинской организации: критериально-диагностический инструментарий // В мире научных открытий. 2016. № 4 (76). С. 82-96.

4. Решетников В.А., Ших Е.В., Выжигина М.А., Сизова Ж.М. Концепция непрерывного профессионального развития специалистов в медикобиологической и фармацевтической отрасли // IV Общероссийская конференция с международным участием «Медицинское образование - 2013» / Сборник тезисов конференции. М.: Изд-во Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2013. С. 431-433.

Сквирская Г.П. Проблемы формирования системы подготовки кадров организаторов здравоохранения // Главврач. 2016. № 8. С. 42-45.

СИСТЕМА НАСТАВНИЧЕСТВА КАК ОСНОВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Ивашова Ольга Михайловна

ГБУ РО «Областной клинический кардиологический диспансер»,
г. Рязань, Россия

Римская Галина Владимировна

ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж», г. Рязань, Россия

*Единственный разумный способ обучать
людей - это подавать им пример
Альберта Эйнштейна*

Требование современных реалий во всех сферах жизни общества – это высокопрофессиональные, компетентные и мобильные специалисты, которые способны быстро адаптироваться к изменяющимся условиям, осваивать новые знания и умения.

В связи с этим непрерывное развитие профессиональных навыков и быстрая адаптация на рабочем месте – основная задача становления молодого специалиста. Ведь эффективность системы здравоохранения и качество медицинского обслуживания напрямую зависят от результатов деятельности медицинских сотрудников, также находящихся в условиях технологических изменений и развития информационных технологий.

Одним из эффективных механизмов адаптации молодого специалиста на рабочем месте и его профессиональной социализации является система наставничества.

Наставничество в широком смысле – это обучение на рабочем месте, консультирование, а также оценка нового сотрудника более опытным специалистом - это долгий и трудоемкий процесс. Человек, выполняющий функции наставника, прежде всего, должен быть терпеливым, обладать умением подхода к любому человеку, уметь доходчиво объяснить человеку цели, которые ставит перед ним и то, как этого правильно добиться.

Целью наставничества является приобретение молодыми специалистами необходимых профессиональных навыков и опыта работы, а также воспитание у них требовательности к себе и заинтересованности в результатах труда, повышение профессионального ма-

стерства и уровня компетенции молодых специалистов. Цель ставится перед конкретным наставником - оказать помощь в профессиональной адаптации на рабочем месте конкретному молодому специалисту, «прокачать» его индивидуальные профессиональные навыки, наладить коммуникативные контакты с пациентами, коллегами, руководством медицинской организации, воспитать чувство ответственности за выполняемую работу, стремление к постоянному совершенствованию, изучению и внедрению в практику новых современных методов профилактики, диагностики и лечения. На практике это означает, что наставник должен быть постоянно доступен для наставляемого, всегда готов оказать профессиональную помощь делом, советом, одобрением, личным участием.

Процесс межличностного взаимодействия между наставником и подопечным помогает как в передаче узкоспециализированных знаний, опыта и навыков, которые требуются молодым сотрудникам для освоения должностных обязанностей, приобретения профессиональных компетенций в условиях постоянного усложнения медицинских технологий, так и создании преемственности и вовлеченности молодых специалистов в организационную культуру медицинских организаций.

История наставничества насчитывает не одну сотню лет. Первым профессиональным наставником, давшим имя всем будущим поколениям наставников, был древнегреческий Ментор. Этот герой древнегреческой мифологии был мудрым советчиком, пользовавшимся всеобщим доверием. С латыни – ментор переводится как учитель, наставник. Отечественный опыт наставнической деятельности в различных профессиональных сферах достаточно богат традициями. Важный шаг в этом направлении был сделан великим русским педагогом Константином Дмитриевичем Ушинским, обнаружившим прямую зависимость скорости адаптации человека в новом для него деле от знаний, профессионализма и педагогического мастерства наставника. К.Д. Ушинский сформулировал и основную задачу и результат наставнической деятельности - развитие самостоятельности входящего в жизнь человека, его способности действовать без помощи извне.

На сегодняшний день необходимость в квалифицированных медицинских кадрах остро стоит во всех регионах Российской Федерации. Широкое применение в решении данного вопроса нашло внедрение целевого направления. Данный вид деятельности регламентируется статьей 56 пункт 4.1 закона образования о целевом

направлении. Поэтому министерство здравоохранения Российской Федерации уделяет пристальное внимание развитию наставничества, как инструменту адаптации работников в медицинской организации. Прошедший 2024 год был официально объявлен годом наставничества, ведь оно является одной из наиболее эффективных практик.

Главная концепция наставничества ориентирована на то, чтобы в предельно короткие сроки молодой специалист включился в действующий ход событий трудовой деятельности, ориентировался в новейшей ситуации, приобрел нужный положительный навык с целью высококачественного исполнения собственных профессиональных обязанностей. В ходе начала трудовой деятельности юному профессионалу весьма значима помощь рабочего коллектива, так как вступление в него связано с психологическим напряжением. Новый коллектив для медсестры – это среда незнакомых людей с присущими им привычками, наклонностями и эмоциями, действующих по незнакомым моделям поведения. Новая медсестра независимо от того молодой специалист или опытный сотрудник, пришедший из другой организации сталкивается с новой для себя культурой, с незнакомыми правилами и условиями. У медсестры неизбежно возникают сложности при освоении новой специальности или с адаптацией на нового рабочего места. В данных обстоятельствах необходима помощь наставника. Наставник должен обучить профессиональным навыкам и помочь в овладении знаний и умений на основании личного примера.

В Рязанской области эта практика широко внедряется в системе здравоохранения, в том числе и в ГБУ РО «Областной клинический кардиологический диспансер».

ГБУ РО «ОККД» является экспертным медицинским учреждением Рязанского региона в области кардиологии. На базе нашего диспансера проходят практику студенты медицинского колледжа и медицинского университета, которые проходят обучение в том числе и по договорам о целевой подготовке. В связи с этим система наставничества играет важную роль при адаптации и профессиональной социализации молодых специалистов.

Существующая в ГБУ РО «ОККД» система наставничества регламентирована Положением, утвержденным приказом главного врача диспансера.

Существующий в диспансере Совет сестер, состоящий из опытейших высококвалифицированных старших медицинских сестер

под руководством главной медицинской сестры Чугуновой О.И., утверждает состав наставников, разрабатывает и утверждается индивидуальный план наставничества. Работа совета и наставников регулируется постановлением о наставничестве в медицинской организации, утвержденном главным врачом.

Для студентов, будущих молодых специалистов, проходящих практику в стенах кардиодиспансера, созданы максимально комфортные условия. Наставники вовлекаются в работу с обучающимися, начиная уже непосредственно с производственной практики. Студенты не остаются наедине со своими проблемами. Опытные наставники помогают, учат, поддерживают их в трудную минуту. Благодаря внедрению целевого направления студенты медицинского колледжа еще на стадии обучения (на практике) проходят подготовку под конкретное место работы. Ведь проходя практику на местах, где они будут работать, молодые специалисты обучаются необходимым навыкам и знакомятся с коллективом, что значительно уменьшает время адаптации и профессиональной социализации на рабочем месте с момента выхода на работу.

Ежегодно в кардиодиспансер приходят молодые специалисты – выпускники медицинского колледжа. Для них подбираются наставники из числа наиболее квалифицированных, пользующихся авторитетом и уважением в коллективе медицинских сестёр, по одному на каждого наставляемого или группу наставляемых, со стажем работы в диспансере не менее 10 лет. Старшая медицинская сестра отделения проводит инструктаж наставника и молодого специалиста, создает необходимые условия для совместной работы молодого специалиста с закрепленным за ним наставником, осуществляет систематический контроль за ходом непрерывного профессионального обучения. Наставники проводят регулярные занятия, в ходе которых рассматриваются те или иные аспекты работы, и помогают подопечным в решении любых профессиональных проблем. Для молодых специалистов разработана анкета адаптации в коллективе, помогающая выявить проблемные точки, найти пути решения проблем. При поддержке наставника и грамотном подходе раскрываются коммуникативные навыки молодых специалистов.

Но польза наставничества имеется не только для нового сотрудника или студента, но и для самого наставника. Ведь обучая других, он получает признание заслуг и статуса в коллективе, завоевывают репутацию профессионала своего дела, получают возможность, увидеть новые пути решения типичных ежедневных задач, систематизи-

руют имеющийся профессиональный опыт, развивает собственные навыки организации своей работы.

В диспансере молодые специалисты проходят не только профессиональную подготовку, но и активно вовлекаются в общественную жизнь учреждения. Участвуют в спортивных мероприятиях, защищая честь нашего медицинского учреждения, посещают субботники, проходящие на территории диспансера, принимают активное участие в конференциях для медицинских сестер, проходящих ежемесячно.

Для молодых специалистов организуется торжественное мероприятие «Посвящение в профессию», где выступают с напутственным словом наставники, молодые специалисты получают необходимые в работе памятные подарки.

В кардиодиспансере ведется работа не только со студентами, молодыми специалистами, но и с учениками близлежащих школ №33 и №34, ведь немаловажным фактором для выбора профессии является близкое расположение работы от дома. Проводятся профориентационные мероприятия, школьники приглашаются в кардиодиспансер, где им рассказывают об истории медицинской организации, проводится экскурсия по отделениям, показывается современная аппаратура и оснащение. А наиболее заинтересованным ученикам демонстрируются медицинские манипуляции. Такие встречи положительно влияют на выбор будущей профессии.

Хочется сказать, что благодаря такому подходу, уже несколько лет подряд в диспансере выдаются целевые направления на обучение в Рязанский медицинский колледж. А несколько выпускников школ, участников наших встреч, получивших аттестат с отличием, имеют на сегодня целевые направления от нашего диспансера и сейчас также успешно обучаются на специальности 34.02.01 Сестринское дело. Уже в этом году мы ждём, что они пополнят наши ряды.

Благодаря сложившейся системе наставничества, отток кадров почти прекратился, из кардиодиспансера не ушел ни один молодой специалист. Молодежи у нас комфортно работать. Выпускники медицинского колледжа приходят к нам и принимают решение связать с нашим диспансером свое будущее, а это значит, что накопленный старшим поколением опыт не будет растерян, что хорошие традиции будут жить, способствуя формированию здорового коллектива, способного эффективно работать на благо медучреждения и его пациентов.

Говорить о наставничестве можно бесконечно, ведь все мы в какой-то степени являемся и наставниками и наставляемыми, так как с внедрением новых технологий и способов лечения, мы снова проходим все ступени адаптации, обучаясь у специалистов, уже работающих в данной сфере.

РАЗРАБОТКА И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМ ЦИФРОВИЗАЦИИ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Качалаба Ольга Юрьевна
ГБПОУ «Пермский базовый медицинский колледж»,
г. Пермь, Россия

В последние десятилетия мир стал свидетелем стремительно-го развития информационных технологий, которые охватывают все сферы человеческой деятельности, включая здравоохранение. В условиях быстрого роста населения, системы здравоохранения сталкиваются с множеством вызовов, таких как увеличение заболеваемости, нехватка медицинских кадров и необходимость повышения качества медицинских услуг. В этой ситуации разработка и совершенствование систем цифровизации в сфере охраны здоровья становятся особенно актуальными. Актуальность данной статьи обусловлена тем, что внедрение современных информационных систем в здравоохранение может значительно улучшить качество медицинских услуг, повысить доступность медицинской информации и снизить вероятность врачебных ошибок. В условиях пандемии COVID-19, например, телемедицина и электронные медицинские карты стали неотъемлемой частью системы здравоохранения, позволяя врачам и пациентам взаимодействовать на расстоянии, что особенно важно в условиях ограничений на передвижение и социального дистанцирования. Таким образом, цифровизация не только отвечает на вызовы времени, но и открывает новые горизонты для развития телемедицины.

Актуальность цифровизации в здравоохранении.

Цифровизация здравоохранения в современном мире становится исключительно важным направлением, призванным улучшить доступ к медицинским услугам и повысить их качество. Этот процесс охватывает различные аспекты, начиная от внедрения телеме-

дицинских технологий и заканчивая наличием электронных медицинских карт, что, в свою очередь, в значительной степени упрощает доступ пациентов к необходимой информации и услугам. В условиях стремительного технологического прогресса, цифровизация не только облегчает взаимодействие между медицинскими работниками и пациентами, но и способствует более рациональному распределению ресурсов в области здравоохранения. Одним из главных достижений в области цифровизации является развитие телемедицины, предлагающей пациентам возможность получать консультации, не выходя из дома. Этот аспект особенно актуален для жителей удаленных или сельских районов, где доступ к квалифицированной медицинской помощи может быть затруднен. Внедрение электронного документооборота, автоматизация процессов, таких как запись к врачу и получение электронных рецептов, уже показали свою эффективность, а также позволили снизить нагрузки на медицинский персонал. Это именно тот аспект, который стал особенно актуален в условиях глобальной пандемии COVID-19, когда потребность в дистанционных решениях возросла многократно.

Текущие технологии цифровизации.

Современные технологии цифровизации в здравоохранении продолжают трансформировать систему предоставления медицинских услуг, делая ее более доступной и эффективной. Наиболее распространенными решениями стали телемедицина, электронные медицинские записи, мобильные приложения и искусственный интеллект. Телемедицина, например, позволяет пациентам получать консультации врачей на расстоянии, что особенно актуально в условиях ограниченного доступа к медицинскому обслуживанию, таких как удаленные районы или во время пандемий. Электронные медицинские записи служат основой для цифровизации медицинских услуг. Они обеспечивают возможность хранения и быстрого доступа к данным пациентов, что улучшает качество медицинского обслуживания и снижает риск ошибок при диагностике и назначении лечения. Мобильные приложения также становятся важным инструментом в руках пациентов. С их помощью люди могут следить за своим здоровьем, записываться на прием к врачу и получать напоминания о предстоящих визитах или приемах лекарств. Эти решения активно внедряются в повседневную практику и позволяют повысить уровень взаимодействия между пациентами и медицинскими учреждениями. Искусственный интеллект (ИИ) представляет со-

бой следующий шаг в развитии цифровизации здравоохранения. ИИ способен обрабатывать большие объемы медицинской информации и предлагать диагностические решения, основываясь на исторических данных. Важным событием для цифровизации здравоохранения в России стало создание единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ). Однако несмотря на позитивные изменения, существуют и риски, связанные с цифровизацией. Не все медицинские учреждения имеют доступ к необходимой инфраструктуре и современным технологиям, что ограничивает возможности внедрения инноваций в условиях неразвивающихся регионов. В некоторых случаях недостаток высококвалифицированных специалистов также привносит свои сложности при обучении медицинского персонала новым системам и технологиям. Для решения данных проблем необходимо разработать практические стратегии и программы, которые обеспечат не только техническую, но и организационную поддержку внедрения цифровых технологий в медицинские учреждения.

Преимущества информационных систем для медицинских учреждений.

Информационные системы, внедренные в медицинские учреждения, предоставляют ряд существенных преимуществ, которые комплексно улучшают качество обслуживания пациентов и эффективность управления процессами.

Значительное уменьшение расходов на ведение бумажной документации и административные затраты становится одним из основных экономических факторов. Сокращение бумаг не только снижает затраты, но и минимизирует вероятность ошибок, связанных с ручным вводом данных. Быстрая передача информации между различными подразделениями учреждения способствует более высокому уровню координации действий медицинского персонала. Создание цифрового архива помогает не только в хранении медицинских историй пациентов, но и в проведении их быстрого анализа. Это особенно важно в условиях высоких требований к качеству обслуживания и снижения рисков, связанных с потерей данных. Чаще всего электронные истории болезни используются для улучшения коммуникации между врачами, что позволяет избежать путаницы и ошибок в ведении медицинских записей. По мере интеграции новых технологий, таких как телемедицина и искусственный интеллект, появляются новые возможности для диагностики и лечения. Эти техноло-

гии помогают снизить нагрузку на медицинский персонал, освободив время для работы с пациентами, а не на рутинные задачи, связанные с документооборотом. Все это создает систему, в которой фокус остается на качестве медицинских услуг и удовлетворенности пациента. Информационные системы также обеспечивают безопасную и контролируемую среду для хранения данных и минимизируют риски, связанные с кибератаками и утечками персональной информации. Значительной мерой безопасности следует считать совместимость этих систем с международными стандартами защиты данных, что также создает доверие у пациентов и повышает уровень их удовлетворенности. Создание единой системы базы данных для медицинского учреждения упрощает процесс управления, позволяет выявлять тенденции и проводить исследования на основе собранной информации. Это способствует не только улучшению внутренней организации, но и повышает соответствие внешним требованиям. Надежная система интеграции различных рабочих мест формирует единое информационное пространство, что обеспечивает систематизацию процессов и предотвращает дублирование информации. Интеграция информационных систем в медицинскую практику имеет решение многих существующих векторных проблем, и ее преимущества становятся все более очевидными. Внедрение эффективных информационных технологий активно меняет облик здравоохранения и открывает новые горизонты для современной медицины, улучшая не только работу учреждений, но и опыт каждого отдельного пациента.

Перспективы развития цифровизации медицины.

Цифровизация медицины постепенно трансформирует как процесс оказания медицинских услуг, так и само представление об охране здоровья. Применение современных информационных технологий значительно увеличивает доступность и качество медицинской помощи, позволяя обеспечивать услуги пациентам в кратчайшие сроки и с минимальными затратами. Для России это особенно актуально, так как она сталкивается с необходимостью улучшения своей системы здравоохранения, не увеличивая при этом расходы государства. Основной аспект, который будет влиять на эффективное внедрение цифровизации, - это активное участие государства в этом процессе. Ожидается создание единой государственной информационной системы, которая обеспечит интеграцию всех медицинских учреждений и их взаимодействие. Таким образом, централи-

зованный подход позволит избежать дублирования данных и повысит уровень обслуживания. Важнейшим этапом в этой области становится разработка стратегии по цифровой трансформации, уделяющей пристальное внимание как предоставлению медицинских услуг, так и безопасности личных данных граждан. Одним из ключевых направлений цифровизации считается персонализация медицинских услуг. Цифровизация также открывает перед медицинскими учреждениями множество экономических возможностей. Повышение эффективности работы на основе цифровых решений может снизить издержки как для врачей, так и для пациентов. Упрощение администрирования, автоматизация процессов снижают нагрузку на медицинских сотрудников, позволяя им сосредоточиться на более важных аспектах ухода за пациентами. Таким образом, перспективы развития цифровизации в медицине выглядят многообещающими. Оптимистичные прогнозы указывают на то, что к 2050 году можно ожидать преобразования системы здравоохранения, основанного на современных технологиях и индивидуальном подходе к каждому пациенту. Эта работа требует комплексного подхода и взаимодействия всех заинтересованных сторон, включая государство, медицинские учреждения и научные сообщества.

Роль государства в цифровизации охраны здоровья.

Государственная политика в сфере цифровизации здравоохранения становится важным фактором, определяющим направление развития медицинских технологий и услуг. Российская Федерация активно формулирует стратегические документы, которые включают инициативы по цифровой трансформации системы здравоохранения. Упор делается на создание и внедрение новых технологий, что, в свою очередь, способствует доступности медицинских услуг для населения и улучшает качество обслуживания пациентов. Внедрение таких электронных средств, как электронный документооборот и телемедицина, изменяет взаимодействие между пациентами и медицинскими работниками. Государство выступает инициатором проектов, затрагивающих все уровни власти - от федерального до муниципального. Гибкое стратегическое планирование и активная работа государства в этой области способны создать благоприятные условия для успешной реализации всех поставленных задач цифровизации в здравоохранении.

Заключение.

Цифровая модернизация в сфере охраны здоровья представляет собой один из наиболее значимых и актуальных трендов современности, который не только меняет подходы к организации медицинской помощи, но и формирует новые стандарты качества обслуживания пациентов. Актуальность цифровизации в здравоохранении обусловлена не только стремительным развитием технологий, но и необходимостью повышения эффективности работы медицинских учреждений. Внедрение современных информационных систем, таких как электронные медицинские карты, позволяет значительно упростить доступ к медицинской информации, сократить время на оформление документов и снизить вероятность врачебных ошибок. Это, в свою очередь, способствует улучшению качества медицинских услуг и повышению уровня удовлетворенности пациентов. Текущие технологии цифровизации, такие как телемедицина, мобильные приложения для мониторинга состояния здоровья и системы управления медицинскими данными, открывают новые горизонты для взаимодействия между пациентами и медицинскими работниками. Телемедицина, в частности, позволяет осуществлять консультации и диагностику на расстоянии, что особенно актуально для жителей удаленных и сельских районов, где доступ к медицинским услугам может быть ограничен. Это не только улучшает доступность медицинской помощи, но и способствует более раннему выявлению заболеваний, что в конечном итоге может привести к снижению заболеваемости и смертности. Роль государства в цифровизации охраны здоровья также нельзя недооценивать. В итоге, успешная цифровизация медицины может стать основой для создания более эффективной, доступной и безопасной системы охраны здоровья, что, безусловно, является важной задачей для всего общества.

Литература:

1. Заболотная Н.В., Гатилова И.Н., Заболотный А.Т. Цифровизация здравоохранения: достижения и перспективы развития // Экономика. Информатика. 2020.
2. Инновации в медицине: внедрение новых технологий... | SberMed AI [Электронный ресурс] // sbermed.ai
3. Информационные технологии в медицине – IT цифровизация... [Электронный ресурс] // n3health.ru - Режим доступа: <https://n3health.ru/informacionnye-tekhnologii-v-medicine>, свободный.

4. Научно-исследовательская работа: «Цифровизация медицины...» [Электронный ресурс] // infourok.

5. Цифровая трансформация государственной системы... [Электронный ресурс] // www.digitallawjournal.org

6. Цифровизация здравоохранения и телемедицинские технологии... [Электронный ресурс] // arpi.ru

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ЦЕНТРАЛЬНОГО СТЕРИЛИЗАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Рыжонина Татьяна Владимировна, Кликунова Татьяна Викторовна
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко», г. Пенза, Россия

Перинатальный центр ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» – это современное учреждение родовспоможения, оказывающее все виды высокотехнологичной специализированной квалифицированной медицинской помощи.

Первый малыш появился на свет в новом перинатальном центре 23 ноября 2018 года.

Перинатальный центр состоит из 18 отделений, оснащен современным лечебным и диагностическим оборудованием, реанимационной аппаратурой, что позволяет оказывать медицинскую помощь матери и новорожденному на высоком, качественном уровне и ориентирован на совместное пребывание матери и ребёнка.

В настоящее время центр располагает коечным фондом, позволяющим осуществлять лечение 189 беременных женщин, рожениц, родильниц, или новорожденных детей, из них 100 коек акушерского физиологического отделения совместного пребывания матери и ребенка, 30 коек патологии беременности, 30 коек отделения патологии новорожденных, 9 коек сестринского ухода и 20 коек гинекологии малых сроков беременности.

В ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница» создано в централизованное стерилизационное отделение (далее – ЦСО), что позволило оснастить весь медико-технологический процесс стерилизации высокотехнологичным оборудованием и добиться предупреждения ИСМП с парентеральным механизмом передачи в нашей медицинской организации.

Отделение ЦСО перинатального центра несет основную ответственность за профилактику ИСМП в родовспомогательном учреждении. Именно поэтому в нашей медицинской организации внедрены в практику работы ЦСО инновационные подходы.

Стерилизация изделий медицинского назначения в медицинской организации – сложный многоступенчатый процесс, состоящий из нескольких этапов, каждый из которых определяет качество стерилизации:

- предварительная дезинфекция и обработка изделий на местах использования (в процедурных, операционных, перевязочных и пр.);
- предстерилизационная очистка изделий;
- стерилизационная упаковка;
- стерилизация;
- хранение и транспортировка к местам использования стерильных изделий.

Централизованная форма организации стерилизации имеет целый ряд преимуществ:

- возможность оснастить стерилизационный процесс дорогостоящим автоматизированным оборудованием с программным управлением;
- экономия энергозатрат;
- возможность освободить медицинский персонал отделений от трудоемкого непроизводительного труда при ручной обработке изделий, переориентировав его на улучшение обслуживания больных без расширения штатного расписания;
- возможность организации действенного производственного контроля на всех этапах медико-технологического процесса стерилизации изделий;
- предупреждение внутрибольничных заражений медицинского персонала;
- возможность привлечь к осуществлению стерилизационных мероприятий в медицинской организации квалифицированных медицинских работников, прошедших учебу и специальную подготовку в области стерилизации изделий медицинского назначения.

Требования к помещениям и оборудованию ЦСО

Для обеспечения обособленного движения медицинских изделий в Перинатальном центре создано разделение потоков путем применением технологического оборудования, шлюзами, санпропускниками, выделение лифтов для транспортировки материала. Выделены

зоны «Грязная зона», «Чистая зона», «Стерильная зона». Каждая из зон имеет свой набор помещений и оборудования.

1. Грязная зона

Экспедиция. Помещение используется для приема, учета, сортировки, выбраковки, дезинфекции и обработки грязных изделий.

Все изделия, поступающие на обработку в ЦСО, подвергаются дезинфекции. Дезинфекция производится термическим методом, который большую надежность и скорость, а также экологическую и инфекционную безопасность для персонала.

Для обработки грязных изделий используем следующее оборудование:

- моечная металлическая ванна со смесителем и водяными pistolетами для промывки канюлированных изделий;
- рабочие столы с покрытием из шлифованной нержавеющей стали (примерный размер 2000 ´ 700 ´ 700 мм);
- легкие металлические внутриотделенческие тележки для перевозки сеток или корзин с инструментами из экспедиции в моечную.

Водоподготовка. Выделено помещение предназначенное для глубокой очистки воды, используемой для парогенераторов стерилизаторов, моечных машин. В ЦСО Перинатального центра используется система водоподготовки Российского производства. В ней производится многоступенчатая холодная очистка воды: 1-я ступень – фильтр грубой очистки и умягчитель, 2-я ступень – микрофильтрация, 3-я ступень – обратный осмос.

Моечная. Помещение предназначено для проведения предстерилизационной очистки изделий. В нем размещается следующее оборудование:

- Две ультразвуковые мойки с вытяжными шкафом – для обработки хирургических инструментов из металлов, не имеющих замкнутых полостей, каналов;
- моечная металлическая ванна;
- рабочие столы;
- две моечно-дезинфекционные машины проходного типа ДГМ ЕС-250, встраиваемые в стену, отделяющую грязную зону от чистой.

Для передачи отмытых инструментов из грязной зоны, а именно от ультразвуковой мойки в чистую зону, необходимо оборудовать передаточное окно со шлюзом.

Моечно-дезинфекционные машины используются для предстерилизационной очистки, дезинфекции и сушки полых медицинских изделий: катетеров, трубок, микропипеток; главным полезным свой-

ством установок является возможность обработки и обеззараживания элементов дыхательных контуров наркозно-дыхательной аппаратуры и лапароскопов.

Для увеличения пропускной способности автоматов изделия досушиваются в сушильном шкафу ШСС 80.

2. Чистая зона

В чистой зоне производится сушка, контроль качества очистки, разбор, сортировка, составление наборов, упаковка и подготовка к стерилизации изделий. Зона оборудована:

Сушильным шкафом – который оборудован бактериальными фильтрами, автоматикой, оснасткой для сушки различных типов изделий: инструментов, лотков, дыхательных мешков и дыхательных контуров, с двумя режимами сушки – при 70 и 90 °С и таймером.

Рабочими столами из нержавеющей стали, с поверхностью, отшлифованной до матово-шелковистого цвета, оборудованы полками для размещения стерилизационных пакетов. Рабочее место медицинской сестры за упаковочным столом оснащено местным светильником и винтовым стулом на роликах для возможности передвижения между рабочими местами не вставая со стула.

Металлический стеллаж для корзин с готовыми для стерилизации упаковками изделий.

Оборудование для упаковочного процесса – настольная термозапаивающая машинка для герметизации ламинантно-бумажных пакетов, держатель и размотчик липкой индикаторной ленты.

Стойка для подсушки дренажей. В качестве вспомогательного оборудования для упаковочного процесса используются легкие транспортные тележки с полками, металлические стойки для больших листов крепированной бумаги для упаковки операционных и других инструментальных наборов.

После проведения предстерилизационной очистки проводится контроль ее качества, исследуется 1% из представленных для стерилизации операционных инструментов от 1%, но не менее 3 шт. Положительных проб за время работы ЦСО перинатального центра не было.

Необходимо отметить, что все инструменты, подвергшиеся проверке повторно обрабатываются с использованием ультразвуковых установок.

После проведения предстерилизационной обработки собираются наборы инструментов согласно перечню, составленному отделениями. У нас ведутся журналы состава данных наборов. Согласно

этому же перечню инструменты закладываются в сетки в определенном порядке.

После этого сетка с инструментами заворачивается в двойной слой крепированной бумаги и крепится липкой лентой. Таким образом, липкая индикаторная лента выполняет сразу две функции: фиксации упаковок и индикации стерилизации.

Автомат для изготовления пакетов из рулонных ламинатно-бумажных материалов. Устройство работает полностью в автоматическом режиме по программе, задаваемой медицинской сестрой, изготавливает пакеты любых типов и размеров. Эта технология позволяет экономить трудозатраты в ЦСО – нет необходимости вводить в штат упаковщиц.

Отдельно формируются укладки для пеленок стерилизации пеленок для новорожденных. Поступают в ЦСО и пакуются в крепированную бумагу.

Упаковочные материалы для стерилизации соответствуют государственному стандарту ГОСТ Р ИСО 11607-2003 “Упаковка для медицинских изделий, подлежащих финишной стерилизации. Общие требования”. Основные из них следующие:

- упаковка не должна препятствовать проникновению стерилизуемого агента (пара или газа) к стерилизуемому изделию;
- упаковка должна долго и надежно сохранять стерильность;
- индивидуальные упаковки инструментов должны быть прозрачными, чтобы обеспечить возможность визуального контроля за состоянием простерилизованного изделия, что особо важно при работе с urgentными больными;
- упаковочный материал не должен оказывать негативного воздействия на стерилизуемые изделия;
- при вскрытии упаковки не должны выделяться пыль и волокна упаковочного материала;
- плотность бумаги, входящей в состав упаковки, должна быть в пределах 60 г/см (бумага должна быть устойчивой к влаге, отбрасывать капли конденсата, попавшие на поверхность упаковки);
- герметически закрытые пакеты должны выдерживать вакуумирование.

Фирма-поставщик предоставляет документ о соответствии своей продукции этим требованиям, утвержденный органами здравоохранения.

3. Стерильная зона

В стерильной зоне используется следующее оборудование:

- столы рабочие из шлифованной нержавеющей стали;
- стеллажи из нержавеющей стали;
- бактерицидные рециркуляторы типа «Дезар»;
- легкие металлические внутриотделенческие тележки.

В стене между чистой и стерильной зонами установлены 3 стерилизатора паровых с автоматическим управлением проходного типа (PHS-400).

Методы стерилизации. ЦСО перинатального центра обеспечивает стерилизацию медицинских изделий всех видов и материалов – как термоустойчивых, так и термолабильных. В связи с этим вся стерилизация подразделяется на термическую и холодную.

1. Термическая стерилизация

В ЦСО перинатального центра используется паровая стерилизация, которая является самым надежным и самым быстрым методом термической стерилизации. Одним из главных критериев качества является полнота удаления воздуха из стерилизационной камеры и из каналов, полостей и пор изделий, т. к. воздух препятствует быстрому нагреву стерилизуемых изделий. В наших стерилизаторах используется форвакуумный метод откачки. Они имеют:

- автоматику с блокировкой от ошибок исполнения критических параметров стерилизации: температуры, глубины вакуума, давления пара, экспозиции, оперативного удаления конденсата из паровой камеры во время цикла стерилизации;
- режимы проверки качества работы стерилизатора: вакуум-теста на герметичность камеры и Бови-Дик теста на качество удаления воздуха из камеры;
- механизированную загрузки-выгрузку стерилизуемых материалов и изделий;
- автоматическое закрывание дверей камеры;
- возможность соединения стерилизатора с локальной компьютерной сетью;
- возможность автоматического фиксирования и распечатки на принтере цикла стерилизации;
- возможность вывода на дисплей панели стерилизатора и фиксации кода ошибок, возникших во время цикла стерилизации, и распечатки их на принтере;
- возможность валидирования процесса стерилизации.

Наличие автоматической регистрации цикла стерилизации и ошибок имеет большое значение не только для персонала ЦСО и администрации больницы. Полученные этим способом данные являются юридическим документом, необходимым при разборе случаев внутрибольничного инфицирования с участием страховых компаний. В журнале регистрации стерилизации мы указываем, вместе с датой и номером цикла, номер стерилизатора, а также перечень стерилизуемых в конкретном цикле изделий.

Для проведения контроля стерилизации внутрь стерилизующей камеры закладывается не менее 11 штук химических индикаторов, которые при правильной работе меняют цвет согласно стандарта работы индикатора. Результаты контроля фиксируются в журнале.

2. Холодная стерилизация

Термолабильные изделия, не выдерживающие термическую стерилизацию, составляют до 30% от всех стерилизуемых изделий. Их стерилизация представляет серьезную проблему. С развитием новых медицинских технологий появилась группа сложных, дорогостоящих изделий (эндоскопическое оборудование, лапароскопы, инструменты для микрохирургии, нейрохирургии, кардиохирургии и т. д.), для которых метод стерилизации химическими растворами не подходит, т. к. может нанести ущерб, и не обеспечивает гарантированного качества. В целях уменьшения риска послеоперационных осложнений большие надежды возлагаются на новые технологии хирургических операций (например, малоинвазивную хирургию), но развитие данных технологий невозможно без решения проблемы эффективности обработки и стерилизации инструментов и аппаратуры.

Наиболее эффективным способом холодной стерилизации является стерилизация газами в специальных газовых стерилизаторах, работающих в автоматическом режиме. В ЦСО перинатального центра используется стерилизатор плазменный низкотемпературный ДГМ 3-150, в котором используется этиленоксидный метод газовой стерилизации, обладающей сильным бактерицидным свойством и из-за современной конструкции эксплуатация его абсолютно безопасна для медицинского персонала.

Для контроля качества стерилизации в камеру закладывается 15 индикаторов, используется специальный упаковочный материал и ведется отдельный журнал учета работы.

Ежемесячная нагрузка центрального стерилизационного отделения перинатального центра за 2024 год (Таблица 1).

Таблица 1

Ежемесячная нагрузка ЦСО ПЦ за 2024 год

№ п\п	Наименование оборудования	Количество
1	Машина дезинфекционно – моечная	1231
2	Стерилизатор паровой с автоматическим управлением	5143
3	Стерилизатор плазменный низкотемпературный	366

Простерилизовано и обработано в центральном стерилизационном отделении перинатального центра за 2024 год (Таблица 2).

Таблица 2

Количество простерилизованных единиц за 2024 год

№ п\п	Наименование оборудования	Количество
1	Инструментов	579 985
2	Термоупаковок	140 624
3	Инструментарий в плазменном стерилизаторе	3 841

Санитарно-эпидемиологический режим в ЦСО.

При хранении и транспортировке стерильных изделий соблюдается санитарно-эпидемиологический режим и защита наружной поверхности упаковок от микробно-пылевой контаминации. При вскрытии упаковки пылевые и микробные частицы могут попасть на стерильный инструмент, который при контакте с раневой или слизистой поверхностями может вызвать инфекционное заражение. Забота о защите упаковок от контаминации начинается с момента выгрузки стерильных упаковок из камеры стерилизатора.

Санитарно-эпидемиологический режим включает в себя планировку помещений, облицовку стен и пола. В чистой и стерильной зонах стены должны выложены керамической плиткой до потолка, в грязной зоне – на высоту не менее 1,5 м, остальная часть окрашена масляной краской. Полы во всех зонах, выложены керамической плиткой.

Связь между зонами осуществляется через шлюзы с бактерицидными барьерами. Проход в чистую и стерильную зоны – через санитарный пропускник, оборудован душем, рукомойником, шкафчиками для переодевания. При переходе в стерильную зону медицинский персонал принимает душ, обрабатывает руки дезинфицирующим раствором, переодевается в стерильную одежду: халат, ша-

почку, бахилы, маску, рукавицы. Комплект одежды для стерильной зоны готовится заранее, белье упаковывается в обычную стерилизационную герметическую упаковку с индикатором стерилизации. Этот комплект, включая простыни для накрывания извлекаемых из стерилизатора тележек со стерильными изделиями, проходит стерилизацию с последней закладкой медицинских изделий. Стерильные простыни хранятся на полке стеллажа в стерильной зоне, комплект белья – в шкафу в санитарном пропускнике. Таким образом, к началу работы в стерильной зоне всегда готов комплект стерильного белья. Учитывая сроки сохранения стерильности, заготавливается несколько комплектов (например, недельный запас), которые хранятся в стерильной зоне.

Уборка в стерильной зоне проводится 2 раза в день: утром – перед работой и вечером – в конце рабочего дня. Один раз в неделю проводится генеральная уборка с обработкой стен, пола и оборудования. После уборки помещение обрабатывается бактерицидными облучателями.

Поступающий из вентиляции в стерильную зону воздух очищается бактериальными фильтрами и создает более высокое давление в стерильной зоне, чем в других зонах. Кроме этого, здесь постоянно, в течение всего рабочего дня, работают бактерицидные рециркуляторы типа «Дезаров».

В стерильной зоне, как и в других зонах ЦСО, выделены специальные санитарные комнаты для хранения и обработки уборочного инвентаря, уборочные тележки, промаркированные особыми образом. Санитарная комната оснащена оборудованием и средствами очистки уборочного инвентаря и рук персонала: стиральной машиной, рукомойником и спенсером с дезинфицирующими растворами, шкафом для хранения моющих и дезинфицирующих средств, сушилкой. В санитарной комнате стерильной зоны выстиранная и высушенная ветошь закладывается в использованный стерилизационный пакет с индикатором и датой стерилизации, дальше проводится стерилизация. Упаковки со стерильной ветошью хранятся на полках в стерильной зоне.

Хранение и транспортировка стерильных изделий.

Остывшие стерильные упаковки с изделиями разбираются на столах, сортируются, и из них собираются наборы для отделений перинатального центра. Особое внимание при этом уделяется защите внешней поверхности упаковок от пылемикробного контаминирования.

В перинатальном центре используются транспортные тележки. Для каждого отделения выделяется своя тележка. Упаковки с изделиями для стерилизации располагаются в специальных транспортных корзинах, изготовленных из нержавеющей стали, в вертикальном положении, по правилу касания упаковок друг с другом: “пленка к пленке”, “бумага к бумаге”. Корзины вставляются на полки тележки, которая покрывается накидкой.

Сформированные тележки размещаются в экспедиционной комнате «Чистой зоны», откуда сестринский персонал отделений забирает свои тележки и по чистому потоку коридора движутся к чистому лифту (№6), и доставляются в отделения.

Таким образом, отработанная и действующая система хранения и транспортировки стерильных изделий позволяет донести до больного стерильный инструмент.

После освобождения контейнеров, транспортных тележек, корзин и пр. от грязных материалов, прежде чем завозить их в предстерильную зону для укладки новых упаковок, производится их чистка. Для обработки транспортных средств между грязной и предстерильной зонами выделено отдельное помещение. Мойка транспортных средств ЦСО оборудована специальной моечной машиной с pistolетом.

Учет стерилизуемых изделий, составление отчета о работе ЦСО.

Для каждого отделения больницы сформированы перечень упаковок и их состав. В ЦСО ведется журнал учета стерилизации, который заполняется после каждой рабочей смены.

Формируются ежемесячные, квартальные и годовые отчеты по работе в ЦСО.

Организация работы медицинского персонала, кадровая политика и профессиональная подготовка персонала ЦСО

Штат ЦСО перинатального центра укомплектован 2 медицинскими сестрами и 2 санитарками.

Медицинская сестра несет ответственность за качество очистки, упаковки и комплектации наборов для отделений, на участке стерилизации – за правильность эксплуатации оборудования и качество стерилизации.

Персонал ЦСО имеет хорошую теоретическую подготовку и практический навык использования современных средств и методов стерилизации изделий медицинского назначения, для чего

проходит регулярную учебу и повышение квалификации по теме «Медицинская сестра в центральном стерилизационном отделении».

Все сестры имеют сертификат специалиста и высшую квалификационную категорию по специальности «Сестринское дело».

Отделение ЦСО выделено в отдельное отделение общепольничного персонала с подчинением заместителю главного врача по работе с сестринским персоналом.

В условиях реализации современной государственной социальной политики,

Таким образом, опыт функционирования крупного межбольничного ЦСО, оснащенного дорогостоящим высокотехнологичным оборудованием, доказал целесообразность такой организации как в эпидемиологическом, так и в экономическом плане.

Комплекс мероприятий, разработанных и внедренных в практическую деятельность нашей МО позволил снизить ИСМП в перинатальном центре и обеспечить высокое качество оказания медицинской помощи в родовспомогательном учреждении.

Литература:

1. СанПиН 3.3686-21 “Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней” (с изменениями на 25 мая 2022 года): УТВЕРЖДЕНЫ Постановлением Главного Государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 №4

2. П. Н. Дерябин. ДЕЗИНФЕКЦИЯ, СТЕРИЛИЗАЦИЯ, АНТИСЕПТИКА. Значение для медицины - <https://present5.com/dezinfekciya-sterilizaciya-antiseptika-znachenie-dlya-mediciny-lekciya-p/>

3. РУЛ «Институт экспериментальной ветеринарии им. С.Н. Вышелесского» А.Э. Высоцкий, А.А. Богуш, А.П. Лысенко, И.И. Румачик, И.В. Фомченко, С.А. Иванов, М.И. Черник, С.А. Шуринова, Л.П. Адамович, М.А. Ананчиков. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА ДЕЗИНФЕКЦИИ И САНИТАРНОЙ ОБРАБОТКИ ОБЪЕКТОВ, ПОДЛЕЖАЩИХ ВЕТЕРИНАРНО-САНИТАРНОМУ НАДЗОРУ- Минск, 2007 – 16 с.

4. Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 “Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней” (с изменениями на 25 мая 2022 года) 4111 пункт

ОСНОВЫ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ В ОТДЕЛЕНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Комолова Валентина Петровна, Семенова Светлана Германовна
ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Пенза, Россия

*«...Правильный, гигиенический уход всегда имеет
несомненное положительное влияние
на продолжительность и течение болезни»
(Ф.Найтингейл «Записки об уходе»).*

Паллиативная помощь – подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов (детей и взрослых) и их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с неизлечимым заболеванием, путём предотвращения и облегчения страданий за счёт раннего выявления, тщательной оценки и лечения боли и других физических симптомов, а также оказания психосоциальной и духовной поддержки[1].

Термин «паллиативный» происходит от паллиатив - неисчерпывающее, временное решение, полумера, закрывающее как «плащ» саму проблему – что отражает принцип паллиативной помощи: создание защиты от тягостных проявлений болезни, но не лечение самой болезни.

Основными направлениями ухода в паллиативной помощи являются:

- гигиена и уход за малоподвижным пациентом,
- безопасное перемещение,
- развитие коммуникаций.

Для проведения гигиенических процедур у лежачих больных в отделении используются удобные каталки и кресла для принятия душа. Для бережного мытья кожи используются жидкое мыло, мягкие салфетки, пропитанные моющим средством и специальные перчатки одноразового применения.

Одним из главных критериев качественного ухода за лежачими больными является отсутствие характерного запаха в отделении.

Для ежедневного очищения кожи пациентов используются современные профессиональные средства по уходу: моющие и защитные кремы и пенки, бальзамы и лосьоны, увлажняющие, питающие, активирующие регенерацию гели, смягчающие масла с благоприятным уровнем pH и нейтрализатором неприятного запаха, а также снижающие риски образования пролежней. К ним, в частности, от-

носятся продукты по уходу, в том числе, адсорбирующее белье: подгузники, трусы, впитывающие пеленки. Использование в уходе за малоподвижными пациентами функциональных кроватей, противопролежневых систем, подушек и валиков способствует правильному позиционированию пациента в постели и уменьшению давления на кожу в местах образования пролежней.

В отделении успешно внедрен в практику Национальный стандарт по лечению и профилактике пролежней (ГОСТ Р 56819 от 2015 года) и методика лечения по системе влажного заживления ран с помощью новейших перевязочных средств. В настоящее время мы используем новые перевязочные средства Российского производства.

Это повязки с мазью Левомеколь или с Диоксидином – для очищения раны от гнойного содержимого, а также антимикробная повязка с химотрипсином – для удаления некроза и налета фибрина, с Мирамистином или с Лидокаином – для создания среды в ране, способствующей росту эпителия и ее заживлению, для абсорбции раневого отделяемого, гемостатическая повязка при кровоточащих язвенных поражениях, кровоостанавливающее средство для остановки любых видов внешних кровотечений (в том числе артериальных), гидрогелевая повязка – для ран, имеющих сложные формы (рваные раны, имеющие «карманы», раны на фоне онкозаболеваний), антимикробный пластырь для ран и для фиксации катетеров. Эти повязки отвечают всем современным требованиям. Они хорошо фиксируются на коже и защищают рану. При использовании этих новых перевязочных средств легко проводить смену повязки, при этом значительно уменьшаются болевые ощущения пациента, не повреждаются грануляции, образующиеся в ране и здоровая кожа. Они хорошо пропускают воздух, что позволяет ранам «дышать». Адсорбирующие повязки обеспечивают хороший отток экссудата, при этом сохраняя влажную среду в ране. Повязки, содержащие противомикробные средства, предотвращают развитие инфекции и рост микробов. Все эти факторы способствуют более быстрому очищению и заживлению хронических ран.

Для нутритивной поддержки ослабленных пациентов используются современные питательные смеси.

В ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» по вторникам и четвергам работает Школа по уходу за паллиативными пациентами для родственников и ухаживающих. Закрепить полученные знания помогают сотрудники отделения, обучая и давая практические советы родственникам у постели больного.

Значительно улучшить качество нашей работы позволяет использование современного медицинского оборудования. Для безопасного перемещения пациентов мы используем инвалидные кресла-коляски, медицинские каталки, электрические подъемники и вспомогательные средства: скользящие простыни, поворотные диски, специальные доски и скамейки. Обучение ухаживающего персонала приемам кинестетики позволяют в значительной мере снизить физическую нагрузку на персонал и избежать травматизации.

Значительное место в лечении занимает психотерапия, организация лечебно-охранительного режима. В ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» работает кабинет психо-эмоциональной разгрузки, где пациентам, их родственникам, а так же сотрудникам госпиталя, оказывает помощь медицинский психолог.

Более 40% пациентов в отделении паллиативной медицинской помощи имеют отклонения в психическом статусе (выраженные когнитивные расстройства до стадии слабоумия, психоорганические синдромы) и нуждаются в постоянном присмотре персонала, обеспечивающего безопасность для жизни и здоровья этих пациентов, а также их окружающих.

Медицинскому персоналу нередко приходится сталкиваться с агрессией, как самих тяжелобольных пациентов, так и их близких; с депрессией, вплоть до таких форм, когда человек полностью отказывается от общения; с людьми, у которых затруднено понимание обращенной речи и с теми, кто сам по каким-либо причинам не может говорить.

В «помогающей среде» очень важно уметь найти общий язык и пациентом, и с его семьей, завоевать их доверие, что без соответствующих навыков очень непросто.

Правильное общение должно быть основано на философии паллиативной медицины с уважением личности каждого человека, его автономии и человеческого достоинства, с подчеркнутым внимательным отношением ко всем членам семьи. Необходимо добиваться того, чтобы наши слова воспринимались в какой-то мере уже как лекарство. Только в этом случае возможно достичь взаимопонимания и оказать адекватную психологическую помощь.

Это очень сложно и тяжело эмоционально.

Ключевым фактором является желание помогать, умение вызывать доверие у пациентов, проявлять эмпатию, излучать уверенность, быть профессиональным, коммуникативно компетентным,

уметь работать в команде, справляться с профессиональным выгоранием, вырабатывать в себе стрессоустойчивость.

В связи с этим, еще раз повторяю, что в «помогающей» среде не может и не должен работать человек без специальной подготовки, снижающей риск эмоционального выгорания.

Тяжелая болезнь всегда становится для человека сложным испытанием. Люди в этот период жизни особенно нуждаются в помощи, и, прежде всего, в духовной поддержке. Уже несколько лет пациентов госпиталя регулярно навещает, проводит православные обряды священник Свято-Елизаветинского Центра милосердия, храма Пимена Уг्रेжского – отец Алексей Заплаткин.

Для духовной поддержки в период пандемии коронавирусной инфекции в госпиталь к страдающим людям 19.01.2021 года с благословения митрополита Пензенского и Нижнеломовского Серафима госпиталь посетил иерей Николай. Священник рассказал пациентам о православном празднике Крещения Господне, о том, что церковь молится обо всех заболевших, читал молитвы, вручал бутылочки со святой водой, вселял веру в выздоровление.

Паллиативные отделения госпиталя сотрудничают с органами социальной защиты для оказания помощи пациентам в оформлении документов и решении других социальных проблем.

Значительно улучшить качество жизни паллиативных пациентов помогает использование современного медицинского оборудования.

Принимаем активное участие во внедрении новых сестринских технологий. В отделении внедрено в действие и используется новое медицинское оборудование для паллиативных отделений: вертикализатор для восстановления пациентов после перенесенных травм и инсультов, инсуффлятор для удаления слизи из дыхательных путей, шприцевой дозатор для введения лекарственных средств с постоянной низкой скоростью продолжительное время, насос для энтерального питания для введения в организм пациента питательных смесей и жидкостей через зонд или гастростому, устройство для подогрева трансфузионных сред и др.

Разрабатываем и активно внедряем в свою работу Стандартные операционные процедуры, как обязательную часть системы менеджмента качества в любой медицинской организации. Основная цель такой системы – сделать лечение пациентов эффективным и безопасным, исключая ошибки при выполнении процедур.

Большую роль в создании комфортной эмоциональной среды играет волонтерское

В госпитале волонтеры общественной организации «Круг доверия» проводят концерты, встречи с поэтами, художниками, артистами, посвященные Дню пожилого человека, Дню Победы, Новогодним праздникам, дарят подарки. Все это способствует улучшению психологического комфорта наших пациентов.

Не оставляют без внимания пациентов и медицинских работников наши спонсоры: Всероссийская Общественная организация ветеранов «Боевое братство», Общероссийский народный фронт, Всероссийская Общественная организация малого и среднего предпринимательства «Опора России» и др. Они поздравляют с праздниками и приносят подарки, поддерживая и укрепляя веру людей в том, что они не одиноки в своей беде.

Работа в паллиативном отделении имеет главную цель – улучшение качества жизни больного человека. Мы работаем под девизом: «Если больного нельзя вылечить - это не значит, что ему нельзя помочь».

Качественный профессиональный уход – это искусство сочетать свои знания, умения и опыт с заботой о человеке. Мы воспринимаем наших пациентов не только как людей с определенными заболеваниями, но и как индивидуальных личностей со своими особенностями характера, привычками, желаниями, проблемами. Мы стараемся не только профессионально оказывать им медицинскую помощь, но и, главное, создавать благоприятную атмосферу, в которой эта помощь оказывается, создавать условия и поощрять их желание самоухода.

Для нас очень важна спокойная, доброжелательная обстановка и взаимопонимание с пациентами и их родственниками. Наша главная задача помочь больному и его родным жить как можно более полной и комфортной жизнью: общаться, заниматься любимым делом. Это очень сложная и тяжелая работа, но она того стоит! И мы стараемся выполнять ее с максимальной отдачей. Свидетельство тому – искренняя благодарность пациентов.

Мы видим результаты своей работы, когда родственники и живых и умерших пациентов искренне благодарят нас, оставляют душевные отзывы о нашей работе на сайте госпиталя, пишут благодарственные письма в адрес администрации.

Литература:

1. Горелик С.Г. Реабилитация пациентов пожилого и старческого возраста//Врач. – 2014; 6: 82–84
2. Новиков Г.А., Рудой С.В., Вайсман М.А. и др. Паллиативная помощь больным с тяжелой хронической сердечной недостаточностью// Паллиативная медицина и реабилитация.– 2008;4: 5–10
3. Пожилой человек. Сестринский уход. Пособие для медицинских сестер. Под ред. В.Н. Петрова.– СПб. :Диля.– 2006. – 416 с.

СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ГЕРИАТРИИ: РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Комолова Валентина Петровна

ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Пенза, Россия

Сестринская помощь в гериатрии играет важную роль в обеспечении качества жизни пожилых пациентов. Гериатрические пациенты нуждаются в особом подходе, учитывающем возрастные изменения, хронические заболевания и высокий риск осложнений. Одним из ключевых инструментов сестринской помощи является карта сестринского наблюдения, которая облегчает работу врачей, обеспечивая систематизированную информацию о состоянии пациента [1]. Она помогает медицинскому персоналу оперативно отслеживать изменения состояния, корректировать уход и планировать дальнейшие лечебные мероприятия.

Исследование проведено на базе ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» г. Пенза, где была проанализирована эффективность использования карты сестринского наблюдения в уходе за пожилыми пациентами. В ходе исследования были рассмотрены случаи пациентов с различными хроническими заболеваниями, высокой степенью инвалидизации и повышенным риском развития осложнений.

Цель исследования - оценить значение карты сестринского наблюдения в лечении пациентов гериатрического профиля.

В 2016 году на базе Госпиталя для ветеранов войн было открыто первое в Пензенской области гериатрическое отделение на 30 коек где проходили своё лечение жители области старше 60 лет, имеющее соответствующие показания для госпитализации. (приказ Министерства здравоохранения Пензенской области от

20.05.2016 года № 172 «О перепрофилировании коечного фонда государственных бюджетных учреждений здравоохранения Пензенской области»), а с 01.01.2017 года – 60 коек (приказ Министерства здравоохранения Пензенской области от 25.10.2016года № 413 «О перепрофилировании коечного фонда государственных учреждений здравоохранения Пензенской области»).

Постепенно отделение расширилось до 83 коек с палатой ПИТ на 3 койки включительно.

Основной задачей нашего отделения является продления активного долголетия и повышения качества жизни пожилого человека. Заболевания, связанные с процессами старения, имеют свои особенности, как правило, речь идет о комплексе заболеваний. Поэтому пациенту необходимо наблюдаться сразу у нескольких специалистов. Кроме того, необходим подбор лекарственных средств и дозировок с учётом особенностей пожилого организма и совместимости препаратов. В отделениях осуществляется индивидуальный и специфический подход к каждому пациенту.

Процесс сестринского ухода за пациентами в пожилом и старческом возрасте - это систематизированный подход к организации мероприятий для решения проблем пациента и профилактике заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.

Уход за такими пациентами более сложен и требует от медработника большего внимания и времени чем обычный медицинский уход, так как здесь должны учитываться многие психологические и социальные факторы.

При поступлении в отделения пациенту проводят комплексную гериатрическую оценку (КГО) - многомерный междисциплинарный диагностический процесс. Подобная оценка проводится с целью продления увеличения субъективного благополучия и активного долголетия человека пожилого и старческого возраста.

КГО определяет общее состояние здоровья пожилых людей, объединяя:

- Физическое здоровье;
- Психическое здоровье;
- Функциональное состояние;
- Условия окружающей среды;
- Формулирует и составляет планы лечения, которые защищают здоровье и функциональное состояние, чтобы максимально повысить качество жизни пожилых людей;

– Применяется к пожилым людям при различных формах наблюдения и ухода.

Основными жалобами наших пациентов, в большинстве случаев, являются:

- Общая слабость, медлительность, нарушения походки;
- Снижение памяти;
- Частые падения и переломы;
- Головокружения;
- Нарушение питания;
- Снижение веса;
- Нарушения сна;
- Полипрагмазия;
- Недержание мочи;
- Хронический болевой синдром;
- Депрессия, тревога.

Для преодоления барьеров общения с пожилым человеком разработаны способы улучшения сбора информации. Существуют особенности проведения осмотра гериатрического пациента. Исходя из этого нами была разработана и собрана карта сестринских наблюдений за пациентом.

Значение карты сестринского наблюдения.

Карта сестринского наблюдения включает данные о физическом, когнитивном и эмоциональном состоянии пациента, позволяя врачам оперативно принимать решения и назначать соответствующую терапию. Ключевые аспекты карты:

Систематизация информации: все сведения о пациенте фиксируются в структурированном виде, что упрощает анализ данных [2].

Контроль динамики состояния: регулярные обновления информации позволяют своевременно выявлять ухудшение состояния.

Снижение нагрузки на врачей: оперативное предоставление данных сокращает время на сбор анамнеза и повышает точность диагностики.

Оптимизация лечебных мероприятий: информация помогает врачам адаптировать лечение и уход в зависимости от текущего состояния пациента [1].

Планирование комплексной реабилитации: данные из карты позволяют разрабатывать индивидуальные планы реабилитации, включая физиотерапию, лечебную физкультуру и диетотерапию.

Предупреждение осложнений: анализ информации помогает своевременно выявить риски, такие как падения, пролежни или обострение хронических заболеваний [2].

Оценка эффективности лечения: благодаря систематическому наблюдению можно оценить, насколько успешна терапия, и при необходимости внести корректировки.

Упрощение междисциплинарного взаимодействия: карта служит удобным инструментом для координации работы врачей, медсестёр, физиотерапевтов и социальных работников.

Карта сестринского наблюдения состоит из нескольких частей.

1. Оценка функционального состояния пациента

Одним из главных разделов карты сестринского наблюдения является оценка функционального состояния пациента, включающая:

- Повседневную активность (шкалы ADL и IADL) [5,6];
- Когнитивные способности (тесты на деменцию и когнитивные нарушения);
- Физическую подвижность (шкала Морзе для оценки риска падений) [3];
- Состояние кожи (оценка риска пролежней по шкале Ватерлоу) [4];

2. Интенсивность боли (BAШ, VRS, NRS). Оценка повседневной и инструментальной активности

Для определения уровня самостоятельности пациента применяются:

- Шкала повседневной активности (ADL, Activities of Daily Living) – оценивает способность пациента выполнять основные действия, такие как питание, передвижение, одевание, гигиенические процедуры [5].

- Шкала инструментальной активности (IADL, Instrumental Activities of Daily Living) – измеряет способность выполнять сложные действия: пользоваться телефоном, готовить пищу, управлять финансами, принимать лекарства и т. д. [6].

- Шкала базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартела).

Основная цель тестирования – измерить степень помощи, необходимой человеку по десяти пунктам, связанным с мобильностью и самообслуживанием. И определить изначально уровень активности пациента.

Каждый пункт оценивается на основе того может ли человек выполнять задачи или действия самостоятельно, с помощью или полностью зависит от ухаживающего.

Таблица 1

ФИО пациента	Дата ----- время -----
Прием пищи	10 - не нуждается в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами; 5 - частично нуждается в помощи, например, при разрезании пищи; 0- полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)
Личная гигиена (умывание, чистка зубов, бритье, причесывание)	5 - не нуждается в помощи; 0 - нуждается в помощи
Одевание	10 - не нуждается в посторонней помощи; 5 - частично нуждается в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д.; 0 - полностью нуждается в посторонней помощи
Прием ванны	5 - принимает ванну без посторонней помощи; 0 - нуждается в посторонней помощи
Посещение туалета: перемещение в туалет, раздевание, очищение кожных покровов, одевание и выход из туалета	10 - не нуждается в посторонней помощи; 5 - частично нуждается в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и одевание белья и т.д.); 0 - нуждается в посторонней помощи (использование судна либо утки)
Контролирование мочеиспускания	10 - полное контролирование; 5- случайные инциденты (максимум 1 раз в 24 часа) 0 - недержание
Контролирование дефекации	10 - полное контролирование; 5- случайные инциденты (не чаще одного в неделю) 0 - недержание
Перемещение с кровати на стул и обратно	15 - не нуждается в помощи; 10 - при вставании с постели требуется незначительная помощь или присмотр; 5 - при вставании с постели требуется помощь; 0 - перемещение не возможно
Мобильность (перемещение в пределах дома и вне дома; могут использоваться вспомогательные средства)	15 - не нуждается в помощи; 10 - может передвигаться с посторонней помощью; 5 - может передвигаться с помощью инвалидной коляски; 0 - не способен к передвижению

Подъем по лестнице	10 - не нуждается в помощи; 5 - нуждается в наблюдении или поддержке; 0 - не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой
--------------------	---

Результат можно интерпретировать следующим образом

- 0 - 20 баллов: «полная» зависимость.
- 21 -60 баллов «тяжелая» зависимость.
- 61 -90 баллов «умеренная» зависимость.
- 91 -99 баллов «легкая» зависимость.

Пожилые люди тяжело переживают свою беспомощность и все это не должно вызывать раздражение , недовольство у окружающих. В общении с пожилым пациентом медработник должен проявлять большое чувство такта, терпение, принимать пациента таким, какой он есть, с его достоинствами и недостатками.

Таблица 2

Шкала повседневной инструментальной активности

Может ли Вы пользоваться телефоном	1/2/3
Может ли Вы добраться до мест, расположенных вне привычных дис-танций ходьбы	1/2/3
Может ли Вы ходить в магазин за едой	1/2/3
Может ли Вы готовить себе пищу	1/2/3
Может ли Вы выполнять работу по дому	1/2/3
Может ли Вы выполнять мелкую «мужскую/женскую работу» по дому	1/2/3
Может ли Вы стирать для себя	1/2/3
Может ли Вы самостоятельно принимать лекарства	1/2/3
Может ли Вы распоряжаться своими деньгами	1/2/3
Общий балл:	/27

Инструментальная функциональная активность - способность человека самостоятельно выполнять действия по самообслуживанию, более сложные, чем относящиеся к категории базовой функциональной активности (пользование телефоном, покупки, приготовление пищи, работа по дому, пользование транспортом, стирка, уборка, прием лекарственных препаратов, контроль финансов)

Шкала повседневной инструментальной активности включает в себя 9 пунктов, начиная с легкого вопроса и до более сложного . Каждый пункт оценивается по трех бальной системе:

- способен выполнить – 3 балла

- нуждается в помощи при выполнении или способен выполнить, но затруднениями -2 балла
- полностью не способен -1 балл

Шкала используется при исследовании пациентов с когнитивными нарушениями и нарушениями двигательной сферы. Максимальный балл 27, что говорит о полной активности пациента и отсутствии препятствий в социальной адаптации. Причины снижения активности: острые заболевания, побочные эффекты лекарственных препаратов, боль, депрессия, мальнутриция (дефицит питания), снижение подвижности, изменение окружающей обстановки.

Таблица 3

Тест оценки мобильности

Скорость ходьбы (м/с)	
Тест «встань и иди» (сек.)	
Способность поддержания равновесия (сек).	Правая нога
	Левая нога

Тесты оценки мобильности позволяют оценить способность человека к перемещению. Они могут использоваться для определения исходного уровня функциональной мобильности, отслеживания изменений после вмешательства, планирования вмешательства и выбора способа перемещения в повседневной жизни.

Некоторые примеры тестов оценки мобильности:

«Скорость ходьбы»: Отметьте на полу расстояние 10 метров; затем отметьте 2 метра от начала и 2 метра от конца этого расстояния. Попросите пациента пройти все 10 метров в комфортном для него темпе. Начинайте отсчет времени, когда пациент пересечет первую 2-х метровую отметку и заканчивайте отсчет времени, когда пациент пересечет вторую 2-х метровую отметку. Таким образом, вы измерите время, в течение которого пациент проходит 6 метров (2 метра в начале и 2 метра в конце пути не учитываются, в связи с ускорением и замедлением пациента). Для расчета скорости ходьбы разделите 6 на время (в секундах), в течение которого пациент прошел 6 метров.

«Встань и иди». Пациента просят встать со стула без помощи рук, пройти три метра, вернуться назад и сесть на стул. При ходьбе пациент использует обычные для себя средства помощи. Оценивается время, за которое человек может выполнить переход из положения сидя в положение стоя.

«Способность поддерживать равновесие»: В положении стоя пациент опирается на одну ногу при разведенных в сторону руках и отведенной противоположной ноге. Норма – более 10сек., удовлетворительный результат 5-10 сек., плохой результат- менее 5 сек.

Мобильность человека является отражением его функциональных возможностей и состояния здоровья в целом. Оценка мобильности и способности поддерживать равновесие позволяет выявлять пациентов, имеющих высокий риск падений

Таблица 4

Опросник возраст не помеха

Содержит 7 вопросов об анамнезе падений пожилого человека в течение последнего года.

	Вопросы	Да(1)	Нет(1)
1	Похудели ли Вы на 5 и более кг за последние 6 месяцев?		
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения ЗРения или Слуха?		
3	Были ли у Вас в течение последнего года Травмы, связанные с падением?		
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (Настроение)		
5	Есть ли у Вас проблемы с Памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?		
6	Страдаете ли Вы недержанием Мочи?		
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 м/ подъем на 1 лестничный пролет		

Интерпретация результатов: При ответах на вопросы за каждый ответ «Да» начисляется 1 балл. В случае если пациент набрал:

- 5 и более баллов – старческая астения высоко вероятна;
- 3-4 балла – умеренная вероятность старческой астении
- 0-2 балла – наличие у пациента синдрома старческой астении маловероятно.

Оценка риска падений по шкале Морзе.

Падения у пожилых пациентов могут привести к тяжёлым травмам, поэтому важно своевременно выявлять пациентов с высоким риском. Шкала Морзе (MFS, Morse Fall Scale) позволяет оценить предрасположенность к падениям, анализируя:

- Историю падений;
- Использование вспомогательных средств;
- Манеру ходьбы;
- Вторичные заболевания;
- Способность контролировать состояние.

Данная шкала используется, чтобы выявить пациентов, у которых велика вероятность падения в связи с наличием наследственных или приобретенных факторов риска. На основе результатов оценки рисков падений разрабатывается план мероприятий по их коррекции.

Таблица 5

Оценка рисков падения

Категория	Варианты ответов	Баллы
Падения в анамнезе	да	25
	нет	0
Сопутствующие заболевания (один диагноз и более)	да	15
	нет	0
Вспомогательные средства передвижения	Постельный режим/помощь ухаживающих лиц	0
	Костыли/ходунки/трость	15
	Передвигаясь, держится за мебель	30

Наличие венозного катетера	Да	20
	нет	0
Функция ходьбы (походка)	норма; постельный режим/обездвижен	0
	неустойчивая	10
	нарушения	20
Оценка своих возможностей и ограничений пациентом	осознает свои ограничения	0
	переоценивает свои возможности, забывает об ограничениях	15

Результат можно интерпретировать следующим образом:

- 0 - 4 балла - нет риска, рекомендуется основной уход ,
- 5 - 20 баллов- низкий уровень, рекомендуется тщательный уход,
- 21-45 баллов - средний уровень рекомендуется внедрение стандартизированных мер для профилактики падений,
- 45 баллов – высокий уровень, рекомендуется внедрение специфических мер, направленных на профилактику падений.

Чем выше балл, тем выше риск падений, что требует дополнительных профилактических мер.

Во время первичного сестринского осмотра пациентам медицинской сестры проводят инструктаж по отделению и обучению о профилактике падений.

Пациентам, идентифицированным как входящим в группу риска:

- одевается браслет желтого цвета
- на титульный лист истории болезни ставиться желтая полоса
- на палате, где будет находиться пациент ставиться сигнальный знак «стикер желтого цвета»
- пациентов размещают, по возможности поблизости от поста медицинской сестры, с целью частого наблюдения.

Шкала Ватерлоу. Шкала используется для оценки степени риска развития пролежней.

Пролежни – распространённое осложнение у малоподвижных пациентов. Шкала Ватерлоу учитывает:

- Возраст и вес пациента
- Подвижность
- Недержание мочи и кала
- Состояние кожи
- Хронические заболевания

Это специальная техника, которую применяют для того чтобы оценить вероятность возникновения пролежней у человека. Благодаря этому можно заранее начать профилактику и избежать появления изменений на коже.

Таблица 6

Шкала Ватерлоу для оценки степени риска развития пролежней

1) Телосложение (масса тела относительно роста)	балл	2) Тип кожи	балл	3) Пол Возраст, лет	балл	4) Особые факторы риска	балл
Среднее	0	Здоровая	0	Мужской	1	Нарушение питания кожи, например, терминальная кахексия	8
Выше среднего	1	Папиросная бумага	1	Женский	2	Сердечная недостаточность	5
Ожирение	2	Сухая	1	14-49	1	Болезни периферических сосудов	5
Ниже среднего	3	Отечная	1	50-64	2	Анемия	2

		Липкая, холодный Пот (повышенная температура)	1	65-74	3	Курение	1
		Изменения цвета (бледная)	2	75-81	4		
		Поврежденная, болезненная (трещины, пятна)	3	Более 81	5		
5) Недержание	балл	6) Подвижность	балл	7) Аппетит	балл	8) Неврологические расстройства	балл
Полный контроль/через катетер	0	Полная	0	Средняя	0	Диабетическая невропатия, множественный склероз, инсульт, апopleksия, моторная/сенсорная паралич	4-6
Иногда недержание	1	Беспокойный суетливый	1	Плохой	1		
Катетер, но недержание кала	2	Апатичный	2	Питательный зонд/только жидкость	2		
Недержание кала и мочи	3	Ограниченная подвижность	3	Отказ от пищи (голодание)	3		
		Инертный	4				
		Неподвижность (кресло-каталка)	5				
9) Обширное оперативное вмешательство/травма	балл	10) Лекарственная терапия	балл				
Ортопедическое - ниже пояса, позвоночник	5	Цитостатические препараты	4				
Оперативное вмешательство (более 2ч)	5	Высокие дозы стероидов	4				

		Противовос- палитель- ные препа- раты	4				
--	--	--	---	--	--	--	--

С помощью шкалы пролежней Ватерлоу медицинский персонал может вовремя определить возможность развития дерматологических проблем.

Баллы по шкале Ватерлоу суммируются и степень риска определяется по следующим итоговым значениям:

- 9 баллов - нет риска
- 10 баллов- есть риск
- 15 баллов - высокая степень риска
- 20 баллов -очень высокая степень риска

Результаты оценки регистрируются в листе сестринского наблюдения за больным. Чем выше суммарный балл, тем выше риск пролежней, что требует специальных профилактических мероприятий, таких как частое изменение положения тела и использование противопролежневых матрасов.

Лист оценки степени риска развития пролежней заполняется ежедневно, даже если в предыдущие разы баллов было немного. Ситуация меняется каждый день, поэтому важно своевременно распознать и предупредить осложнения.

Таблица 7

Лист сестринской оценки риска развития и стадий пролежней

№ п/п	Наименование	1	2	3	4	5	6	7
1	Масса тела	0	1	2	3			
2	Тип кожи	0	1	1	1	1	2	3
3	Пол	1	2					
4	Возраст	1	2	3	4	5		
5	Особые факторы риска	8	5	5	2	1		
6	Недержание	0	1	2	3			
7	Подвижность	0	1	2	3	4	5	
8	Аппетит	0	1	2	3			
9	Неврологические Расстройства	4	5	6				
10	Обширное оперативное вмешательство ниже пояса/травма	5			Более 2 ч. На столе 5			
11	Лекарственная терапия	4						

Оценка интенсивности боли. Оценка интенсивности боли – это инструмент, который позволяет наглядно оценить степень болевых ощущений по определенной числовой или визуальной системе. В нашей карте сестринского наблюдения за пациентом используются несколько шкал:



Рисунок 1. Шкала лиц (FPS)

Определение боли по картинкам с изображениями ,которые слева на право располагаются от самого спокойного и счастливого лица ,до самого грустного, выражающего сильную боль. Лицо которое выберет пациент, отражает степень его боли.

Визуально-аналоговая шкала оценки боли (VAS)

Это отрезок длиной 10 см, где начало это отсутствие боли, а конец – нестерпимая боль . Например отрезок 2 см означает легкую боль а отрезок 10см непереносимую боль.

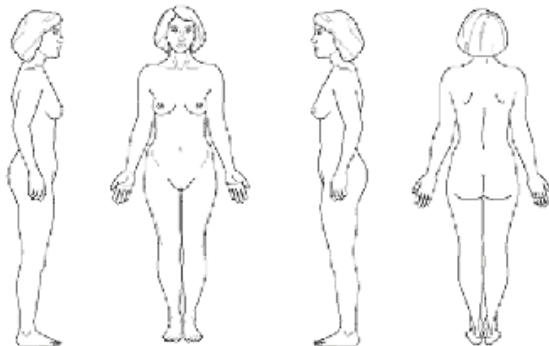


Рисунок 2. Схематическое изображение тела для графического обозначения зон болевого синдрома.

Оценка интенсивности боли помогает пациенту точнее охарактеризовать боль, а врачу – объективно оценить его состояние, подобрать правильное лечение и отследить динамику.

Долг медицинского работника по отношению к людям пожилого возраста – не только найти причину недомогания и назначить лечение, но и оказать психологическую помощь, которая порой важнее основного лечения. Необходимо укреплять веру пациента в благоприятный исход заболевания.

Организация медицинской помощи на основе комплексной гериатрической оценки

обеспечивает эффективность медико-социальной помощи пожилым.

- сокращает нагрузку на врача
- сокращает количество и длительность госпитализаций
- финансовые затраты при стационарном лечении
- количество необоснованных диагностических и лечебных вмешательств
- снижает смертность

Заключение.

Карта сестринского наблюдения является важным инструментом, облегчающим работу медперсонала и повышающим качество медицинского ухода за гериатрическими пациентами. Она позволяет систематически отслеживать изменения состояния пациента, своевременно выявлять риски и адаптировать лечебные и профилактические мероприятия. Использование специализированных шкал оценки функционального состояния пациента помогает персоналу разрабатывать персонализированные стратегии ухода, снижая вероятность осложнений и улучшая прогноз для пожилых людей. Кроме того, карта облегчает междисциплинарное взаимодействие, повышает эффективность терапии и позволяет разрабатывать индивидуальные планы реабилитации, что делает уход за пожилыми пациентами более качественным и результативным.

Литература:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.01.2016 № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»: электронный фонд правовой и нормативно-технической документации [Электронный ре-

сурс]. URL: <http://docs.cntd.ru/document/420339190> (дата обращения: 23.05.2019).

2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 05.02.2016 № 164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года»: официальный сайт компании «КонсультантПлюс» [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_193464/ (дата обращения: 23.05.2019).

3. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Специализированный гериатрический осмотр // Геронтологический журнал им. В.Ф. Купревича. 2012. № 4–5. С. 66–84.

4. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Старческая астения (frailty) как концепция современной геронтологии // Геронтология. 2013. Т. 1, № 1. С. 408–412.

5. Ильницкий А.Н., Старцева О.Н. Эйджизм и его преодоление в стационарных учреждениях социального обслуживания: метод. рекомендации. Москва; Ярославль: Филигрань, 2016. Методические рекомендации по профилактическому консультированию пациентов 75 лет и старше с целью профилактики развития и прогрессирования старческой астении [Электронный ресурс]. М., 2017. URL: http://rgnkc.ru/images/metod_materials/Asteniya.pdf (дата обращения: 23.05.2019).

6. Основные рекомендации Минздрава РФ и Рос. геронтол. науч.-клин. центра по физической активности для пожилых людей [Электронный ресурс]. URL: <https://www.gosminzdrav.ru/news/2016/08/16/3116> (дата обращения: 23.05.2019).

7. Прощаев К.И. Терапевтическая среда в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов: уч.-метод. пособие. Москва; Белгород: Белгор. обл. типография, 2012.

8. Уход за ослабленными пожилыми людьми: Российские рекомендации. М.: Человек, 2018. Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста: метод. руководства [Электронный ресурс]. 2018. URL: http://rgnkc.ru/images/projects_documents/Farmakoterapiya.pdf (дата обращения: 23.05.2019).

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В СОХРАНЕНИИ И УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Паршина Светлана Дмитриевна
ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница №5»,
г. Саранск, Россия
Кочетовская Елена Александровна
ГАОУДПО Республики Мордовия «МРЦПКСЗ»,
г. Саранск, Россия

Одним из приоритетных направлений деятельности ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №5» является повышение доступности и качества оказания первичной медико-санитарной помощи сельским жителям в отдаленных населенных пунктах.

Первичная медико-санитарная помощь сельскому населению оказывается комплексом медицинских учреждений, самым приближенным и важным является фельдшерско-акушерский пункт. Национальные проекты «Здравоохранение», «Демография», «Продолжительная и активная жизнь» полностью изменили уровень оказания медицинской помощи сельскому населению, сделав ее доступной на всех уровнях.

Современный ФАП отвечает всем требованиям и стандартам оснащения, внедрены принципы «бережливого производства». Качество, уровень оказания медицинской помощи, условия труда для медработников максимально приближены к городским. Компьютерные технологии полностью изменили сельское здравоохранение. Тем самым для фельдшера ФАП созданы все условия для сохранения и укрепления здоровья населения в отдаленных селах.

Жителям близлежащих сел весь объем услуг по оказанию доврачебной помощи оказывается на месте. Кроме того, по графику, приезжают врачи специалисты.

Рабочее место каждого фельдшера подключено к медицинской информационной системе, что обеспечивает специалистам доступ ко всем цифровым сервисам. Создан единый цифровой контур между поликлиниками, амбулаториями и фельдшерско-акушерскими пунктами. Фельдшер с помощью видеосвязи сети Интернет может связаться с врачом и получить консультацию по наблюдению пациента, по коррекции лечения. Функционирует электронная запись на прием к врачам в удобное для пациентов время, выписка направлений

на лабораторные исследования. В электронной амбулаторной карте имеется возможность посмотреть и распечатать необходимые результаты анализов, диагностических обследований. Льготной категории граждан выписываются рецепты.

Предварительный осмотр на фельдшерско-акушерском пункте помогает определить, нуждается ли специалист в консультации узкого специалиста и посещении поликлиники, выявить патологию на ранней стадии. Результаты ЭКГ и других исследований заносятся в электронную карту пациента, которая доступна всем специалистам больницы.

В оснащении ФАП имеется аппаратно-программный комплекс «Система удаленных телемедицинских консультаций». Это кейс с медицинским оборудованием: ноутбук с медицинской информационной системой, электрокардиограф, тонометр для измерения артериального давления, анализатор крови (глюкоза, холестерин, триглицериды), анализатор мочи. Данный комплекс позволяет фельдшеру, находящемуся вне здания ФАП, обследовать пациента и результаты обследования автоматически загружать и сохранять в медицинской информационной системе, обрабатывать в режиме реального времени и получать предварительное заключение. При необходимости результаты обследования можно направить лечащему врачу или врачам функциональной диагностики, которые координируют действия фельдшера.

Современные технологии позволили сократить отдаленность от поликлиники и позволили максимально приблизить медицинскую помощь непосредственно к месту жительства обслуживаемого сельского населения. Непосредственно на ФАП проводятся диспансеризация определенных групп взрослого населения, профилактические медицинские осмотры и диспансерное наблюдение пациентов с хроническими заболеваниями. Огромное внимание уделяется качеству проведения медицинских услуг.

Фельдшером осуществляется активная работа, направленная на выявление заболеваний на ранней стадии, коррекцию основных факторов риска развития заболеваний, предупреждение осложнений, формирование здорового образа жизни.

Большое внимание в работе фельдшера в сохранении и укреплении здоровья отводится санитарно-просветительной работе с населением, повышению санитарной культуры. Организуются беседы, проводятся Школы здоровья.

В целях лекарственного обеспечения населения в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации функционируют аптечные пункты на ФАП, где фельдшера осуществляют розничную торговлю лекарственными препаратами.

По графику, размещенному на сайте больницы, в села, особенно в малочисленные, где нет фельдшерско- акушерских пунктов, выезжает мобильный ФАП (фельдшерско- акушерский пункт), оснащенный диагностическим оборудованием, необходимым для проведения первого этапа диспансеризации населения (электрокардиограф, анализатор глюкозы и холестерина, современный электронный тонометр для определения внутриглазного давления, электронные весы, ростометр). Мобильная медицинская бригада быстро и качественно оказывает необходимую медицинскую помощь, проводит медицинский осмотр.

Так же по графику осуществляет выездную работу мобильный флюорограф для проведения флюорографического обследования населения.

Выездная работа мобильных ФАПов позволила повысить доступность и качество оказания первичной помощи жителям малочисленных сел.

Населению нет необходимости ехать в поликлинику по месту прикрепления, не отходя от дома быстро и качественно в удобное время фельдшера ФАП, готовы провести все необходимые консультации, диагностические исследования. - Работать в таких условиях одно удовольствие, - заключают фельдшера ФАП.

Современный сельский ФАП и профессиональный фельдшер – это важный элемент системы здравоохранения, обеспечивающий доступность и качество медицинской помощи для жителей села. Дальнейшее развитие и модернизация ФАПов позволит не только сохранить здоровье сельского населения, но и повысить качество их жизни, способствуя развитию сельских территорий.

ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ

Кочетовская Елена Александровна
ГАОУДПО Республики Мордовия «МРЦПКСЗ»,
г. Саранск, Россия

Киреева Наталья Александровна
ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница»,
г. Саранск, Россия

Успешная деятельность медицинской организации предполагает прозрачность управления, в том числе системное управление качеством и безопасностью медицинской деятельности. Многие крупные медицинские организации уже внедрили подобные системы в свою повседневную практику.

Понятие «безопасность медицинской деятельности» включает:

- безопасное выполнение любого медицинского вмешательства, в том числе хирургического;
- безопасное оказание экстренной и неотложной помощи, в том числе в условиях приемного отделения стационара;
- безопасное применение медицинских изделий;
- безопасное применение лекарственных препаратов;
- профилактику инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;
- защиту информации от несанкционированного доступа;
- создание безопасной среды;
- обеспечение безопасных условий медицинской деятельности, включая правильную идентификацию пациентов, преемственность медицинской помощи и передачу клинической ответственности за пациента.

Известно, что при внедрении технологий сестринского процесса в деятельность лечебнопрофилактического учреждения необходимо обеспечить цикл правильно выполненных сестринских мероприятий, которые позволят обеспечить максимально возможный уровень качества лечения при минимальном риске для пациента. В связи с этим целью настоящего проекта являлось изучение текущего состояния и разработка современной процессуальной модели управ-

ления качеством сестринской помощи в отделении анестезиологии-реанимации

Данный подход помогает повысить эффективность взаимодействия медицинской организации и органа управления здравоохранением региона в вопросах обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Практические рекомендации Росздравнадзора охватывают следующие направления медицинской деятельности отделения анестезиологии-реанимации:

- Идентификация личности пациентов;
- Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;
- Лекарственная безопасность. Фармаконадзор;
- Безопасность обращения медицинских изделий;
- Безопасность среды в отделении анестезиология-реанимация: уход за пациентом, профилактика пролежней и падений.
- Анестезиологическая безопасность.

Следует отметить, что все выше перечисленные направления внутреннего контроля качества не могут быть эффективно реализованы без активного участия среднего медицинского персонала. Причем в некоторых направлениях средний медицинский персонал выполняет ведущую роль. (рис.1)



Рисунок 1.

Медицинскую деятельность составляет множество взаимосвязанных процессов, требования к которым закреплены в клинических рекомендациях. Наиболее опасные ситуации возникают на этапе передачи клинической ответственности за пациента, при обеспечении преемственности медицинской помощи поэтому в этот момент мультидисциплинарная команда должна работать как единый отлаженный механизм. Организация этих аспектов медицинской деятельности не прописана в нормативных документах и полностью зависит от локального управления. Кроме этого, существует огромное количество рутинных, более мелких манипуляций, которые не отражены в нормативных документах, но выполняются различными специалистами: врачами, средним и младшим медицинским и техническим персоналом. Эти манипуляции в конечном итоге обеспечивают качество и безопасность медицинской деятельности. Отсутствие единообразия выполнения стандартных процедур представляет серьезную угрозу безопасности. Таким образом, указанные проблемы на уровне медицинской организации требуют комплексного системного решения с применением современных подходов к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности. Именно такой подход лежит в основе предлагаемой методологии

1-й этап. Разработка СОП

- Идентификация и анализ всех применимых к процедуре обязательных нормативных правовых требований (законов, приказов, СанПиН, ГОСТ, рекомендаций и т.д.).

- Описание существующего сложившегося порядка выполнения процедуры: предварительный хронометраж, фотография рабочего дня, видеозапись выполнения работы наиболее квалифицированным сотрудником или несколькими сотрудниками.

- Поиск и анализ лучших практик, аналогичных СОП других организаций, в том числе зарубежных.

- Принятие решения о формате, структуре СОП.

- Описание алгоритма выполнения процедуры.

- Пошаговое описание каждого этапа процедуры (преимущественно используются краткие глагольные предложения).

- Анализ возможности создания визуализации (блок-схем, рисунков, фотографий и т.д.).

- Составление таблицы с перечнем наиболее частых ошибок и рисков с описанием действий персонала во избежание и в случае совершения ошибки или возникновения риска.

– Составление перечня требований к квалификации персонала, используемому оборудованию, помещениям, расходным материалам.

– Определение системы записей (документированной информации), которые будут заноситься в процессе реализации СОП, в том числе для демонстрации ее выполнения.

– Создание тестового листа на знание СОП (обычно содержит не более 10 теоретических вопросов и практические задания).

– Оформление, документирование проекта разрабатываемой СОП.

– Определение сотрудников, которые должны работать с СОП, внесение их списка в СОП.

– Создание оценочного (контрольного) листа оценки (аудита) соблюдения СОП.

– Содержание СОП зависит от наличия нормативных и иных требований (рекомендаций) по предмету регулирования.

– Примерное содержание СОП (разделы):

○ «Назначение»;

○ «Область применения»;

○ «Нормативные ссылки»;

○ «Требования к ресурсам»;

○ «Этапы выполнения работы с детализированным описанием»;

○ «Записи»;

○ «Действия во внештатной ситуации»;

○ «Лист согласования СОП»;

○ «Тестовый лист для проверки знаний персонала».

– Электронная версия утвержденного СОП хранится в соответствующем структурном подразделении с допуском к ней персонала в режиме «Только чтение» без возможности вносить изменения. Оригинал СОП должен находиться в службе (отделе) качества, контролируемые копии - у руководителя структурного подразделения, владельцев процесса, у всех сотрудников, которые выполняют СОП или проходят по ней обучение. Перечень разработанных и утвержденных СОП должен быть включен в должностные инструкции соответствующих сотрудников.

2-й этап. Введение СОП в действие

– Если СОП разработан впервые или описывает трудоемкую и сложную процедуру, то прежде чем утвердить ее официально, необходимо провести апробацию, которая согласуется с руководителем подразделения (отделения) и с руководителем комиссии (службы) по

внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности.

– Аprobация необходима для того, чтобы оценить применимость документа, убедиться, что сотрудники одинаково трактуют и понимают его требования, а также чтобы выявить скрытые риски и неучтенные элементы работы.

– Внедрение в практику новой или актуализированной СОП начинается с обучения персонала. Проводят обучение разработчики СОП, руководитель комиссии (службы) по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности. Обучение проходят сотрудники, функциональные обязанности которых согласно должностным инструкциям включают выполнение действий, описанных в СОП. По итогам обучения проводится аудит полученных знаний: сотрудники отвечают на контрольные вопросы и проходят тестирование.

– Срок обучения, включая проведение оценки знаний и навыков выполнения СОП, зависит от ее сложности, но, как правило, не превышает пяти рабочих дней. Если в процессе проверки усвоения знаний и навыков выполнения СОП сотрудник затрудняется с ответами или допускает ошибки, он проходит повторное обучение и снова тестируется.

– Если представителями комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности который работает по СОП, зафиксировано несоответствие результатов выполнения работ любому виду СОП, необходимо организовать повторное обучение. Но прежде нужно выявить причины несоответствий и, если необходимо, внести в СОП коррективы. (рис. 2)



Рисунок 2

3-й этап. Периодический Контроль знаний СОП

– Периодический контроль знаний СОП. При выполнении внутренней или внешней оценки качества медицинской деятельности специалисты в форме наблюдения или опроса проверяют уровень освоения СОП персоналом. Также проводится периодический контроль знаний в виде тестирования. Наиболее удобно проводить дифференцированное обучение медицинских работников, тестирование и сбор данных о его результатах с использованием корпоративного интернет портала. (рис. 3)



Рисунок 3

4-й этап. Актуализация, изменение, отмена действия СОП

– Актуализация СОП подразумевает прохождение процедур ее проверки, согласования и утверждения.

– СОП актуализируется с определенной периодичностью, например, 1 раз в один - три года или при введении новых документов или обновлении редакций документов, на основе которых она создавалась. Сроки актуализации указываются на титульном листе СОП и в реестре документов.

– Ответственность за информирование персонала подразделений о необходимости актуализации СОП возлагается на комиссию (службу) по внутреннему контролю и (или) на уполномоченного по качеству. СОП актуализирует ее разработчик или сотрудник, занимающий соответствующую должность.

– По согласованию с руководителем комиссии (службы) по внутреннему контролю и (или) с уполномоченным по качеству, владель-

цем процесса и руководителем подразделения работа по актуализации может быть поручена другому сотруднику, квалификация которого отвечает предъявляемым требованиям. Актуализированная СОП получает новый номер версии, который вносится в реестр.

После актуализации СОП принимается решение о необходимости повторного обучения сотрудников, работающих по СОП. Их информируют об утверждении новой редакции СОП, тестирование при периодической аттестации проводится по ней. Если при актуализации изменения в СОП не вносились или они имели несущественный характер, обучение не организовывается

Организация и регулярное проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является обязательным лицензионным требованием для всех медицинских организаций.

К сожалению, руководители не всегда уделяют данному вопросу внимание. Одна из причин – нет четкой структуры и плана действий, а большое количество нормативно-правовых актов еще больше затрудняет работу.

ВКК - это прежде всего работа по предотвращению рисков.

Если нежелательный случай (инцидент) уже состоялся, то принимаются срочные меры по устранению и все равно осуществляется переход на поиск причины и совершенствование процесса для последующего предотвращения риска (проводится целевая внеплановая проверка)

Пока есть риск и процесс оставить как есть, то рано или поздно проблема повторится.

- Что делать?

- Описывать, исправлять процессы, которые могут привести к нежелательному явлению (инциденту, дефекту).

В заключении хочется отметить, что реализация проекта по ВКК и БМД не несет каких-либо карательных действий в отношении сотрудников. Единственная цель, которую преследует этот проект - это улучшение качества оказания медицинской помощи.

Литература:

1. Бондарева, А.В. Анализ эффективности системы здравоохранения России/ Н.В. Белоусова, А.В. Бондарев, Р.Н. Рябченко// Новая наука: стратегии и векторы развития. -2016. -№8. -С.125-128.

2. Косарева, Е.А. Проблемные вопросы контроля качества медицинской помощи в системе здравоохранения Российской Федерации

/ Е.А. Косарева, С.Н. Дехнич, А.И. Клыков // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. - 2021. -Т. 20. - № 1. - С. 186-195.

3. Медицинские технологии. Оценка и выбор 2020, №4 (42), сс. 13–20 <https://doi.org/10.17116/medtech20204204113>

4. Мурашко, М.А. Организация системы контроля со стороны Росздравнадзора за реализацией Национального проекта «Здравоохранение»/М.А. Мурашко, И.Ф. Серёгина //Вестник Росздравнадзора. -2019. -№4. -С.5-12.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР С ПАЦИЕНТАМИ, ПЕРЕНЁСШИМИ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Лопухова Марина Геннадьевна

ГУЗ Забайкальского края «Борзинская центральная районная
больница», г. Борзя, Россия

В рамках проведения Регионального конкурса «Лучшие практики по проведению диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения в целях повышения эффективности работы МО и повышения качества и доступности первичной медицинской помощи» была проведена Акция «Медицинский десант» с 15.10.2023 по 15.12.2023 года. Основным мотивом для проведения Акции было то, что в течении длительного периода времени на утренней планерке у главного врача звучало выполнение углубленной диспансеризации всего 30 %, в связи с этим предложила главному врачу провести Акцию «Медицинский десант». Было предложено работать по участкам в выходные дни, а в рабочее время организовать выезды в организации. Привлечь специалистов в бригады из другого структурного отделения - женской консультации, гинекологии, хирургии, приемного отделения, школ, детской консультации. Собрали участковых медицинских сестер, объяснили, что требуется от них. На первом собрании участковые медицинские сестры сказали, что это невозможно, но было предложено попробовать. В первую очередь от участковой службы нужны были списки пациентов, подлежащих углубленной диспансеризации (ФИО, домашний адрес, телефон). Эти списки были сделаны из регистра, который есть в каждой медицинской организации. Работали по участкам, сначала пер-

вый участок, затем последующие. В течении 2 дней участковая медицинская сестра составляла список совместно с медицинской сестрой диспансеризации Шамсутдиновой Н.В., выверяли их по программе «САМСОН» по вопросу прошел ли пациент углубленную диспансеризацию и диспансеризацию взрослого населения и ставили условное обозначения ДД-, УД-, что означало, что человек подлежит углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения. В среду списки отдавали мне для того, чтобы медицинские специалисты бригад могли в течении трех дней пригласить пациентов в поликлинику или предупредить, что к ним приедет бригада. С каждым членом бригады проводила инструктаж, как нужно беседовать с пациентом по телефону. Основная задача была мотивировать пациентов пройти диспансеризацию на дому или в поликлинике в выходной день. Основным призывом было то, что мы в одно посещение выполним функцию внешнего дыхания, проведем забор анализов на общий анализ крови, биохимию, на Д-Димеры, выполним электрокардиограмму. Также есть возможность пройти флюорографию, маммографию и посетить врача гинеколога. Заполнить анкеты, провести антропометрию. Обязательно пациентам говорили о том, что люди, перенесшие коронавирусную инфекцию, входят в группу риска по развитию инсультов, инфарктов, повышается способность к тромбообразованию и им обязательно требуется сдать анализ на Д-Димеры, показатель, который позволяет диагностировать тромбоз глубоких вен, ТЭЛА, ДВС –синдроме, ишемическим инсультом и другие заболевания, связанные с повышенной свертываемостью крови, а также оценить эффективность лечения. Если показатель этого анализа будет высоким, то пациента обязательно пригласят на прием к врачу терапевту для назначения адекватной терапии. Очень редко после такого разговора люди отказывались, а наоборот, звонили на личный телефон и просили к ним приехать или записаться на прием (во время Акции одна бригада работала в поликлинике в кабинете диспансеризации). Обычно приходили семьями, при выезде тоже сразу осматривали всю семью.

Работали с участковой службой участковых больниц, с фельдшерами ФАП, выезжали к ним с разъяснительной работой, как сделать списки, с чего начать, и работа пошла сообща, каждую неделю подвели итоги. Участковые медицинские сестры оформляли карты диспансеризации - вклеивали результаты анализов, обследований, проверяли анкеты, флюорографию, маммографию, осмотр гинеколога. Результаты не заставили себя ждать.

Таблица 1

Показатели на начало Акции «Медицинский десант»

	Подлежало	Выполнено	%	Дата
Углубленная диспансеризация	1071	355	33,1	13.10.23
Профилактические осмотры	1863	1534	85,2	13.10.23
Диспансеризация взрослого населения	11074	7253	65,4	13.10.23

Таблица 2

Показатели в конце Акции «Медицинский десант»

	Подлежало	Выполнено	%	Дата
Углубленная диспансеризация	1071	1071	100	15.12.23
Профилактические осмотры	1863	1863	100	15.12.23
Диспансеризация взрослого населения	11074	8634	81,6	15.12.23

Активное участие в Акции приняли волонтеры и студенты 302 группы специальности «Сестринское дело» Борзинского медицинского училища. Приглашали пациентов в поликлинику на диспансеризацию, расклеивали информацию по домам, организациям по срокам и задачам проведения Акции. Каждую неделю мы размещали информацию по проведению Акции в СМИ и мессенджерах, сайт одноклассники, сайт в ВК и телеграмм канале. В этом нам помогли редакции газеты «Даурская новь» и независимый журналист Руденская Н.Ю. Первую неделю три бригады работали по участку, возле магазина, где большое скопление людей выставляли флюорограф и маммограф, но это было мало эффективно. В последующие недели Акции одна бригада работала в поликлинике в кабинете диспансеризации и две бригады по участку на выезде. Маломобильных пациентов привозили в смотровой кабинет и на флюорографию на машинах. В начале Акции маммографий женщинам было выполнено семь, в конце Акции достигло до 44 человек, в смотровой кабинет пришли 2 женщины, в конце Акции до 23 человек. В среднем одна бригаду осматривала по 20 человек. В течении недели пациенты, приглашенные нами, подходили в шестой кабинет диспансеризации. Некоторым пациентам (в связи с занятостью) в индивидуальном порядке договаривались пройти маммографию и врача гинеколога, взять анализы тем самым создавая «зеленый коридор». В рабочие дни выезжали в организации: Борзинское медицинское училище, колледж (ПУ-32), войсковая часть 06705 (гражданское население), детские сады, шко-

лы, управление образования, администрация городского поселения, администрация муниципального района «Борзинский район», ИП Мистель, Борзинский элеватор, Читинская Зерновая компания, Кафе «Наташа», Кафе «Бурятия», МБУ «Благоустройство», РДК, сеть магазинов «Барис», ИП Кривенко, ООО «Энергосбыт», МРСК «Сибири» и т.д. Очень хорошо отработали фельдшера фельдшерско-акушерских пунктов.

Наши специалисты получили много положительных отзывов в социальных сетях и группах.

В региональном конкурсе «Лучшие практики по проведению диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения в целях повышения эффективности работы МО и повышения качества и доступности первичной медицинской помощи» мы заняли призовое место. Мы не только оказали практическую помощь пациентам, перенесшим коронавирусную инфекцию, но и приняли участие в Региональном конкурсе. Огромное спасибо Президенту Забайкальской региональной общественной организации «ПрофМедСпец» Валентине Александровне Вишняковой за возможность принять участие в конкурсе.

Полученный положительный опыт мы использовали в 2024 году, выполнив показатели по профилактическим мероприятиям более 85 процентов. В 2025 году запустили проект «Все на диспансеризацию» и начали работу с начала года, освоили внесение в программу пациентов, которые прошли обучение в профильных школах. О достигнутых результатах поделюсь в конце года. Могу сказать, что на сегодня некоторые показатели более 30 %.

Когда есть команда и дружный коллектив для достижения показателей достаточно только мотивации и заинтересованности в конечной цели.

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Мазенкова Светлана Викторовна, Семенова Светлана Анатольевна
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко», г. Пенза, Россия

Организация медицинской помощи новорожденным в России базируется на преемственности акушерской и педиатрической службы. На сегодняшний день основным принципом оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в после родовом периоде и новорожденным в Российской Федерации является ее регионализация. Регионализация акушерской и перинатальной помощи предполагает разделение акушерско-гинекологических стационаров на три уровня, для каждого из которых определены специфические задачи и полномочия. В современных условиях во главе службы охраны материнства и детства субъектов Российской Федерации встали региональные перинатальные центры, работа которых координируется перинатальными центрами федерального уровня. Деятельность перинатальных центров позволяет сконцентрировать в одном месте наиболее тяжелый контингент беременных женщин, рожениц, родильниц, новорожденных детей, которым на основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий оказывается своевременная высококвалифицированная специализированная медицинская помощь.

Благодаря внедрению трехуровневой системы оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным и эффективной деятельности перинатальных центров удалось добиться снижения перинатальной, ранней неонатальной и младенческой смертности. Таким образом, внедрение перинатальных центров федерального и регионального уровня обусловило порядок преобразования службы родовспоможения в нашей стране и позволило существенно повлиять на демографическую ситуацию.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» - старейшее учреждение здравоохранения Пензенской области сегодня является многопрофильным учреждением здравоохранения и оказывает населению стационарную медицинскую помощь по 39 профилям, в том числе по 14 профилям высокотехнологичной медицинской

помощи, а также амбулаторную медицинскую помощь. В настоящее время коечный фонд составляет 1320 коек круглосуточного пребывания и 85 коек дневного стационара.

Перинатальный центр в г. Пензе начал свою работу в ноябре 2017 года в составе ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова».

С 1 января 2019 года Перинатальный центр вошел в состав нашей медицинской организации. Перинатальный центр является единственным учреждением родовспоможения III уровня оказания медицинской помощи в Пензенской области.

В состав перинатального центра входят следующие амбулаторно-поликлинические подразделения:

- женская консультация,
- кабинет катamnестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией,
- кабинет медико-социальной помощи,
- медико-генетическая консультация,
- отделение охраны репродуктивного здоровья,
- отделение вспомогательных репродуктивных технологий,
- дневной стационар женской консультации.

Стационар перинатального центра включает в себя:

– приемное отделение, состоящее из 4 приемных- 2 акушерских приемника-плановый и экстренный, гинекологический приемник с отдельной смотровой и детский приемник- для новорожденных и недоношенных детей, родившихся в других медицинских организациях

– отделение патологии беременности,

– родовое отделение с операционными,

– отделение анестезиологии-реанимации для женщин с палатой пробуждения для родового отделения и операционного блока родового отделения,

– акушерско-физиологическое с совместным пребыванием матери и ребенка ,

– отделение сестринского ухода,

– отделение новорожденных акушерского физиологического отделения

– отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания),

– отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных,

– гинекологическое отделение.

В структуру Перинатального центра также входит акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам Пензенской области и анестезиолого-реанимационными неонатальными бригадами для оказания различных видов помощи новорожденным.

Неонатальный стационар рассчитан на 142 койки, из них 30 коек. Патологии новорожденных, 100% совместного пребывания. Реанимационная помощь новорожденным детям оказывается в ОРИТН, рассчитанное на 18 коек.

Кадровое обеспечение перинатального центра сестринского персонала представлено на слайде

На начало текущего года укомплектованность физическими лицами составляет 82,4 %.

Акушерками отделения перинатального центра обеспечены на 98%, но при этом испытывается недостаток кадров в отделениях анестезиологии и реанимации для детей – 8 специалистов ушли в декретный отпуск.

Мы ведем активную работу по подбору и привлечению кадров:

- дни открытых дверей для студентов,
- участие в ярмарке вакансий медицинских организаций Пензенской области,
- прохождение практики в стенах перинатального центра,
- проведение профессиональной переподготовки за счет нашей медицинской организации,
- наставничество молодых специалистов с момента прохождения государственной практики.

В условиях реализации современной государственной социальной политики, направленной на достижение национальных целей и решение стратегических задач развития Российской Федерации на период до 2024 г. в рамках исполнения майского Указа Президента Российской Федерации, возрастает актуальность разработки и внедрения новых форм отраслевого управления, обеспечивающих максимальную общественно значимую эффективность деятельности медицинских организаций. Перспективным направлением совершенствования управления качеством медицинских услуг является система менеджмента качества, адаптированная к действующим рос-

сийским и международным стандартам на базе процессного подхода к организации медицинского обслуживания населения.

С целью обеспечения эффективной реализации политики качества ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им.Н.Н. Бурденко», работу над которой мы начали в 2012 году и в 2015 году получили первыми в Пензенской области сертификат контроля качества ISO: 2008, подтвержденный в 2020 году.

В рамках реализации контроля качества медицинской деятельности в нашей медицинской организации разработаны и внедрены в работу приказы, представленные на слайде.

Предлагаемая пациентоориентированная модель системы управления качеством включает в себя процессный подход, риск-менеджмент, методологию непрерывного повышения качества медицинской деятельности.

Сестринское дело является важнейшей составной частью системы здравоохранения, располагающей значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и качественной медицинской помощи.

Именно поэтому, работа с сестринским персоналом в нашей медицинской организации направлена на выработку грамотных профессиональных навыков у медицинских сестер, проведение объективного контроля за их работой, внедрение методик, позволяющих в полной мере отражать деятельность медицинского персонала в соответствии с действующими стандартами оказания медицинской помощи и нормативными правовыми актами, определяющими работу среднего медицинского персонала.

Контрольные вопросы деятельности медсестер легли в основу критериев оценки качества работы среднего медицинского персонала, которые разработаны по каждой медсестринской специальности и которые вошли в Положение о стимулирующих выплатах работникам ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им.Н.Н. Бурденко» представлены на слайде.

Таким образом, в нашем Учреждении сложилась трехуровневая система оценки качества работы среднего медицинского персонала (ранее она была двухуровневой)

Контроль качества деятельности медсестринского персонала в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больниц им. Н.Н. Бурденко» осуществляется на основании приказа.

В перинатальной центре организована работа секторов:

- санитарного,
- контроля качества работы сестринского персонала,
- учебного.

Проводятся еженедельные обходы главной акушерки по вопросам организации деятельности сестринского персонала отделений.

Это позволяет тщательно контролировать работу сестринского персонала, обращая особое внимание на устранение выявленных недостатков в работе.

Для каждой специальности среднего медицинского персонала были разработаны критерии эффективности, содержащие балльную оценку работы специалистов. Основным критерием работы является коэффициент качества работы.

Основным критерием качества работы медсестринского персонала и младшего медицинского персонала является удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинской помощи.

Для оценки удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи разработана «Анонимная анкета пациента, находящегося на лечении в перинатальном центре ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Анализ анкетирования проводится 1 раз в месяц по всем стационарным отделениям перинатального центра. Результаты анкетирования учитываются при системе оценки качества работы среднего медицинского персонала

В конце года по итогам сформировавшегося годового рейтинга,

Медицинские сестры являются самыми активными участниками формирования стандартных операционных процедур, алгоритмов, а так же чек – листов по их выполнению.

Сегодня в нашей медицинской организации внедрены в работу более 250 СОП и 47 алгоритмов, сопряженных с деятельностью сестринского персонала.

В рамках реализации мероприятий по контролю качества медицинской деятельности, а также с целью:

- инфекционного контроля за инфекционно - воспалительными заболеваниями;
- сокращением случаев ИСМП;
- инфекционной безопасности пациента и персонала;
- стандартизации работы медперсонала.

Разработан перечень алгоритмов и СОП для перинатального центра, представленных на слайде

В рамках реализации вышеперечисленных мероприятий особое внимание уделяется деятельности медицинских сестер неонатологического профиля, работающих в перинатальном центре.

Оказание помощи новорожденным начинается в родовом зале. Где осуществляется не только обработка новорожденного, его инициализация, но и первое прикладывание к груди.

Уход за новорожденным после физиологических родов в палате совместного пребывания матери и ребенка.

Всему этому научит медицинская сестра отделения новорожденных.

Для этого у нас есть все необходимые расходные материалы.

Проводится обработка рук гигиеническим способом медицинской сестрой и мамой

Осуществляется обучение мамы медицинской сестрой технологии проведения гигиенического ухода за новорожденным: главное требование ухода – поддержание чистоты и сухости.

Второй важный плюс совместного пребывания – быстрее налаживается грудное вскармливание, а при кормлении по требованию быстрее придет молоко.

Наладить грудное вскармливание поможет персонал отделения. Медицинские сестры и акушерки расскажут мамочке, как правильно питаться, как правильно прикладывать к груди малыша.

Выхаживание маловесных детей осуществляется в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных, а затем в отделении патологии новорожденных (2 этап выхаживания).

Основными направлениями деятельности отделения является:

- оказание реанимационной, специализированной неотложной и плановой помощи доношенным и маловесным детям в возрасте от 0 до 28 суток с заболеваниями периода новорожденности,

- организация неотложной помощи новорожденным в критических состояниях на этапе родильного стационара и межбольничной транспортировки.

В отделении развернуто 4 реанимационных блока и 2 реанимационных бокса, оборудованных самым современным оборудованием. Материально-техническая база отделения соответствует самым высоким требованиям.

Новорожденные дети получают своевременную, высокотехнологичную, специализированную помощь. Это позволяет не только сохранить жизнь ребенка, но и предупредить развитие тяжелой патологии, обусловленной перинатальными причинами.

На базе отделения функционирует выездная неонатальная бригада. Выездная бригада оказывает консультативную и лечебно-диагностическую помощь новорожденным в родильных домах города и области, обеспечивает транспортировку новорожденных «высокого риска» в профильные отделения с оказанием необходимой медицинской помощи на этапе транспортировки. Оказывает методическую помощь в организации и совершенствовании работы палат интенсивной терапии для новорожденных в родильных стационарах города и области.

Новые сестринские методики диагностики и ухода, внедрённые на рабочем месте в ОРИТН.

Методика оптимизации поэтапного выхаживания глубоко недоношенных детей.

Эта методика совмещает в себе принципы охранительного режима с поддержкой грудного вскармливания на начальных этапах раннего неонатального периода с развивающим уходом.

Оптимальный режим пребывания для новорожденного:

1. Условия кувеза с заданной температурой и повышенной влажностью воздуха внутри для минимальной потери тепла с поверхности тела, жидкости с дыханием,

2. Снижение воздействия негативных сенсорных раздражителей для зрения: накидка, затемняющая инкубатор с мониторным наблюдением за параметрами жизнедеятельности - ЧД, PS, АД, сатурацией, точечное освещение в палате. При необходимости использовать яркое освещение, например при постановке катетера, использовать светозащитные очки или повязку на глаза. Постоянное наблюдение окулиста на предмет развития ангиопатии сетчатки глаз.

Первый период выхаживания недоношенных - это период постнатальной адаптации к окружающей среде у недоношенных детей. Организация оптимальных условий выхаживания и индивидуальный подход к каждому ребенку имеет чрезвычайно важное значение. В силу незрелости и неспособности изменять свое положение в кроватке (инкубаторе, на столике), недоношенные дети, как правило, полностью зависят от действий медицинского персонала.

Чтобы избежать застойных явлений или деформаций головы, медсестры переворачивают малыша каждые 2-3 часа. Правильное положение недоношенного ребенка позволяет предотвратить нарушения развития конечностей, деформаций черепа и тяжелых двигательных нарушений в будущем. Ребенок может «ощущать» свои руч-

ки и ножки, прилагать меньше усилий для движений, снижаются затраты энергии.

Имеющиеся на сегодняшний день удовлетворительные показатели работы были достигнуты в результате внедрения Высоких технологий.

Сразу после рождения, у недоношенных новорожденных в 58% - нуждающихся в проведении искусственной вентиляции легких, применяется методика неинвазивного назального СРАР.

Эта методика влечет за собой, как знание по работе и эксплуатации оборудования, так и определенных элементов ухода. На неинвазивной вентиляции легких за период 2021 года было 345 детей на СРАР.

Медицинская сестра неонатологическая следит за:

- за положением тела ребенка,
- за положением дыхательных канюль (для их крепления применяется «Тагодерм» - клейкая защитная пленка),
- за работой аппарата,
- за увлажнением и согреванием дыхательной смеси.

Совместно с врачом проводится санацию верхних дыхательных путей. За 2023 год детей, нуждающихся в такой вентиляции, пролечено 21.

Учитывая, что одним из уязвимых моментов является приготовление внутривенных растворов, были внедрены алгоритмы их приготовления в специально отведенном для этого месте (процедурном кабинете)

Работая в процедурном кабинете, медсестры со всей ответственностью подходят к манипуляции по приготовлению парентеральных растворов. Набор инфузионных сред происходит только в шкафу с ламинарным потоком воздуха, в стерильной спец. одежде.

В выхаживании новорожденных часто приходится сталкиваться с проблемой длительного проведения инфузионной терапии, парентерального питания и необходимости сохранения венозных доступов длительное время. Для сохранения венозных доступов используется постановка глубоких венозных линий, а также постановка пупочных катетеров

Показания к постановке пупочных катетеров следующие: проведение парентерального питания, введение антибиотиков, введение препаратов при проведении реанимационных мероприятий.

Постановка катетера осуществляется бригадой, состоящей из врача и медицинской сестры.

За отчетный период в отделении сохранялись и поддерживались принципы поддержки грудного вскармливания. В отделении осуществляется комплексный подход к выхаживанию новорожденных детей с привлечением матери, обеспечивающем создание оптимальных условий для успешного лечения, улучшения неврологического и соматического статуса детей и психоэмоционального состояния матери.

Кормление новорожденных в ОРИТН проводится адаптированными молочными смесями. Приветствуется в кормлении грудное молоко мамы. Мама приходит в отделение перед каждым кормлением и сцеживает молоко для ребенка для кормления в момент присутствия, и также могут оставить сцеженное молоко для последующих кормлений, создавая запас сцеженного материнского молока с целью обеспечения им ребенка в случае недостатка материнского молока

Неонатологическая медицинская сестра помогает матерям подготовиться к сцеживанию, разъясняет, как сохранить молочко для ребенка в ночное время, как правильно питаться кормящей матери.

Важным аспектом в выхаживании детей с низкой и экстремально низкой массой тела является эмоциональная поддержка родителей, ведь недоношенный ребенок - это большой труд всей семьи. Матери недоношенных детей подтверждены более высокому риску эмоциональных расстройств и депрессий, они нуждаются в понимании, поддержке, большем внимании к их потребностям и проблемам. В настоящее время является правилом обеспечение непрерывного общения матери и ребенка с момента рождения. Если женщина впала в депрессию или отчаяние - необходимо работать с психологом.

Для этой цели в штате перинатального центра имеется психолог и социальный работник, их задача - поддержать женщину и ее семью.

В отделении проводится работа по усовершенствованию и внедрению профилактических мероприятий ИСМП как среди сотрудников отделения, так и специалистов профильных отделений, включающая в себя:

- ежедневный анализ бактериологического мониторинга с цикличностью
- заполнения палат с учетом выделяемого возбудителя и суток жизни,
- ежедневная смена рабочей одежды медицинских сестер и врачей,

– применение одноразовых фартуков и халатов в работе, использование «индивидуальных» фонедоскопов в работе с пациентами.

По назначению врача, проводится забор биоматериала на посев на флору и чувствительность к антибиотикам, далее при получении результата анализируем вместе с доктором бактериальную высеваемость ребенка, идентифицируем ту или иную микрофлору для контроля и дальнейшей работы по профилактике внутрибольничных инфекций.

С целью нутритивной поддержки новорожденных в ПЦ организована служба с центральным молочным блоком. Планировка молочного блока предусматривает три зоны (условно грязную, чистую и стерильную) и отдельные, изолированные вход и выход, с целью исключения пересечения потоков, что соответствует требованиям СанПин. Приготовление смеси для новорожденных осуществляется согласно порционникам, которые предоставляют неонатальные отделения. Приготовленная смесь доставляется в неонатальные отделения медицинской сестрой молочного блока с соблюдением правил асептики и антисептики в отдельно выделенном, промаркированном термokonтейнере.

В нашем перинатальном центре работает консультант по грудному вскармливанию.

В рамках профилактики осложнений ИСМП проводятся школы матерей. Разработаны программы, утвержденные главным врачом.

С 2019 года в нашем регионе реализуется программа «Безопасность дорожного движения», в рамках которой осуществляется учеба молодых матерей.

Ежегодно проводятся Дни открытых дверей для беременных.

Интересно наблюдать за жизнью, ростом, развитием детей после выписки из нашего стационара. При этом получаешь эмоциональную удовлетворенность и ощущение значимости и важности своей работы. Ежегодно проводим мероприятия, посвященные Дню защиты детей, Дню матери. А в День недоношенного ребенка сотрудники учреждения встречаются со своими маленькими пациентами и их родителями. Очень памятное, эмоциональное событие! Ежегодно наши дети с мамами приходят в гости – показать свои достижения.

Таким образом, унифицированная система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности внедрена в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им.Н.Н. Бурденко» позволяет непрерывно повышать качество и безопасно-

сти медицинской деятельности, обеспечивая высокое качество оказания медицинской помощи в родовспомогательном учреждении.

Литература:

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Состояние здоровья детей России, приоритеты его сохранения и укрепления. Казанский медицинский журнал. 2018; 99(4): 698-705. DOI: 10.17816/KMJ2018-698.

2. Баранов А.А., Игнатьева Р.К. Проблема недоучета перинатальных потерь. Смертность детского населения России. Серия «Социальная педиатрия». Выпуск 1. М.: Литтерра; 2007.

3. Бурмистрова Т.И. Организация службы охраны здоровья матери и ребенка и современные технологии снижения фетоинфантильных потерь в Приморском крае. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2006.

4. Гурьев Д.Л., Олендарь Н.В., Охалкин М.Б. и др. Роль перинатального центра в регионализации перинатальной помощи при преждевременных родах в Ярославской области. Мать и Дитя. 2018; 74(3): 54-9.

5. Моисеева К.Е. Состояние и пути совершенствования организации медицинской помощи новорожденным в организациях родовспоможения. Дисс. . д-ра мед. наук. СПб.; 2021.

6. Низамова А.Ф. Влияние фактического питания беременных женщин на плод в различных социальных группах. Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». Тезисы докладов. Часть 1. М.; 2002: 431-2.

7. Орел В.И., Середа В.М., Прялухин И.А. Влияние действующего перинатального центра на показатели перинатальной, ранней неонатальной и младенческой смертности в регионе на примере Мурманской области. Российский педиатрический журнал. 2014; 17(5): 39-42.

8. Перхов В.И. Программа государственных гарантий как инструмент обеспечения социальных прав государства в сфере охраны здоровья граждан. Менеджер здравоохранения. 2018; 5: 6-12.

9. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.11.2014 № 15-4/10/2-8757 «О направлении методического письма «Совершенствование трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде». Доступен по: <https://base.garant.ru/71206458/> (дата обращения 05.04.2023).

РОЛЬ АКУШЕРКИ В ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО - САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Малышева Татьяна Александровна

ГБУЗ «Пензенский городской родильный дом», г. Пенза, Россия

Медицинская помощь женщинам в период беременности оказывается в рамках первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы по «акушерству и гинекологии» и «акушерскому делу».

Женская консультация - это самостоятельная медицинская организация или структурное подразделение медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «акушерство и гинекология» в амбулаторных условиях.

Женские консультации, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь, делятся на три группы (уровня):

- первая группа – женские консультации (кабинеты поликлинических отделений) при центральных районных больницах и районных больницах, акушерских стационарах первой группы, оказывающие первичную медико-санитарную помощь женщинам в период беременности, послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях с численностью обслуживаемого населения от 20 000 до 50 000 человек;

- вторая группа – женские консультации самостоятельные или в составе родильных домов второй группы, городских больниц и поликлиник с численностью обслуживаемого населения от 50 000 до 70 000 человек, а также межрайонных перинатальных центров с численностью обслуживаемого населения от 70 000 до 100 000 человек;

- третья группа – консультативно-диагностические отделения перинатальных центров, республиканских, краевых, областных, окружных родильных домов, центров охраны материнства и детства, самостоятельные центры охраны здоровья семьи и репродукции, центры охраны репродуктивного здоровья подростков.

Структура и штатная численность женской консультации устанавливаются в зависимости от объема проводимой работы и численности обслуживаемого населения, с учетом рекомендуемых штатных нормативов согласно приложению № 2к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом №1130н от 20. 10. 2020г.

Оснащение женской консультации осуществляется в соответствии со стандартом оснащения согласно приложению № 3 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

Женская консультация осуществляет следующие функции:

- диспансерное наблюдение беременных женщин, в том числе выделение женщин «групп риска» в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;

- организация дистанционных медицинских консультаций при невозможности посещения пациентами женских консультаций, проведение патронажа пациентов на дому;

- направление в кабинеты (отделения) антенатальной охраны плода для выявления нарушений роста и развития плода, в том числе наличие, хромосомных и генных нарушений и внутренних пороков развития у плода;

- выявление, установление медицинских показаний и направление беременных женщин, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;

- проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных женщин к родам, в том числе подготовка семьи к рождению ребенка;

- консультирование и оказание услуг по вопросам охраны и укрепления репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики абортов и подготовки к беременности и родам;

- обследование и лечение беременных женщин и гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий, в том числе в условиях дневного стационара и в амбулаторных условиях;

- организация и проведение профилактических приемов женского населения с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний, патологии молочных желез;

- организация и взаимодействие с медицинскими организациями (подразделениями), осуществляющими диспансерное наблюдение гинекологических больных, в том числе девочек;

- установление медицинских показаний и направление на санаторно-курортное лечение беременных женщин и женщин, в том числе девочек, с гинекологическими заболеваниями;

- осуществление прерывания беременности в ранние сроки, а также выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий (гистероскопия, лазер-, радио-криохирургия и др.);

- обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении беременных женщин, родильниц, гинекологических больных между женской консультацией и другими медицинскими организациями (медико-генетическими центрами (консультациями), кожно-венерологическим, онкологическим, психоневрологическим, наркологическим, противотуберкулезным диспансерами), территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми компаниями, территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации;

- проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам вне-, в период беременности, послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;

- проведение экспертизы временной нетрудоспособности по беременности, родам в связи с гинекологическими заболеваниями, выдачу листков нетрудоспособности женщинам по беременности, родам в связи с гинекологическими заболеваниями в установленном порядке, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направление в установленном порядке на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности;

- оказание правовой, психологической и медико-социальной помощи женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности;

- проведение консультаций по вопросам психологической, социальной поддержки женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности;

- социально-психологическая помощь несовершеннолетним, направленная на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовка к семейной жизни, ориентация на здоровую семью;

- медико-психологическая и социальная помощь женщинам-инвалидам, в том числе в части формирования репродуктивного поведения, организация посещения врачом-акушером-гинекологом на дому маломобильных групп пациентов;

- повышение квалификации врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием;

- внедрение в практику современных диагностических и лечебных технологий, новых организационных форм работы, средств профилактики и реабилитации больных;

- выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий для обеспечения безопасности пациентов и медицинских работников, предотвращения распространения инфекций;

- проведение мероприятий в части информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, позитивного родительства, сохранения и укрепления репродуктивного здоровья женщин, профилактики врожденной и наследственной патологии у будущего ребенка, профилактики абортов, а также инфекций, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции.

Центральная женская консультация ГБУЗ «Пензенский городской родильный дом» расположена по адресу г. Пенза, ул. Пушкина 56 относится к учреждению второй группы. Общая численность обслуживаемого женского населения составляет 81216 человека; из них фертильного возраста – 37400. Расчетная мощность составляет 346 посещений. Количество участков - 17. Режим работы организован в две смены для обеспечения максимальной доступности оказания помощи.

В женской консультации работает 17 врачей акушеров-гинекологов, 20 акушеров, 3 врача УЗИ, 3 медицинские сестры.

В структуру женской консультации входит:

- регистратура с расписанием приема врачей;
- кабинеты врачей-акушеров-гинекологов;
- кабинет психологической и медико-социальной помощи женщинам, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;

- кабинет приема дежурного врача-акушера-гинеколога;

- кабинет централизованной выписки медицинских документов;

- кабинет психопрофилактической подготовки беременных к родам;

- процедурная;

- кабинет ультразвуковой диагностики;

- кабинет врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних;
- функциональной диагностики;
- кабинеты специалистов:
- врача-терапевта;
- врача-офтальмолога;
- врача-стоматолога;
- дневной стационар;
- операционная;
- стерилизационная;
- клиничко-диагностическая лаборатория.

Деятельность акушерки направлена на сохранение здоровья, репродуктивной функции женщины и на планирование семьи.

К функциям акушерки женской консультации при приеме беременной женщины для постановки на диспансерный учет относятся:

- сбор анамнеза, проведение осмотра (измерение роста, веса, артериального давления, размеров таза, окружности живота, высоты стояния дна матки), пальпирование молочных желез, выслушивание сердечных тонов плода, оформление индивидуальной карты беременной и родильницы (форма 111/у-20), внесение в нее сведений, выписывание направления на исследования и консультации к врачам-специалистам, информирование пациента о датах и времени их прохождения, о необходимости подготовки к исследованиям, проведение первичной консультации по принципам здорового питания, гигиене;

- доставление индивидуальной карты беременной и родильницы и направление пациентов в кабинет врача-акушера-гинеколога для проведения гинекологического осмотра и забора мазков на исследование.

При первой явке беременной выдаются направления на первое обследование: RW, ВИЧ, гепатит В и С, исследование уровня антител класса М и G к краснухе, анализ крови на группу и резус фактор, ТАТ (по показаниям), биохимический анализ крови, ПТИ, фибриноген, коагулограмма, общие анализы крови и мочи, бак посев мочи, гормоны щитовидной желез (ТТГ). При осмотре на гинекологическом кресле у беременной берется мазок для микроскопического исследования, онкоцитология с цервикального канала и шейки матки, ПЦР на инфекции, бак посев из цервикального канала на флору и чувствительность к антибиотикам. Беременная направляется на консультацию к окулисту (не позднее 14 дней после первичного обращения в женскую консультацию), терапевту (не позднее 7-10

дней после первичного обращения в женскую консультацию), стоматологу и по показаниям к другим специалистам, так же беременная направляется в кабинет медико-социальной помощи на консультацию к юристу, психологу, социальному работнику. Женщина ставится в известность о необходимости обследования мужа на ВИЧ-инфекцию, Гепатит В и С, Сифилис, а также пройти флюорографическое обследование.

К функциям акушерки женской консультации при приеме пациентки при посещении с профилактической относятся:

забор мазков на флору и цитологическое исследование, выписывание направления на ультразвуковое исследование молочных желез и/или маммографию, ультразвуковое исследование органов малого таза, флюорографию, внесение информации о проведенных манипуляциях и выданных направлениях на обследования в медицинскую карту амбулаторного больного, осуществление записи на плановый прием к врачу-акушеру-гинекологу с готовыми результатами исследований (учитывая сроки готовности анализов при записи и сообщая ее пациенту), согласовывая удобную дату посещения врача-акушера-гинеколога с пациентом.

При выявлении акушеркой подозрительных симптомов (кровянистые выделения из половых путей во время осмотра в зеркалах, обнаружение опухолевидных образований в молочных железах и другие сомнительные для акушерки состояния) пациентка направляется на осмотр к дежурному врачу-акушеру-гинекологу в день обращения.

С целью передачи от врачей к медицинским работникам со средним медицинским образованием части функции по оформлению документов в женской консультации организован кабинет централизованной выписки медицинских документов. В этот кабинет направляются пациентки, в том числе беременные женщины, для оформления медицинских справок, листов нетрудоспособности, родовых сертификатов, направлений на обследования, записи на консультативный прием врачей-специалистов других медицинских организаций на основании соответствующей отметки в медицинской карте амбулаторного больного/индивидуальной карте беременной и родильницы.

Одним из разделов работы акушерки является патронаж беременных женщин и родильниц. Патронаж проводится акушеркой: при неявке пациента на назначенное время визита (не отвечает на телефонные звонки), при отказе от госпитализации или от посещения женской консультации, во время эпидемиологической ситуации, по-

сле получения информации из других медицинских организаций о беременной женщине, не состоящей на диспансерном учете в женской консультации.

Во время проведения патронажа проводится опрос пациента (сбор жалоб, анамнеза); измерение артериального давления, температуры тела, окружности живота, высоты дна матки; выслушивание сердечных тонов плода с помощью анализатора доплеровского сердечно-сосудистой деятельности плода, малогабаритного; аускультация сердечных тонов плода; вызов бригады скорой медицинской помощи для транспортировки пациента, при наличии показаний для лечения в стационарных условиях; оформление направлений на обследования, госпитализацию; приглашение на прием к врачу-акушеру-гинекологу. Периодичность проведения патронажа определяется медицинскими показаниями.

Одной из задач, возложенных на акушеров является санитарно-просветительная работа. Подготовка беременной к рождению ребенка проводится в школах матерей, где в доступной форме представляется информация о физиологии беременности, развитии плода, о особенностях питания и образа жизни во время беременности и в послеродовом периоде, о пользе грудного вскармливания. В 2024 занятия в школе материнства прослушали 1226 беременных - 93% от стоящих на учете.

Роль акушерки в оказании акушерско-гинекологической помощи на этапе женской консультации многогранна. Она оказывает качественную медицинскую помощь, проводит разъяснительную работу с беременными и членами их семей, оказывает необходимую моральную поддержку, проводит профилактическую работу с диспансерной группой пациентов. Акушерка помогает женщинам становиться мамами, сопровождая их от женской консультации до выписки из роддома.

Литература:

1. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян [и др.]. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 704 с. : ил.

2. Акушерство. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 728 с. : ил.

3. Акушерство и гинекология. Иллюстрированный учебник / Невиль Ф. Хакер, Джозеф К. Гамбон, Кельвин Дж. Хобел; пер. с англ. под ред. Э.К. Айламазяна. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020

4. Акушерство: учебник. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 656 с.: ил.

5. Акушерство. Курс лекций: учебное пособие / Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 456 с.

6. Акушерство. Клинические лекции: учебное пособие + CD / Под ред. О.В. Макарова.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 640 с.

7. Базовая помощь новорождённому - международный опыт / под ред. Н.Н. Володина, Г.Т. Сухих ; науч. ред. Е.Н. Байбарина, И.И. Рюмина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 208 с. - (Серия “Библиотека врача-специалиста”).

8. Гинекология: учебник. Баисова Б.И. и др. / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. 4-е изд., перераб. и доп. 2022. - 432 с.: ил.

9. Гинекология: учебник / под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1000 с. : ил.

10. Гинекология. Клинические лекции : учеб.пособие / под ред. О. В. Макарова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 352 с. : ил.

11. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции: руководство для врачей. - 3-е изд., перераб. / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 272 с. : ил. - (Серия “Библиотека врача-специалиста”)

12. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 320 с.

13. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни : учебник / М. В. Дзигуа. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 360 с. : ил.

14. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии : краткое руководство / под ред. В.Н. Серова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 256 с.

15. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 944 с.

ЦИФРОВОЙ ФАП: НОВЫЙ ЭТАП В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УДАЛЁННЫХ РАЙОНАХ

Пахомова Татьяна Сергеевна
ГУЗ «Улетовская центральная районная больница»,
Забайкальский край с. Улеты, Россия

Аннотация.

В статье рассматривается концепция цифрового фельдшерско-акушерского пункта (ФАП) как нового подхода к оказанию медицинских услуг в удаленных и малонаселенных районах. Анализ преимуществ внедрения цифровых технологий в систему здравоохранения, включая телемедицину, электронные медицинские карты и мобильные приложения для мониторинга здоровья.

Ключевые слова.

Цифровой фельдшерско-акушерский пункт, телемедицина, диспансеризация, доступность медицинских услуг, здоровье населения, инновации в здравоохранении, удаленные районы, медицинские технологии.

Цифровизация проникла во все сферы нашей жизни, и здравоохранение не является исключением. Особенно актуальным становится внедрение цифровых технологий в фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), расположенные в отдаленных и труднодоступных регионах. Не обошло стороной внедрение новых технологии и нас. В августе 2024 года в ГУЗ «Улетовская ЦРБ» на фельдшерско-акушерский пункт с. Танга был приобретен комплекс аппаратно-программный «Система удаленных телемедицинских консультаций», или как мы его называем «Чемодан».

Цифровой ФАП – это модернизированный ФАП, оснащенный необходимым цифровым оборудованием, программным обеспечением и подключением к сети Интернет, позволяющий фельдшеру или акушерке оказывать широкий спектр медицинских услуг, оперативно консультироваться со специалистами и своевременно реагировать на экстренные ситуации. Задачей данного комплекса является повышение количества людей, прошедших диспансеризацию не только в городах, но и в сельской местности, жителям которой, как правило, приходится обращаться за услугами в поликлиники и больницы, находящиеся за километры от их дома, а также уменьшить бумажную работу фельдшера.

Диспансеризация предполагает собой комплекс мероприятий, включающий в себя медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимые в целях оценки состояния здоровья и осуществляемые в отношении определённых групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации

Рассмотрим основные преимущества Цифрового ФАП:

- Улучшение доступности медицинской помощи: телемедицинские консультации с врачами-специалистами позволяют жителям отдалённых районов получать квалифицированную медицинскую помощь без необходимости ехать в районную больницу.

- Повышение качества диагностики: современное диагностическое оборудование, подключенное к единой медицинской информационной системе (ЕМИС), позволяет проводить более точные и быстрые исследования, что способствует ранней диагностике заболеваний.

- Оптимизация работы персонала: автоматизация процессов, таких как ведение электронной медицинской документации, запись на прием и выписка рецептов, освобождает фельдшера от рутинной работы и позволяет ему уделять больше времени пациентам.

- Оперативное реагирование на экстренные ситуации: системы экстренной связи и телеметрии позволяют оперативно передавать данные о состоянии пациента в реанимационные бригады и обеспечивать своевременную медицинскую помощь.

- Повышение квалификации медицинского персонала: доступ к онлайн-образовательным ресурсам и телемедицинским семинарам позволяет фельдшерам и акушеркам постоянно повышать свою квалификацию и быть в курсе последних достижений медицины.

- Улучшение профилактики заболеваний: с помощью цифровых технологий можно проводить массовые скрининги, распространять информацию о здоровом образе жизни и эффективно бороться с распространением инфекционных заболеваний.

Основные компоненты Цифрового ФАП

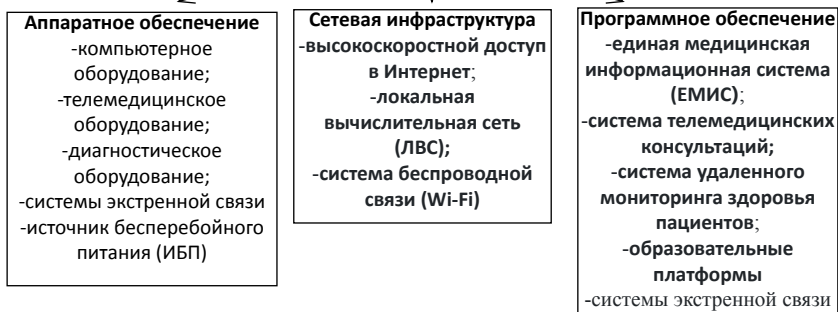


Рисунок 1. Вычислительная машина со встроенным программным обеспечением ICLMED RAYbook



Рисунок 2. Оснащение Цифрового ФАПа

Набор диагностических приборов представляет собой небольшой вместительный чемодан, оснащённый колёсиками, короткой и длинной выдвижной ручками для более удобной транспортировки. Перечень приборов, входящих в данный набор:

- Экспресс анализатор параметров крови (уровень глюкозы и холестерина);
- Тонометр;
- Прибор для измерения ЭКГ;
- Анализатор мочи;
- Гель электродный;
- Пульсоксиметр;
- Бесконтактный инфракрасный термометр.



Рисунок 3. Цифровой ФАП



Рисунок 4. Набор диагностических приборов

Данные пациента заносятся в электронную медицинскую карту. Система позволяет определить предварительный диагноз пациента, используя искусственный интеллект. На основе анализа искусственный интеллект формирует список возможных предварительных диагнозов, ранжируя их по вероятности. Система может также предоставлять рекомендации по дальнейшим действиям – например, о необходимости дополнительных обследований. При необходимости проводится телемедицинская консультация с врачом-специалистом. Врач-специалист дает рекомендации по лечению. Фельдшер назначает лечение и контролирует запасы лекарственных средств. Система поддержки принятия решений помогает фельдшеру в постановке диагноза и назначении лечения.



Рисунок 5. Разделы на информационной панели

Функционал программы

Данная программа делится на несколько разделов:

Раздел «Пациенты»	Раздел «Приёмы»	Раздел «Назначения»
Состоит из поисковой строки и списка всех пациентов, а также медицинской карты выбранного пациента	В данном разделе открывается список пациентов. Здесь можно добавлять, удалять и закрывать приём.	Состоит из списка пациентов, панели инструментов и редактора назначений для добавления и удаления процедуры, можно запустить просмотр медицинских исследований и просматривать результаты их выполнения.

В качестве примера можно привести опыт ряда регионов России, где уже реализованы проекты по созданию Цифровых ФАПов. В этих проектах, помимо перечисленного выше оборудования, используются мобильные комплексы для проведения выездных осмотров населения, в том числе маломобильных пациентов на дому, а также системы дистанционного мониторинга здоровья пациентов с хроническими заболеваниями.



Рисунок 6. Осмотр пациента с использованием Цифрового ФАПа

Наши фельдшеры проходят обучение по работе с новым оборудованием и программным обеспечением, а также по основам телемедицины. В феврале 2025 года в рамках проводимой Краевой научно-практической конференции «Актуальные вопросы практической деятельности фельдшера и профессиональное развитие для оказания

первичной доврачебной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи», фельдшера ФАП с. Танга И.А. Комарова и И.С. Беспрозванных выступали с докладом и проводили обучающий мастер-класс «Принцип работы аппаратно-программного комплекса «Система удаленные телемедицинских консультаций», где фельдшеры прошли обучение по работе с «Чемоданом».



Рисунок 7. Мастер – класс

Цифровой ФАП – это не просто модернизированный фельдшерско-акушерский пункт, это новый этап в развитии сельского здравоохранения. Это инвестиции в здоровье населения, повышение качества жизни и создание равных возможностей для всех граждан, независимо от места их проживания. Успешное внедрение ЦФАП потребует совместных усилий государства, медицинских организаций и ИТ-компаний.

Литература:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 г. N 965н “Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий”.
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 №404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризаций определенных групп взрослого населения»
3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Печенкина Наталия Владимировна
ГБПОУ «Пермский базовый медицинский колледж»,
г. Пермь, Россия

На сегодняшний день распространение социально-значимых заболеваний достигло большого уровня. И это те заболевания, которые имеют высокую распространённость среди нашего населения и требуют огромных затрат на лечение. Так же они способны существенно ухудшать состояние людей и ограничивать их физические способности, а также приводить к инвалидности и длительной реабилитации.

Важна профилактика таких социально значимых заболеваний как сахарный диабет 2го типа, сердечно-сосудистые заболевания, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, потому что эти заболевания имеют тяжелые осложнения и последствия.

Необходимо знать, что эти заболевание помолодели. Если раньше они встречались чаще у лиц старшего возраста, то сегодня можно зачастую наблюдать их у людей младше 30 лет.

Основными факторами, которые приводят к появлению этих заболеваний являются:

- Употребление большого количества быстрых углеводов, жирной и промышленной пищи.
- Постоянные требования на работе, семейные проблемы, информационный перегруз.
- Увеличение количества работы за компьютером и других технологий.
- Низкий уровень образования, неудовлетворительный социально-экономический статус.

Поэтому для профилактики хронических неинфекционных заболеваний необходимо помочь пациенту в уменьшении влияния всех этих факторов.

Основным направлением в профилактике гипертонической болезни, является диетотерапия. Для пациентов с повышенным артериальным давлением рекомендовано снизить потребление соли до 3х грамм в сутки, а в лучшем случае исключить соль из рациона вообще. Человек в любом случае получает соль с продуктами питания, поэтому исключение соли не вредит организму. Как толь-

ко пациент начинает правильно питаться давление значительно снижается. К рекомендациям по правильному питанию можно добавить ограничение тех продуктов, которые содержат в своем составе большое количество холестерина, такие продукты как: жирные сорта рыбы, сливочное масло, яйца, колбасы. Следующее направление в профилактике гипертонической болезни является физическая нагрузка, которая должна быть индивидуально подобрана для пациента. Подбирается она в соответствии с возрастом и состоянием здоровья. Самая удобная физическая нагрузка заключается в ходьбе в течении 1,5 часов. Обязательное условие профилактики артериальной гипертензии – контроль за артериальным давлением. Высокое давление человек не ощущает, чувствует только если давление переходит в следующую стадию – гипертонического криза, и это состояние может уже привести к тяжелым последствиям и осложнениям. Вести дневник артериального давления для пациента рекомендовано и удобно, тем самым наглядно видно, как изменяется давление в течении дня и как на него действуют различные факторы. Сейчас создаются большое количество программ, которые могут быть установлены в телефон и помогают пациенту контролировать артериальное давление.

В России существует Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», утверждённый в 2018 году в рамках национального проекта «Здоровье». Одно из основных направлений проекта это профилактика и лечение артериальной гипертензии.

Также в рамках национального проекта «Здравоохранение» есть федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», который направлен на своевременное выявление факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений, включая артериальную гипертонию, и снижение риска её развития.

Профилактика второго по значимости заболевания – сахарного диабета 2го типа заключается в контроле глюкозы крови, так же можно использовать глюкометр в домашних условиях, тем самым вы можете избежать серьезных осложнений сахарного диабета. Не последним методом профилактики является ограничение в питании легких углеводов, питание по хлебным единицам. Хлебная единица – это условная единица для приблизительной оценки количества углеводов в продуктах. Одна хлебная единица равна 12 грамм углеводом. Пациент сам может рассчитать сколько он употребляет хлебных единиц в сутки, рекомендовано употреблять 24 ХЕ в сут-

ки. Так же рассчитать ХЕ можно с помощью онлайн – калькулятора. Благодаря контролю углеводов в рационе можно снизить лишний вес, который является вредным спутником сахарного диабета 2го типа.

Главным образом контроль за своим здоровьем лежит на самом пациенте. А со стороны медицины созданы все условия выявить начальные признаки заболевания и его предотвращение. Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья.

Диспансеризация направлена на профилактику и раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, на выявление факторов риска их развития, включающих повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемию, повышенный уровень глюкозы в крови натощак, курение табака, риск пагубного потребления алкоголя, нерациональное питание, низкую физическую активность, избыточную массу тела или ожирение. В каждой поликлинике есть возможность пройти диспансеризацию и позаботиться о себе и своём здоровье.

Берегите свое здоровье!

Литература:

1. Мисетова, Е. Н. Профилактическая деятельность. Курс лекций : учебное пособие для СПО / Е. Н. Мисетова. – 4-е изд., стер. – Санкт-Петербург : Лань, 2023. – 420 с. – ISBN 978-5-507-46633-7. – Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. – URL: <https://e.lanbook.com/book/314717>

2. Об утверждении Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года : Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.01.2020 N 8 – URL: <https://base.garant.ru/72158122/> - Режим доступа : ГАРАНТ.РУ: информационно-правовой портал: [сайт]. – Текст: электронный

3. Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях : Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.10.2020 № 1177н - URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74898637/>

ИЗМЕНЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК КЛЮЧЕВАЯ СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ХНИЗ)

Плешкова Людмила Николаевна
ГБПОУ «Пермский базовый медицинский колледж»,
г. Пермь, Россия

Актуальность.

Хронические неинфицированные заболевания (ХНЗ) представляют собой одну из ведущих причин смертности и ухудшения качества жизни во всем мире. К ним относятся сердечно-сосудистые заболевания, диабет, хронические заболевания легких, онкологические заболевания и многие другие. Эта статья рассматривает ключевую роль изменения образа жизни как эффективной стратегии профилактики ХНИЗ. Рассмотрены такие аспекты, как рациональное питание, достаточная физическая активность, отказ от курения и злоупотребления алкоголем, а также управление стрессом. Подчеркивается важность интегрированного подхода к профилактике ХНИЗ на индивидуальном и популяционном уровнях.

Введение.

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) представляют собой глобальную проблему здравоохранения, оказывающую значительное влияние на здоровье населения, экономическое развитие и системы здравоохранения во всем мире. В отличие от инфекционных заболеваний, ХНИЗ развиваются постепенно и имеют длительное течение. Основными факторами риска развития ХНИЗ являются поведенческие факторы, связанные с образом жизни, такие как нездоровое питание, недостаточная физическая активность, употребление табака и злоупотребление алкоголем. Следовательно, изменение образа жизни является важнейшим компонентом профилактики и контроля ХНИЗ.

Основные стратегии изменения образа жизни для профилактики ХНИЗ:

1. Рациональное питание:

Рациональное питание играет ключевую роль в поддержании здоровья и снижении риска развития многих ХНИЗ. Рекомендуется:

Увеличение потребления фруктов и овощей. Фрукты и овощи богаты витаминами, минералами, клетчаткой и антиоксидантами, которые защищают клетки от повреждений и снижают риск развития рака, сердечно-сосудистых заболеваний и диабета.

Ограничение потребления насыщенных жиров и трансжиров. Избыточное потребление насыщенных жиров и трансжиров повышает уровень холестерина в крови, что увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Следует отдавать предпочтение полиненасыщенным и мононенасыщенным жирам, которые помогают снизить уровень холестерина и поддерживать здоровье сердца. Полезные источники жиров: оливковое масло, авокадо, орехи, семена, жирная рыба (лосось, тунец, сардины). И наоборот исключить из рациона жирное мясо, сливочное масло, молочные продукты с высоким содержанием жира, а также жареные и переработанные продукты. Также следует ограничить потребление фастфуда, выпечки, и продуктов, содержащих гидрогенизированное масло.

Ограничение потребления добавленного сахара и соли. Избыточное потребление сахара связано с развитием ожирения, диабета 2 типа и сердечно-сосудистых заболеваний.

Избыточное потребление соли повышает артериальное давление, что является фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний и инсульта.

Выбор цельнозерновых продуктов. Цельнозерновые продукты, такие как коричневый рис, цельнозерновой хлеб и овсянка, содержат больше клетчатки, витаминов и минералов, чем рафинированные зерновые продукты. Клетчатка способствует нормализации уровня сахара в крови, снижает уровень холестерина и улучшает работу кишечника.

Потребление достаточного количества воды. Достаточное потребление воды необходимо для поддержания нормальных функций организма и предотвращения обезвоживания.

2. Достаточная физическая активность:

Регулярная физическая активность оказывает многочисленные положительные эффекты на здоровье, включая:

Снижение риска сердечно-сосудистых заболеваний. Физическая активность укрепляет сердечную мышцу, снижает артериальное давление, улучшает уровень холестерина и способствует нормализации веса.

Снижение риска диабета 2 типа. Физическая активность улучшает чувствительность к инсулину, что помогает регулировать уровень сахара в крови.

Снижение риска некоторых видов рака. Физическая активность связана со снижением риска рака толстой кишки, молочной железы и эндометрия.

Укрепление костей и мышц. Физическая активность помогает предотвратить остеопороз и саркопению (потерю мышечной массы).

Улучшение психического здоровья. Физическая активность снижает стресс, тревогу и депрессию.

Правильные тренировки помогают:

Увеличить объем сердца за счет растяжения стенок

Укрепить сердечную мышцу и повысить сократительную способность

Усилить кровоток, что способствует механическому массажу стенок сосудов

Снизить уровень холестерина, а значит риск образования тромбов.

Тренированное сердце перекачивает больший объем крови за одно сокращение, а значит число таких сокращений и следовательно износ уменьшаются. А еще физическая активность позволяет держать вес в норме. Чем больше масса тела, тем больше клеток нуждаются в питании и кислороде, тем больше крови должно перекачивать сердце – а значит оно изнашивается гораздо быстрее.

Какие же упражнения эффективны для укрепления сердечно-сосудистой системы: [2]

Ходьба. Подходит новичкам и тем, кому по состоянию здоровья запрещены более интенсивные нагрузки. Во время ходьбы человек дышит ритмично и глубоко в такт движению, что облегчает продвижение крови по сосудам. Сердечная мышца начинает интенсивнее работать, а движения руками при ходьбе усиливают вентиляцию легких. Главное правило – ходьба должна быть непрерывной в течение 40-60 минут. Со временем скорость и время можно увеличить.

Скандинавская ходьба. Эффективно тренирует не только сердечную мышцу, но и мышцы ног, что помогает крови интенсивнее двигаться вверх по венам.

Бег. Один из самых доступных и распространенных видов кардиотренировок. Повышает выносливость сердца при строгом контроле пульса! Может быть противопоказан людям с избыточным весом, болезнями суставов, позвоночника и другими проблемами со здоро-

вьем. Перед тренировкой нужно проконсультироваться с врачом и составить с тренером индивидуальную программу.

Плавание. Практически не имеет противопоказаний, эффективно улучшает здоровье сердечно-сосудистой системы. И другие физические упражнения.

Рекомендуется уделять не менее 150 минут умеренной интенсивности или 75 минут высокой интенсивности аэробной физической активности в неделю. Кроме того, необходимо выполнять упражнения для укрепления мышц не менее двух раз в неделю.

Отказ от курения и злоупотребления алкоголем:

Курение является одним из самых значительных факторов риска развития ХНИЗ. Оно связано с развитием рака легких, сердечно-сосудистых заболеваний, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и многих других заболеваний. Курение также оказывает негативное влияние на качество жизни, снижая физическую активность, ухудшая сон, повышая уровень стресса и депрессии. Отказ от курения является одним из самых эффективных способов улучшить здоровье и продлить жизнь. [1]

Существует множество стратегий и методов, которые могут помочь людям бросить курить:

Никотинзаместительная терапия (НЗТ). НЗТ включает использование никотиновых пластырей, жевательной резинки, леденцов, ингаляторов и спреев для носа. НЗТ помогает уменьшить симптомы отмены и облегчить процесс отказа от курения.

Медикаментозная терапия. Существуют лекарства, которые помогают снизить тягу к никотину и уменьшить симптомы отмены (например, бупропион и варениклин).

Психологическая поддержка и консультирование. Консультирование с врачом, психологом или другим специалистом по отказу от курения может помочь разработать индивидуальный план отказа от курения, получить поддержку и научиться справляться с тягой к никотину и симптомами отмены.

Группы поддержки. Участие в группах поддержки позволяет общаться с другими людьми, которые пытаются бросить курить, делиться опытом и получать поддержку.

Приложения для смартфонов и онлайн-программы. Существуют многочисленные приложения для смартфонов и онлайн-программы, которые предоставляют информацию, поддержку и инструменты для отказа от курения.

Комбинированный подход. Комбинация нескольких методов (например, НЗТ и консультирование) часто оказывается наиболее эффективной.

Алкоголь. Злоупотребление алкоголем связано с повышенным риском развития цирроза печени, рака, сердечно-сосудистых заболеваний и других заболеваний. Рекомендуется умеренное употребление алкоголя или полный отказ от него.

Отказ от употребления алкоголя может быть сложным процессом, особенно для людей с алкогольной зависимостью.

Существуют различные стратегии и методы поддержки, которые могут помочь в этом:

Самопомощь. Установление четкой цели, ведение дневника трезвости, поиск альтернативных способов проведения досуга, избегание ситуаций, провоцирующих употребление алкоголя.

Психологическая поддержка и консультирование. Консультирование с психологом или психотерапевтом может помочь разобраться в причинах употребления алкоголя, научиться справляться со стрессом и тягой к алкоголю, а также развить навыки преодоления трудностей.

Группы поддержки. Участие в группах поддержки, таких как Анонимные Алкоголики (АА), позволяет общаться с другими людьми, которые борются с алкогольной зависимостью, делиться опытом и получать поддержку.

Медикаментозное лечение. В некоторых случаях может быть рекомендовано медикаментозное лечение для снижения тяги к алкоголю и уменьшения симптомов отмены.

Реабилитационные программы. Реабилитационные программы предоставляют комплексную поддержку и лечение для людей с алкогольной зависимостью.

3. Управление стрессом:

Хронический стресс может оказывать негативное влияние на здоровье, способствуя развитию сердечно-сосудистых заболеваний, депрессии и других заболеваний. Эффективные стратегии управления стрессом включают:

Регулярную физическую активность. Физическая активность помогает снизить уровень стресса и улучшить настроение.

Техники релаксации. Медитация, йога и глубокое дыхание могут помочь снизить уровень стресса и улучшить общее самочувствие.

Достаточный сон. Недостаток сна может усугубить стресс. Рекомендуется спать 7-8 часов в сутки.

Социальную поддержку. Общение с друзьями и семьей может помочь снизить уровень стресса и улучшить настроение.

Заключение:

Изменение образа жизни является краеугольным камнем профилактики хронических неинфекционных заболеваний. Рациональное питание, достаточная физическая активность, отказ от курения и злоупотребления алкоголем, а также управление стрессом – это ключевые стратегии, которые могут существенно снизить риск развития ХНИЗ и улучшить качество жизни. Интегрированный подход, включающий индивидуальные усилия и меры на популяционном уровне, является необходимым для эффективной профилактики ХНИЗ и укрепления здоровья населения.

Литература:

1. Какие упражнения улучшают здоровье сердечно-сосудистой системы? [https://worldclass-university.ru/blog/uprazhneniya-dlya-serdechno-sosudistoy-sistemy-i-pravila-ikh-vypolneniya\](https://worldclass-university.ru/blog/uprazhneniya-dlya-serdechno-sosudistoy-sistemy-i-pravila-ikh-vypolneniya)

2. Кобякова О. С., Деев И.А., Куликов Е. С. и др. Хронические неинфекционные заболевания: эффекты сочетанного влияния факторов риска. Профилактическая медицина. 2019;22(2):45-50.

3. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. <https://studfile.net/preview/20794550/page:1-23/>

4. Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Основные термины и понятия. Под ред. Оганова Р.Г., Вялкова А.И. М. ГЭОТАР-Медиа. 2001. 17 с

РОЛЬ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Мохова Ольга Владимировна, Полуянова Надежда Сергеевна
ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника №1 Приокского района
г. Нижнего Новгорода» г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность.

Считается, что проблемами здоровья должны заниматься медицинские службы, целенаправленные на диагностику и лечение заболеваний. Но в большинстве случаев, любую болезнь можно предотвратить, узнав о ней раньше, чем она заявит о себе. В связи с этим по всей России открылись центры здоровья (ЦЗ).

Основная цель создания ЦЗ - повышение знаний у населения в вопросах сохранения и укрепления здоровья, формирование культуры здоровья, повышение престижности и необходимости ведения здорового образа жизни, улучшение качества и продолжительность жизни.

Поэтому в ЦЗ упор делается именно на профилактику – выявление факторов риска, которые приводят к развитию болезней. Ведь профилактика – это залог здоровья.

А чтобы заниматься и управлять своим здоровьем – необходимо иметь знания!

Центр здоровья для детей.

В городе Нижнем Новгороде в ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника №1» в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19.08.2009г № 597Н «Об организации деятельности Центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан РФ» в 2009 г. был открыт «Центр здоровья для детей».

Центр оснащен современным оборудованием, с помощью которого можно за одно посещение, бесплатно (в рамках программы государственных гарантий) определить состояние здоровья ребенка.

Если к врачу в поликлинику принято обращаться, когда заболевания уже проявились, то в Центр здоровья могут прийти люди, которые чувствуют себя хорошо, но хотят знать, как можно предотвратить болезни.

Задачи и функции центра здоровья для детей.

Основные задачи:

- формирование здорового образа жизни, т. е. осуществление комплекса мероприятий, направленных на сохранение здоровья детей;
- формирование культуры здоровья, мотивирование подростков, детей и родителей к личной ответственности за свое здоровье и здоровье своих детей;
- разработка индивидуальных подходов по формированию здорового образа жизни;
- борьба с факторами риска развития заболеваний;
- формирование мотивационных установок к отказу от употребления табака, алкоголя у подростков.

Основные функции:

- оценка функциональных и адаптивных резервов организма, прогноз состояния здоровья;
- динамическое наблюдение за пациентами группы риска развития неинфекционных заболеваний;
- обучение детей и подростков гигиеническим навыкам;
- мотивирование подростков к отказу от вредных привычек;
- обучение эффективным методам профилактики заболеваний;
- консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, образовательного процесса (труда) и отдыха;
- формирование у подростков принципов «ответственного родительства»;
- разработка индивидуальных рекомендаций здоровья.

Основные направления деятельности центра здоровья для детей

- организация и проведение мероприятий в области гигиенического обучения и воспитания пациентов. Размещение наглядной литературы для населения по вопросам профилактики заболеваний. Организация массовых профилактических и оздоровительных мероприятий совместно с поликлиникой.
- динамическое наблюдение за пациентами группы повышенного риска развития неинфекционных заболеваний и направление к участковым педиатрам и узким специалистам по месту жительства пациентов с высокими уровнями факторов риска (требующими дополнительных исследований, при необходимости - медикаментозного лечения);

- анкетирование пациентов для определения уровня информированности о здоровом образе жизни (ЗОЖ);
- анкетирование, в целях повышения качества медицинского обслуживания.

Этапы осмотра пациента в центре здоровья

1. Регистрация пациента.
2. Обследование на диагностическом экспресс-оборудовании в кабинете тестирования.

Установленные в центре специальные комплексы оборудования с компьютерным программным обеспечением учитывают и оценивают целый ряд факторов.

3. Консультация врача по результатам обследования.

В настоящее время мы имеем возможность массового обследования населения с минимальными временными затратами. Все обследование занимает примерно 40 минут. Это возможно за счет прогрессивных скрининговых технологий, применяемых в первичном звене здравоохранения.

Основные условия проведения скрининга – наличие подготовленного персонала, стандартный подход к обследованию и оценке полученных результатов. Медицинские сестры и врач центра здоровья прошли тематическое обучение по формированию здорового образа жизни и медицинской профилактике. Медицинские сестры имеют аккредитацию по функциональной диагностике, сестринскому делу в педиатрии и высшую квалификационную категорию.

Основные исследования в центре здоровья

1. Скрининг-оценка уровня здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, в т. ч. измерение роста, веса, вычисление индекса массы тела, проводится на аппаратно-программном комплексе «АКДО». Программа предназначена для стандартизации и автоматизации, многопрофильных скринирующих обследований детей и подростков с формированием заключения о состоянии здоровья каждого пациента и, при необходимости, рекомендаций по направлению пациента на профильное обследование специалистами.

2. Экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ - сигналам от конечностей при помощи компьютеризированной системы скрининга сердца «Миокард». Измеритель предназначен не для диагностики определенного вида патологии, а в первую очередь, для выявления на доклинической стадии патологии.

3. Комплексная детальная оценка функций дыхательной системы при помощи компьютеризированной спирометрии «Валента».

Оценка общего состояния дыхательных органов, жизненной емкости легких, сердечно-сосудистой системы и показателей, характеризующих ее; выявление бронхиальных и пульмонологических неинфекционных заболеваний. Процедура направлена на обучение правильному дыханию и укреплению этого навыка.

4. Биоимпедансметрия – определение процентного соотношения воды, мышечной и жировой ткани в организме. Позволяет точно, безболезненно и безопасно оценить основные параметры состояния организма, таких как:

- эндокринной системы (нормальный, избыточный или недостаточный вес, индекс массы тела, жировая масса);
- заболевания сердечно-сосудистой системы (исследование помогает определить количество жидкости в организме, выявить отеки, обезвоживание);
- патологии печени, почек (для оценки соотношения внутриклеточной, внеклеточной жидкости, выявления нарушений водно-солевого обмена).

5. Анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина на аппарате микро-СО. Применяется в осмотре подростков для выявления факторов риска, связанных с курением. С помощью этого исследования можно контролировать динамику состояния, демонстрировать опасность курения и эффективность здорового образа жизни.

6. Пульсоксиметрия – экспресс-оценка насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом, частоты пульса. Чтобы вовремя заметить падение уровня насыщения крови кислородом и избежать осложнений.

7. Динамометрия – определение уровня мышечной силы рук.

8. Гигиенист стоматологический обследует состояние слизистой оболочки полости рта, пародонта, зубных рядов и самих зубов, проводит диагностику гигиены полости рта. Проводит профессиональную гигиену полости рта у детей старше 9 лет. Регистрирует стоматологический статус пациента в карте пациента. Обучает пациента основам гигиены полости рта, дает индивидуальные рекомендации по уходу и профилактике кариеса.

По результатам тестирования формируется «Карта центра здоровья ребенка» с персональными рекомендациями по оздоровительной программе с учетом его индивидуальных особенностей и состояния здоровья на момент обследования. Вся информация сохраняется в базе данных, что позволяет в дальнейшем оценивать динамику

ку состояния здоровья ребенка при его последующих посещениях в центр здоровья.

После обследования врач центра здоровья проводит оценку наиболее вероятных факторов риска, функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей. Разрабатывает рекомендации по сохранению здоровья и снижению влияния выявленных факторов риска, при необходимости рекомендует динамическое наблюдение в центре здоровья. В случае выявления подозрения на какое-либо заболевание врач центра рекомендует посетить специалиста для постановки диагноза и назначения лечения.

Таким образом, наш центр здоровья для детей является важным звеном в первичной профилактике неинфекционных заболеваний. Компьютеризированный скрининг с автоматической обработкой данных дает возможность достаточно быстро обследовать большой массив населения и формировать у населения мотивацию к укреплению здоровья. Пациенты должны быть хорошо осведомлены о факторах риска развития заболеваний и о тех последствиях, к которым они могут привести. Необходимо, чтобы юноши, девушки и родители сами задумались об охране собственного здоровья и здоровье своих близких. Для этого необходимо больше внимания уделять пропаганде здорового образа жизни. Такие вопросы, как сохранение и улучшение состояния здоровья, должны прочно войти в жизнь молодежи. Это будет способствовать решению одной из приоритетных задач нашего государства – улучшению уровня и качества жизни населения.

Литература:

1. Организация и функционирование центров здоровья. Учебное пособие. – М.: ГОУ ВПО РГМУ, 2010. – 60 с.

2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 г. N 597н “Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака”.

3. Укрепление общественного здоровья и медицинская профилактика. Руководство для Центров общественного здоровья и медицинской профилактики/ Под ред. О. М. Драпкиной, О. О. Салагая.-М., 2021.-296 с.

**ПРИМЕНЕНИЕ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
В РАБОТЕ ФЕЛЬДШЕРА
ВЫЕЗДНОЙ БРИГАДЫ СТАНЦИИ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ г. ЧИТЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО
КРАЯ. ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
ФЕЛЬДШЕРА ВЫЕЗДНОЙ БРИГАДЫ СО СПЕЦИАЛИСТОМ
ДИСТАНЦИОННО - КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА**

Разворотнева Елена Геннадьевна, Шемелина Дарья Владимировна
ГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи», г. Чита, Россия

Современный мир не стоит на месте, новые технологии двигают медицину к новым открытиям и качественному, безопасному обслуживанию населения. Современные технологии в медицине включают в себя не только новейшее медицинское оборудование, но и отраслевое программное обеспечение, которое автоматизирует все рабочие процессы. Новейшие технологии позволяют проводить самые сложные операции, обследования, ускорять обработку полученных данных, проводить осмотр, консультацию пациентов на расстоянии и многое другое. Наш Забайкальский край также не остается в стороне.

Станция скорой медицинской помощи г. Читы, является самостоятельной структурой в системе здравоохранения Забайкальского края. В состав Станции входит центральная станция и три подстанции, расположенных в черте города, а также Межрайонный отдел, объединяющий три района, в которых расположено девять подстанций. В среднем на линию выходит 40 – 41 бригада, преимущество состоящие из фельдшеров. Следует отметить, что отдаленность подстанций от Краевого центра составляет от 19 до 320 км.

В 2022 году на базе Станции скорой медицинской помощи г. Читы был разработан пилотный проект по внедрению и освоению дистанционных технологий в работе выездного медицинского персонала, был открыт дистанционно – консультативный центр (ДКЦ).

Дистанционно – консультативный центр – это структурное подразделение Станции скорой медицинской помощи, которое обеспечивает круглосуточную, дистанционную консультативную помощь, находящимся у пациента (пострадавшего) медицинским работникам Станции скорой помощи, а также оказывает квалифицированную консультативную помощь населению по телефону. Штатное распи-

сание предусматривает наличие заведующего ДКЦ, старших врачей – консультантов и врачей функциональной диагностики.

Старший врач – консультант оказывает консультативную помощь выездному персоналу в выборе лечебной тактики, в сложных и сомнительных случаях в плане диагностики. Трудовой функцией врачей функциональной диагностики является интерпретация данных электрокардиографии за период 24 часовой рабочей смены.

Одним из приоритетных направлений работы ДКЦ является обслуживание бригадами вызовов с сердечно – сосудистой патологией. Актуальность данной проблемы, обозначена Федеральным проектом «Продолжительная и активная жизнь 2025-2030», который включает в себя проект «Борьба с сердечно – сосудистыми заболеваниями», направленный на повышение доступности и качества медицинской помощи. Таким образом, решение поставленных задач невозможно без внедрения в практику технологий раннего выявления, своевременной диагностики и эффективных методов лечения. Основным методом диагностики острой патологии сердечно – сосудистой системы остается электрокардиография. Для своевременной диагностики внедряются дистанционные технологии, например, такие, как телеэкг. Телеэкг – это одно из направлений телемедицины, которое заключается в передаче данных электрокардиографии по телекоммуникационным линиям связи с целью дистанционной интерпретации и телемедицинского консультирования. В своей работе фельдшеры выездных бригад активно используют данную технологию.

Деятельность ДКЦ построена таким образом, что выездная бригада оснащена планшетным компьютером, с установленным программным обеспечением координационно – информационной системы (КИС) и КФС – 01.001 «Кардиометр – МТ».

Координационно – информационная система скорой медицинской помощи (КИС СМП) – программный продукт, предназначенный для автоматизации работы станций скорой медицинской помощи. Эта же система установлена на рабочих местах старшего врача – консультанта, что позволяет полностью перейти на электронный документооборот, проводить мониторинг и управление выездными бригадами в режиме реального времени; отслеживать отображение местоположения вызовов, транспортных средств и маршрутов следования на карте местности.

КФС – 01.001 «Кардиометр – МТ» – 12 – канальный беспроводной электрокардиограф с программой автоматической интерпретации. Программа «Рабочее место врача» установлена на все планшетные

компьютеры выездных бригад и на рабочие места врачей функциональной диагностики. Программой предусмотрен облачный кардиосервис, сервис автоматической интерпретации, а также на станции скорой медицинской помощи установлен локальный Кардиосервис, позволяющий иметь архив электрокардиограмм и осуществлять передачу данных электрокардиографии по защищенным каналам связи с планшетного компьютера на компьютер врача функциональной диагностики. Таким образом, данные электрокардиографии могут быть просмотрены врачом функциональной диагностики синхронно с фельдшером выездной бригады.

В ДКЦ на период 24 часовой рабочей смены развернуто 3 рабочих места старших – врачей консультантов и 2 рабочих места врача функциональной диагностики.

На практике взаимодействие фельдшера выездной бригады с ДКЦ выглядит следующим образом: фельдшер по приему и передаче вызовов выездным бригадам принимает вызов от пациента, регистрирует в программе КИС, при этом вызовы имеют цветовые индикаторы в зависимости от экстренности и патологии, затем вызов поступает на планшетный компьютер, выездная бригада принимает вызов и выезжает.

Во время осуществления вызова фельдшер регистрирует электрокардиограмму, данные электрокардиографии уходят в сервис автоматической расшифровки, заключение сервиса автоматической расшифровки поступает в программу рабочее место на планшетном компьютере. Одновременно врач функциональной диагностики на своем рабочем месте интерпретирует полученные данные электрокардиографии, заключение поступает в программу «Рабочее место» на планшетном компьютере фельдшера выездной бригады.

При наличии острой коронарной патологии врач функциональной диагностики сообщает данную информацию старшему – врачу консультанту, создается консилиум, состоящий из фельдшера выездной бригады, старшего врача – консультанта, врача функциональной диагностики и коллегиально принимается решение о тактике лечения пациента, необходимости проведения тромболитической терапии, маршрутизации пациента. Но, «последнее слово» остается за фельдшером выездной бригады, так как, непосредственно, он несет ответственность за жизнь и здоровье пациента.

Данная схема относится не только к жизнеугрожающим состояниям, в любом сомнительном случае фельдшер выездной бригады в круглосуточном режиме может связаться с ДКЦ и получить консуль-

тацию врача функциональной диагностики и старшего врача – консультанта. Возможность консультации и принятия коллегиального решения значительно снижает вероятность врачебной ошибки.

На этапе медицинской эвакуации фельдшер выездной бригады проводит мониторинг состояния пациента, в онлайн режиме к мониторингу может подключиться врач функциональной диагностики, и при ухудшении состояния пациента также коллегиально принимается решение об изменении тактики лечения пациента. При необходимости фельдшер может оформить «вызов на себя» экстренной консультативной либо реанимационной бригады. Кроме этого, старший врач – консультант оповещает дежурный стационар, во всех дежурных стационарах г. Читы установлены программы «Кардиометр. Рабочее место врача». По защищенному каналу связи с Кардиосервиса, данные электрокардиографии отправляются на Кардиосервис в другое медицинское учреждение и дежурный врач – кардиолог получает данные электрокардиографии пациента еще во время медицинской эвакуации пациента в дежурный стационар. К моменту прибытия пациента в приемное отделение дежурный врач – кардиолог уже интерпретировал электрокардиограмму данного пациента и ожидает его прибытия в приемном покое.

Таким образом, применение дистанционных технологий в работе фельдшера выездной бригады, которое стало доступно с открытием ДКЦ, позволило обеспечить:

- повышение качества и эффективности оказания экстренной медицинской помощи,
- круглосуточную доступность высококвалифицированной кардиологической помощи в любой точке г. Читы и районов
- командную работу специалистов
- снижение вероятности врачебной ошибки
- приток молодых специалистов
- возможность круглосуточно получить консультацию опытных коллег
- помощь в интерпретации данных электрокардиографии
- повышение уверенности в собственных силах,
- медицинские работники не боятся начинать свою профессиональную деятельность со Станции скорой медицинской помощи.

В качестве примера эффективной работы можно отметить, что в 2022 году, после открытия ДКЦ, число пациентов с диагнозом острый коронарный синдром составляло 323 человека, в 2023 году – 381 человек. В 2024 году диагноз острый коронарный синдром был

выставлен 415 пациентам. Возросло число проведенной тромболитической терапии, что следует из приведенных ниже данных (таблица 1, рис. 1), что свидетельствует об эффективности внедрения ДКЦ в структуру Станции скорой медицинской помощи г. Читы и применения дистанционных технологий.

Таблица 1

Динамика проведения тромболитической терапии на догоспитальном этапе

Год	2022 год	2023 год	2024 год
Проведение ТЛТ	7	19	29

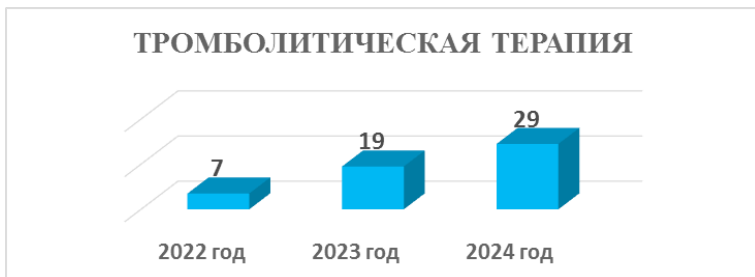


Рисунок 1. Проведение тромболитической терапии за 2022-2024 гг.

Необходимо отметить роль региональной общественной организации в реализации новых проектов в медицине в целом и на нашей Станции скорой помощи, в частности. Забайкальская региональная общественная организация «Профессиональные медицинские специалисты» вносит огромный вклад в развитие и обучение средних медицинских работников, регулярно организует аккредитованные научно – практические конференции, мастер – классы, оказывает содействие в прохождении процедуры Аккредитации, приобретает муляжи, фантомы, манекены для отработки практических навыков. На постоянной основе действуют мастер – классы: «Базовая сердечно – легочная реанимация»; «Методика снятия ЭКГ». Разработан и регулярно проводится тренинг для фельдшеров: «Алгоритм оказания помощи пациентам с ОКС. Проведение тромболитической терапии» и многое другое.

Все эти мероприятия, несомненно, повышают профессиональный уровень медицинских специалистов, уверенность в своих силах, что позволяет с легкостью реализовывать новые проекты и осваивать новые технологии.

РАЗРАБОТКА И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМ ЦИФРОВИЗАЦИИ И ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Рыжова Яна Александровна
ГАУ ДПО НО «Центр повышения квалификации и
профессиональной переподготовки специалистов
здравоохранения», г. Нижний Новгород, Россия

Перед медицинской отраслью регулярно возникают различные задачи, связанные с оптимизацией типовых процессов. Представители системы здравоохранения отмечают положительные изменения в этих сферах в результате внедрения передовых технологий. К примерам цифровизации можно отнести телемедицинские консультации, онлайн-запись пациентов, автоматизацию учетных систем, электронный документооборот. Задачи и вызовы цифровой трансформации отрасли здравоохранения - Цифровизация медицины – это внедрение современных информационных технологий в различные процессы медицинской отрасли, как бюджетной, так и частной коммерческой медицины.

Одно из приоритетных направлений национальной программы «Цифровая экономика» связано с медициной. Цель направления – гарантия 100% доступности базовой медицинской помощи, а также формирование у 50% населения заинтересованности в постоянном контроле своего здоровья, своевременное обращение за медицинской помощью, выбор оптимального варианта лечения и снижение количества врачебных ошибок [1].

До 2024 года правительством России была инициирована реализация двух проектов – Медицинских платформенных решений федерального уровня и создание единого цифрового контура. Запланированы следующие изменения: единый подход к оказанию помощи; внедрение системы контроля; использование электронных документов для управления системой здравоохранения. Утверждены целевые показатели успешности проектов, включая увеличение количества пациентов, которые воспользовались сервисом на портале государственных услуг, удельный вес дистанционных записей на прием, доля электронного медицинского документооборота. Пандемия оказала существенное влияние на загрузку медицинских учреждений и объем работы персонала. В связи с этим на фору-

ме «Деловая Россия» прозвучала инициатива по внедрению дистанционных технологий при приеме пациентов и выписывании рецептов на лекарства, которая получила поддержку президента страны Владимира Путина. Важное событие – запуск проекта под названием «Персональные медпомощники», в основе которого заложена возможность дистанционной консультации и лечения пациентов с сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями. Пилотные проекты уже показали эффективность дистанционного контроля. Подключение ингалятора, тонометра к системе существенно снижает риск последующей госпитализации. Зачастую тяжелое состояние можно предотвратить коррективной терапией. Не менее актуальный тренд – телемедицина, с 2022 года ожидается ее дальнейшее стремительное развитие в режимах «врач – врач» и «врач – пациент». Увеличивается количество удаленных консультаций в области диетологии и психологии.

Развитие направления в сфере здравоохранения осуществляется под руководством консорциума «Цифровое здравоохранение». В координационный комитет консорциума входят представители Министерства здравоохранения РФ. Задачей национального консорциума «Цифровое здравоохранение» является разработка и согласование основных технологических стандартов, по которым будет развиваться цифровая медицина в России [2]. Нормативно-правовой основой реализации цифровизации здравоохранения, выступают ряд поручений Президента Российской Федерации [3]. Указ Президента «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [4], национальная программа «Развитие здравоохранения» [5]. Существуют также приоритетный проект «Электронное здравоохранение», реализуемый Министерством Здравоохранения РФ. «Электронное здравоохранение», в котором выделяются основные приоритеты развития здравоохранения с помощью информационных технологий [6]: цифровизация здравоохранения путем внедрения единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения с комплексной аналитической программой обработки больших массивов информации; обеспечение доступности медицинских услуг с помощью электронной записи на прием, электронных рецептов и больничных листов, электронного документооборота;

Основные преимущества цифровизации здравоохранения можно выделить как минимум в 3 сферах. Финансовые преимущества образуются за счет модернизации организационной системы оказания

услуг, что позволит уменьшить расходы за счет сокращения контактов пациентов с медицинским персоналом (упрощение и ускорение процесса записи на прием к врачу и вызова врача на дом, упрощение процедуры получения рецепта, сокращение расходов на канцтовары и оплаты работы вспомогательного персонала). Социальные преимущества создаются посредством роста доступности качественной медицинской помощи (онлайн-консультации, внедрение медицинских мобильных приложений для мониторинга состояния здоровья пациентов и оперативная передача информации врачу, ранняя диагностика заболеваний с помощью искусственного интеллекта и другие). Профессиональные преимущества достигаются путем сокращения количества врачебных ошибок, повышения эффективности клинических исследований. Увеличение спроса на медицинские услуги с одновременным повышением требований к их качеству приводит к неизбежному росту стоимости медицинских услуг.

Перед государством встает серьезная проблема – обеспечить доступность всех видов медицинской помощи, гарантированной законодательством. Как показывает мировой и отечественный опыт одного только увеличения финансирования здравоохранения недостаточно для полноценного решения данной проблемы. Решение было найдено в интеграции имеющихся в здравоохранении ресурсов, в их оптимизации и эффективном планировании.

С целью повышения качества управления, оптимизации потоков пациентов, организации без барьерного взаимодействия между всеми звеньями системы здравоохранения, активизации процессов широкого и быстрого внедрения в медицинскую практику новейших технологий диагностики и лечения создается Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Разработка системы регулируется Концепцией создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 апреля 2011 № 364, а также рядом методических рекомендаций и функциональных требований к отдельным составляющим системы, являющихся приложениями к приказу. ЕГИСЗ внедряется на уровне всех субъектов РФ и является основополагающей информационной системой для всей отрасли здравоохранения в России. Обеспечить связанность информационного пространства во всех поликлиниках и больницах страны возможно с использованием единого формата обработки в электронном виде медицинской информации и регламентов взаимодействия.

Организации должны быть оснащены медицинскими информационными системами, с помощью которых в том числе ведутся электронные медицинские карты. Однако этот процесс не завершен. Переход на национальную информационную систему изначально осуществлялся в пилотных регионах, в связи, с чем отсутствовали унифицированные требования к информационным системам. По состоянию на 2021 год в 83 регионах внедрены медицинские информационные системы. Единые требования к государственным информационным системам утверждены приказом № 911н «Об утверждении требований к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов РФ, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций» [7]. Приказ содержит требования к функциональности перечисленных типов информационных систем. Основные положения: программно-технические средства должны располагаться на территории РФ и иметь российское же происхождение; приказ ссылается на постановление Правительства РФ от 16 ноября 2015 г. № 1236, которое запрещает закупки обеспечения, происходящего из иностранных государств, для обеспечения государственных и муниципальных нужд; средства должны быть сертифицированы ФСБ или ФСТЭК на предмет наличия в них программно-аппаратных систем защиты информации – антивирусных и криптографических; а также средств защиты от несанкционированного доступа и неправомерных манипуляций, в том числе, изменения и удаления данных; обязательно резервное копирование медицинской документации в электронном виде и возможность её восстановления из резервных копий. Приказ описывает сразу несколько типов информационных систем, но все они должны иметь возможность размещения информации в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения и взаимодействовать друг с другом. От реализации обозначенных программ и проектов для граждан ожидается повышение доступности качественной медицинской помощи, в том числе и для жителей сельской местности. Тем не менее, реализация процесса цифровизации здравоохранения сталкивается с рядом проблем. В первую очередь проблемы технического характера: не все медицинские организации в субъектах РФ подключены к высокоскоростному интернету и ЕГИСЗ. Со стороны пациентов также присутствует низкий уровень навыков использования информационных технологий и доступа к высокоскоростному интернету. Также актуален вопрос безопасности и хранения большого объема инфор-

мации, сохраняется недоверие к информационным системам, как со стороны врачей, так и со стороны пациентов. На первый план становится проблема дефицита кадров и в связи с возросшей нагрузкой на медицинский персонал в переходный период, а также из-за дефицита специалистов, обладающих достаточной квалификацией. Особенно остро данная проблема возникает в регионах и, в частности, в сельской местности.

Большие надежды в решении данных вопросов возлагались на телемедицинские технологии. С одной стороны телемедицина может компенсировать дефицит врачей разных специальностей на удаленных территориях, с другой стороны позволяет повысить профессиональную экспертизу специалистов здравоохранения дистанционно. Чтобы понять, как вышеназванные преимущества возможно использовать рассмотрим современное определение телемедицинских технологий и направления применения телемедицины. Телемедицинские технологии – это лечебно-диагностические консультации, управленческие, образовательные, научные и просветительские мероприятия в области здравоохранения, реализуемые с применением телекоммуникационных технологий («медицина на расстоянии»). Основные направления применения ТМ технологий: телемедицинская консультация, телемониторинг (телеметрия) функциональных показателей, телемедицинская лекция/семинар, телемедицинское совещание/консилиум/симпозиум. Эти направления обеспечивают реализацию: консультаций в ходе лечебно-диагностического процесса/эвакуационных мероприятий или обучения, контроля жизненно важных функций организма, -обмена мнениями (отчета) при дистанционном проведении коллегий (совещаний, советов), медицинских консилиумов, научных заседаний. В зависимости от участников и используемых средств различаются следующие варианты телемедицинских консультаций: врачебная телемедицинская консультация (специалист консультирует врача с больным/врача без больного), телемедицинское функциональное/лабораторное обследование (передача объективных данных о больном с медицинской аппаратуры), советы спасателям (врач-специалист консультирует сотрудников мобильных спасательных отрядов), советы населению (предоставление жителям возможности советоваться с врачом) [8].

Полноценное интегрирование телемедицинских технологий в рутинную практику врача значительно ускорит реализацию перехода на цифровое здравоохранение и произведет, несомненно, экономические преимущества по сравнению с традиционными формами

организации контактов врачей с пациентами. В развитии телемедицины в России можно выделить 3 этапа: разработка концепции развития телемедицины, организация и внедрение телемедицинской системы связи Минздрава РФ с представителями в федеральных округах, разработка систем сертификации телемедицинских центров в системе здравоохранения РФ.

В последние годы развитие телемедицины существенно ускорилось, что в основном связано с внешними причинами, а именно после начала эпидемии Covid-19 в связи с невозможностью посещения врача и высокой загруженности сферы здравоохранения. Во многом благодаря активному развитию телемедицинских технологий доступность качественной медицинской помощи среди городского населения возросла. Отличительной особенностью отечественной информатизации здравоохранения является сохранение цифрового неравенства в малонаселённых территориях. Основные преимущества предложенной модели: не требуется присутствие врача непосредственно на месте оказания услуги, возможность контакта лишь с местным фельдшером. Сложные случаи, требующие углубленного обследования, должны направляться к районным и областным специалистам, тем не менее, даже в этой ситуации пациент попадет к врачу с первичными данными обследования, что позволит сократить время на стандартные процедуры при первом контакте пациента с врачом. Представленная схема взаимодействия со специалистами здравоохранения в сельской местности способствует решению одной из стратегических задач цифровизации здравоохранения – повышения доступности качественной медицинской помощи. Также повысит заинтересованность населения в регулярном контроле параметров здоровья, так как для жителей удаленных территорий процесс получения услуги значительно упростится без дополнительных затрат. Учреждения здравоохранительной отрасли переходят к полностью безбумажному документообороту. Но за пациентами остается право составить заявление на ведение медицинской документации в бумажном виде. В таком случае электронный документ должен быть продублирован и на бумажном носителе. В ближайшие годы особой актуальностью будут пользоваться персональные гаджеты с датчиками, которые используют в диагностических целях. С их помощью можно будет отследить уровень глюкозы, сердечного ритма и даже настроения. Врачи получают сведения о состоянии здоровья в режиме реального времени, что позволяет точнее установить диагноз и расписать протокол лечения индивидуально для каж-

дого пациента. Цифровизация в медицине и здравоохранении делает медицинские услуги более привычными, их удобнее получать через сервисы. Многие специалисты уже удостоверились в эффективности делегирования управления здоровьем сервисам. Существует также перспектива модели подписок, с помощью которой можно получить консультации специалистов, составить план по управлению здоровьем. Доступ к медицинским услугам предоставляется на постоянной основе.

Литература:

1. Официальный сайт Правительства РФ/ Программа «Цифровая экономика Российской Федерации», утв. Распоряжением Правительства РФ от 28 июля 2017 г. № 1632-р. – URL: <http://static.government.ru/>.

2. Министерство цифрового развития, связи и массовых коммуникаций Российской Федерации / В России создан консорциум «Цифровое здравоохранение» – URL: <https://digital.gov.ru/ru/events/37934>.

3. Ежедневное онлайн-издание D-russia.ru / Утвержден перечень поручений по цифровизации здравоохранения. – URL: <https://d-russia.ru/utverzhdennperechen-poruchenij-po-tsifrovizatsii-zdravooohraneniya.html> [3]

4. Официальные сетевые ресурсы Президента России / О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года [Указ Президента № 204 от 07.05.2018 г.]. – URL: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/57425>

5. Электронный фонд нормативно-технической и нормативно-правовой информации Консорциума «Кодекс» / Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. №1640]. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/556183184>

6. Министерство цифрового развития, связи и массовых коммуникаций Российской Федерации/ О реализации приоритетного проекта «Электронное здравоохранение» [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://digital.gov.ru/uploaded/files/prezentatsiyavopros6zdravooohranenie.pdf>

7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2018 г. № 911н «Об утверждении Требований к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской

Федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций». URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=338271>

ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА МНОГОПРОФИЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Рыжонина Татьяна Владимировна
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко», г. Пенза, Россия

В существующей общемировой практике здравоохранения понятие «качество» получило дополнение - «безопасность медицинской деятельности».

Поскольку медицинская деятельность состоит из множества взаимоувязанных процессов, которые составляют основу работы медицинской организации, вопросы обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности требуют мультидисциплинарного подхода.

Существующая практика показывает, что государственного контроля (плановых или внеплановых проверок) зачастую бывает недостаточно. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности, являясь обязательным лицензионным требованием, должен служить инструментом для самоконтроля, управления качеством и безопасностью медицинской деятельности и способствовать непрерывному развитию и совершенствованию медицинской организации.

Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко старейшее медицинское учреждение Пензенской области с более чем 175 – летней историей.

Наша медицинская организация сегодня является многопрофильным учреждением здравоохранения и оказывает населению города Пензы и Пензенской области стационарную медицинскую помощь по 39 профилям, в том числе по 14 профилям высокотехнологичной медицинской помощи, а также амбулаторную медицинскую помощь. В настоящее время коечный фонд составляет 1320 коек круглосуточного пребывания и 85 коек дневного стационара.

С 2009 года на базе ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» функционирует Региональный сосудистый центр (РСЦ), специалисты которого оказывают специализированную, включая высокотехнологичную, медицинскую помощь пациентам с инфарктами миокарда, нестабильной стенокардией, инсультами.

На базе поликлиники нашего учреждения функционируют 6 структурных подразделения: кардиологический диспансер, центр медицинский эндокринологический, центр здоровья, центр амбулаторно-поликлинической помощи, центр профпатологии, дневной стационар. Плановая мощность поликлиники 1140 посещений в смену, прием ведут врачи 26 специальностей.

Наш перинатальный центр - это современное учреждение родовспоможения, оказывающее все виды высокотехнологичной специализированной квалифицированной медицинской помощи.

Самый крупный многопрофильный стационар Пензенской области – областная больница имени Н.Н. Бурденко в пандемию встал в ряды «бойцов» с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19.

С 10 апреля 2020г. были развернуты 900 инфекционных коек для приема пациентов с заболеваниями различных нозологий с подозрением на COVID-19 и с подтвержденным диагнозом коронавирусной инфекции. Всего за время пандемии в нашем инфекционном отделении пролечилось более 6,5 тысяч пациентов.

В настоящее время в составе стационара развернуты инфекционные койки для оказания медицинской помощи поступающим из других медицинских организаций пациентам с новой коронавирусной инфекцией.

В нашей медицинской организации работает более 2100 сотрудников, более 1200 из них младший и средний медицинский персонал.

В условиях реализации современной государственной социальной политики, направленной на достижение национальных целей и решение стратегических задач развития Российской Федерации в рамках исполнения майского Указа Президента Российской Федерации, возрастает актуальность разработки и внедрения новых форм отраслевого управления, обеспечивающих максимальную общественно значимую эффективность деятельности медицинских организаций. Перспективным направлением совершенствования управления качеством медицинских услуг является система менеджмента качества, адаптированная к действующим российским и

международным стандартам на базе процессного подхода к организации медицинского обслуживания населения.

С целью обеспечения эффективной реализации политики качества ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им.Н.Н. Бурденко» провела работу которую мы начали в 2012 году и в 2015 году получили первыми в Пензенской области сертификат контроля качества ISO: 2008, который был подтвержден в 2023 году.

С 2018 года продолжено внедрение передовой системы организации медицинской помощи, включающая оценку состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов; оценку процесса медицинского обслуживания; выявление и обоснование рисков, влекущих за собой снижение качества медицинской деятельности.

В рамках реализации данного направления в нашей медицинской организации разработаны и внедрены в работу следующие приказы, представленные на слайде.

Предлагаемая пациентоориентированная модель системы управления качеством включает в себя процессный подход, риск-менеджмент, методологию непрерывного повышения качества медицинской деятельности. Внутренний контроль качества и безопасности при этом является базовым элементом, определяющим общую результативность системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности.

Администрацией нашей медицинской организации в целях активизации деятельности внутреннего контроля качества проводилось обучение персонала современным инструментам управления и методологии построения системы управления качеством, подготовка и проведение самооценки, проведение внешней оценки, разработка и внедрение плана мероприятий по совершенствованию деятельности на основе результатов аудитов.

Были организованы лекции, консультации, мастер-классы, тренинги и другие формы мультидисциплинарного взаимодействия. По итогам внешней оценки подготовлены заключение и рекомендации, предложена программа мероприятий по совершенствованию качества и безопасности медицинской деятельности. Благодаря проведенным мероприятиям, коллектив больницы смог оценить действующие лечебно-диагностические процессы, объективно взглянуть на их текущее состояние и определить актуальные направления.

В нашей медицинской организации с 2015 года организована работа отдела внутреннего контроля качества медицинской деятельно-

сти, а с 2021 года в штатную структуру введена должность заместителя главного врача по клинико-экспертной работе.

Наша больница является методологическим центром для медицинских организаций Пензенской области и практически является центром по реализации проекта в регионе, обеспечивает тиражирование лучших практик, основанных на современной и успешно апробированной модели построения системы управления качеством.

Сестринское дело является важнейшей составной частью системы здравоохранения, располагающей значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и качественной медицинской помощи.

Именно поэтому, работа с сестринским персоналом в нашей медицинской организации направлена на выработку грамотных профессиональных навыков у медицинских сестер, проведение объективного контроля за их работой, внедрение методик, позволяющих в полной мере отражать деятельность медицинского персонала в соответствии с действующими стандартами оказания медицинской помощи и нормативными правовыми актами, определяющими работу среднего медицинского персонала.

В 2012 году было разработано положение о стимулирующих выплатах.

Контрольные вопросы деятельности медсестер легли в основу критериев оценки качества работы среднего медицинского персонала, которые разработаны по каждой медсестринской специальности и которые вошли в Положение о стимулирующих выплатах работникам нашей больницы представлены на слайде.

В нашем Учреждении сложилась трехуровневая система оценки качества работы среднего медицинского персонала (ранее она была двухуровневой).

Для выполнения стандартов оказания медицинской помощи в части выполнения медсестринских процедур в 2012 году были сформированы новые сестринские листы динамического наблюдения. Листы объединили в себе сестринские манипуляции, утвержденные стандартами оказания медицинской помощи по различным заболеваниям согласно профилю отделения. Это позволило медицинским сестрам осуществлять наблюдение за пациентами согласно стандартам оказания медицинской помощи, а старшей медицинской сестре отделения контролировать их выполнение.

Контроль качества деятельности медсестринского персонала осуществляется на основании приказа, представленного на слайде.

Положением определено, что система внутреннего контроля качества работы медсестринского персонала направлена на защиту и реализацию прав граждан на охрану здоровья и совершенствование деятельности медсестринского персонала.

В 2012 году в Совете медицинских сестер сформирован сектор по оценке качества работы среднего медицинского персонала.

Это позволило более тщательно контролировать работу медицинских сестер, обращая особое внимание на устранение выявленных недостатков в работе.

Для каждой специальности среднего медицинского персонала были разработаны критерии эффективности, содержащие балльную оценку работы специалистов. Основным критерием работы является коэффициент качества работы.

Трехуровневый подход к осуществлению контроля за деятельностью медсестринского персонала позволил не только объективно контролировать работу, но и проводить рейтинговую оценку деятельности каждой медицинской сестры как внутри подразделения, так и в целом по Учреждению.

Основным критерием качества работы медсестринского персонала и младшего медицинского персонала является удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинской помощи. В отделениях Учреждения старшими медицинскими сестрами ежемесячно проводится анкетирование среди пациентов. Для оптимизации полученных результатов качества оказания медицинской помощи была разработана методика обработки анкет. В основу данной методики был положен сравнительный анализ качества работы всего среднего медицинского персонала, с выставлением оценки и выведения рейтинга. Данный рейтинг является критерием и индикативом качества труда оценки организации и эффективности ее работы.

В конце года по итогам сформировавшегося годового рейтинга, Советом медицинских сестер больницы подводятся итоги и определяются 4 лучших медицинских сестры, которые приказом главного врача больницы поощряются премией по итогам года.

В нашей медицинской организации активно проводятся сестринские исследования, которые помогают вносить изменения в организацию работы медсестринского персонала, выявлять слабые места в его деятельности, искать пути улучшения качества оказания медицинской помощи. Это:

- оптимизация штатного расписания по объединению функций старших медицинских сестер однопрофильных отделений;
- исследование по изучению мнения персонала отделений, в которых прошла оптимизация штатных расписных медсестринского и младшего медицинского персонала

В рамках реализации приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.06.2016г. № 309 «Об утверждении плана мероприятий («дорожная карта») по расширению функций специалистов со средним медицинским образованием» с августа 2016 года в МО Пензенской области реализован эксперимент по введению должности «Медицинская сестра клиническая» и реализованы в нашей медицинской организации.

Согласно современной концепции развития сестринского дела медицинская сестра должна быть высококвалифицированным специалистом - партнером врача и пациента, способным к самостоятельной работе в рамках единой лечебной бригады. Роль и функции сестринского дела в обществе требуют, чтобы каждая медицинская сестра брала на себя ответственность за непосредственное предоставление сестринской помощи и располагала бы требуемыми полномочиями для этого.

В нашей медицинской организации сестры являются аудиторами при проведении плановых и внеплановых внутренних аудиторских проверок по всем направлениям.

После проведения проверки формируется корректирующий план мероприятий, направленных на устранение выявленных нарушений.

Медицинские сестры являются самыми активными участниками формирования стандартных операционных процедур, алгоритмов, а так же чек – листов по их выполнению. Сегодня в нашей медицинской организации внедрены в работу более 200 СОП и 78 алгоритмов, сопряженных с деятельностью сестринского персонала.

В 2023 году при содействии Региональной общественной организации средних медицинских работников Пензенской области «Надежда» выпущен сборник стандартных операционных процедур

Безопасность медицинской деятельности с позиции врачей и пациентов, повышение осведомлённости пациентов и медицинских работников о проблемах безопасности медицинской деятельности с использованием специализированного анкетирования активно способствует повышению компетенции персонала и вовлеченности пациентов. Анкетирование пациентов в нашей больнице проводится ежедневно, охватывает 75% пациентов в каждом структурном подразде-

лении. По итогам анкет выявляются наиболее слабые места в работе отделений, принимаются меры по их устранению, а также планируются внутренние аудиторские проверки по выявленным направлениям контроля качества.

Более чем 10 – ти летний опыт внедрения системы контроля качества оказания медицинской помощи по всем направлениям нашел свое отражение в улучшении экономических показателей работы нашей медицинской организации. А именно:

- выявлено меньшее количество нарушений внешними аудиторскими проверками (ФОМС, Росздравнадзор и т.д.), что привело к снижению финансовых санкций;

- увеличение материального стимулирования сотрудников за выполнение критериев эффективности работы, что привело к росту заработной платы медицинского персонала ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им.Н.Н. Бурденко»;

1. Унифицированная система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности внедренная в нашем учреждении позволяет непрерывно повышать качество и безопасность медицинской деятельности.

2. В нашей медицинской организации создан отдел контроля качества и безопасности медицинской деятельности с подготовленными специалистами, владеющими методологией проведения внутреннего контроля, что позволяет проводить планомерную и эффективную работу по проведению внутреннего аудита.

3. Для эффективной работы системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности сестринского персонала:

- сформирован план внедрения системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

- разработаны локальные документы медицинской организации, закрепляющих основные требования к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности и их соблюдению при выполнении манипуляций и процедур персоналом;

- внедрены контрольные листы оценки качества и безопасности по разделам медицинской деятельности;

- сформирована корпоративная культура безопасности медицинской организации с проведением периодической оценки;

- осуществляется выявление нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности, подлежащих регистрации и учету;

– создан и проводится контроль деятельности мультидисциплинарных рабочих групп по основным направлениям работы медицинской организации;

– проводится реализация программы мероприятий по улучшению качества и безопасности медицинской деятельности на основе периодической оценки - аудита.

После внедрения в работу системы контроля качества работы сестринского персонала мы получили следующие результаты:

1. повышение эффективности работы сотрудников от 5 до 50 % в различных отделениях. При грамотном проведении анкетирования эффективность работы медицинского персонала возрастает.

2. снижение затрат и времени на адаптацию сотрудников.

3. снижение обращений пациентов на низкое качество оказания медицинской помощи сестринским персоналом.

4. повышение сплоченности коллектива и исчезновение предпосылок для конфликтов между руководством и сотрудниками.

5. внедренные мероприятия позволили сделать оценку более объективной, тем самым медицинские сестры более спокойны в плане результата их проделанной работы.

6. предлагаемая система оценки подталкивает к самосовершенствованию сотрудника, закреплению кадров.

7. возрастает мотивация сотрудников для оказания качественной медицинской помощи населению.

Литература:

1. Конституция РФ [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/d94e831070f1b26a082b3517d51e9e4c348fc419/

2. Гражданский кодекс РФ [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://base.garant.ru/10164072/60/#block_2059

3. Международный стандарт ИСО 8402 [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://snipov.net/c_4698_snip_98726.html#i191485

4. Закон РФ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.08.2004, №122-ФЗ [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://rulaws.ru/laws/Federalnyy-zakon-ot-22.08.2004-N-122-FZ/>

5. Федеральный закон № 323 от 21.11.2011 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/document/>

6. Беляцкий Н.П., Велеско С.Е., Ройш П. Управление персоналом. Учебное пособие / Н.П. Беляцкий, С.Е. Велеско, П. Ройш – М.: Интерпрессервис, 2002 – 352 с.

7. Иванов В.Н., Патрушев В.И., Гладышев А.Г., Иванов А.В. Основы социального управления. Учебное пособие / В.Н. Иванов, В.И. Патрушев, А.Г. Гладышев, А.В. Иванов. М.: «Высшая школа» 2001 – 271с.

8. Камынина Н.Н., Островская И.В., Пьяных А.В. Менеджмент и лидерство. Учебное пособие / Н.Н. Камынина, И.В. Островская. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012 – 528 с. 57

9. Карпов К.В., Ходакова О.В., Лучкина В.В. Качество медицинской помощи» № 3. Учебное пособие / К.В. Карпов, О.В. Ходакова, В.В. Лучкина. М.: 2002 – 89 с.

10. Кибанов А.Я. Управление персоналом организации Учебное пособие / А.Я. Кибанов. М.: ИНФРА-М, 2011 – 695 с. 20

11. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи. Учебное пособие / Г.И. Назаренко, Е.И. Полубенцева. М.: Медицина, 2000 – 367 с.

НАСТАВНИЧЕСТВО КАК ОДИН ИЗ ВАЖНЕЙШИХ ФАКТОРОВ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Рыжонина Татьяна Владимировна
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко», г. Пенза, Россия

Проблема подготовки медицинских кадров в России имеет в настоящее время особое значение, что связано с необходимостью повышения качества и доступности здравоохранения, в целях реализации поставленных Президентом задач по сохранению населения, здоровья и благополучия граждан в рамках сформулированных национальных целей развития Российской Федерации до 2030 года.

Однако, несмотря на многочисленные попытки укомплектовать штат медицинских сотрудников, разработку национальных, региональных и муниципальных проектов по сохранению и привлечению медицинских работников, дефицит кадров в системе здравоохранения России сохраняется и в настоящее время

В связи с повышением роли среднего медицинского персонала и требований, предъявляемых к медсестрам, в Пензенской области реализуются различные формы работы со специалистами сестринского дела для решения задач повышения качества медицинской помощи и развития здравоохранения региона.

Одним из направлений национального проекта «Здравоохранение» является «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», реализуемый на территории Пензенской области.

На территории Пензенской области работают более 4 тысяч врачей и около 11с половиной тысяч средних медицинских работников. Обеспеченность средним медицинским персоналом области составляет 92,2. Укомплектованность кадрами сестринского персонала составляет 91,8. Соотношение врач – медсестра выше чем по Российской Федерации и составляет 1:2,7

Медицинские работники области получают меры социальной поддержки, представленные на слайде. Как федеральные так и региональные.

Еще одна проблема – недостаточная практическая подготовка студентов, которые могли бы в полном объеме выполнять свою работу сразу же после окончания медицинского колледжа. Ни один медицинский работник после получения диплома об образовании не готов к ответственной и качественной профессиональной деятельности.

Для решения данных вопросов нам на помощь приходит наставничество, как инструмент передачи богатого личного опыта профессиональной деятельности молодому специалисту, ускорении его адаптации к профессиональной деятельности, оказание помощи и поддержки.

Наставничество – это форма участия опытных профессионалов в подготовке и воспитании молодежи по соответствующей профессии.

Недооценить роль наставничества невозможно, именно поэтому Указом Президента Российской Федерации № 401 от 22.07.2022 - 2023 год был объявлен Годом педагога и наставника.

Наша медицинская организация - Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» является старейшим учреждением здравоохранения Пензенской области, богато своими традициями и практиками работы с молодыми специалистами.

Сегодня наша медицинская организация является многопрофильным учреждением здравоохранения и оказывает населению стационарную медицинскую помощь по 39 профилям, в том числе по 14 профилям высокотехнологичной медицинской помощи, а также амбулаторную медицинскую помощь. В настоящее время коечный фонд составляет 1320 коек круглосуточного пребывания и 85 коек дневного стационара.

С 2009 года на базе ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» функционирует Региональный сосудистый центр (РСЦ), специалисты которого оказывают специализированную, включая высокотехнологичную, медицинскую помощь пациентам с инфарктами миокарда, нестабильной стенокардией, инсультами.

На базе поликлиники ГБУЗ ПОКБ им Н.Н. Бурденко функционируют 4 структурных подразделения: кардиологический диспансер, центр медицинский эндокринологический, центр здоровья, дневной стационар. Плановая мощность поликлиники 1140 посещений в смену, прием ведут врачи 26 специальностей.

Перинатальный центр ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» - это современное учреждение родовспоможения, оказывающее все виды высокотехнологичной специализированной квалифицированной медицинской помощи женщинам и новорожденным Пензенской области.

Анализ кадрового состава сестринского персонала нашей медицинской организации представлен на сладе.

Всего в нашей медицинской организации работает 1107 человек сестринского персонала, из них 94,2% имеют сертификат и аккредитованы. Соотношение врач - медсестра на протяжении ряда лет составляет 1:2.

73% специалистов среднего звена имеют квалификационную категорию. Не имеют квалификационной категории специалисты со стажем работы менее 3-х лет, а также студенты медицинского ВУЗа, работающие на должностях среднего медицинского персонала (65 человек).

Из числа аттестованных 85,5 имеют высшую квалификационную категорию, 6,9% - первую, 7,6% - вторую.

Профориентационную работу по привлечению молодых специалистов в нашей медицинской организации мы начинаем со школьников.

Наши сотрудники являются членами Красного Креста и возглавляют направление обучение первой помощи. За 2023 год нами про-

ведено 52 мастер класса по обучению навыкам оказания первой помощи, охвачено более 2000 школьников с 1 по 11 класс из г. Пензы и Пензенской области.

В октябре этого года проведен Чемпионат по первой помощи среди школьников приняли участие 145 человек, команда – победитель сборная Шемышейского района приняла участие во Всероссийском этапе чемпионата.

Для школьников мы проводим Дни открытых дверей 2 раза в год. С посещение музея Н.Н. Бурденко, который находится на территории нашей больницы, показываем работу отделений реанимации, оперблока, рентгенодиагностической службы. Многие после посещения нашей медицинской организации вступают в объединение Волонтеры – медики и приходят к нам в качестве волонтеров. Ежегодно у нас бывает более 200 школьников – волонтеров, которые потом принимают решение о профессии медицинского работника.

Ежегодно на базе нашей медицинской организации проходят производственную практику более 500 учащихся медицинских колледжей, и более 600 студентов 1,2 и 3 курса медицинского института.

Непосредственными руководителями практических занятий являются старшие медицинские сестры отделений, которые кроме того являются внешними совместителями – преподавателями ГБОУ ПО «Пензенский медицинских колледж».

С самого первого дня учащиеся и студенты погружаются в специальность медицинской сестры нашей медицинской организации. Руководители практики прививают им не только необходимые практические навыки, но и любовь к профессии, любовь к нашей больнице.

Благодаря такой работе бедующие специалисты – медицинские сестры определяют для себя направление будущей работы, по которой в дальнейшем проходят профессиональную переподготовку и аккредитацию.

А студенты - медики с удовольствием приходят к нам на работу после 3 курса в качестве среднего медицинского персонала. Сегодня у нас работает 75 медицинских сестер из числа студентов 4,5,6 курсов медицинского факультета Пензенского государственного университета.

Но особое внимание мы уделяем молодым специалистам.

В 2023 впервые мы приняли по целевому приему 4 специалистов по специальностям «Анестезиология и реаниматология», «Операционное дело».

Оплату за обучение было приведено РОО СМР ПО Надежда, а между молодыми специалистами, больницей, колледжем и общественной организацией был заключен четырёхсторонний договор согласно которого, данные специалисты обязуются проработать у нас 3 года после окончания СОУЗ без учета декретного отпуска. Договор ими был заключен в январе 2023 года за 6 мес. до окончания обучения колледже. Сегодня все целевики работают на своих рабочие места.

В текущем году мы продолжили данную практику и подготовили 6 специалистов по специальности «Анестезиология и реаниматология».

Кроме того, ежегодно около 20 специалистов проходят профессиональную переподготовку за счет средств ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

Нормативная база системы наставничества в нашей области и медицинской организации представлена на данном слайде.

Основным документов по организации работы наставников является наш внутренний приказ о назначении наставников молодым специалистам.

Ежегодно согласно внутреннего приказа назначаются наставники молодых специалистов из числа высококвалифицированных медицинских работников (врачи, медсестры) со стажем работы не менее 7 лет.

Наставники и молодые специалисты заключают соглашение и взаимодействия.

Основанной задачей является быстрая и безболезненная адаптация специалиста на рабочем месте.

Проводится входной контроль. При проведении входного контроля проводится анкетирование по основным вопросам деятельности сестринского персонала: приверженность к гигиене рук, оказание сердечно – легочной реанимации, знание санитарно – противоэпидемических мероприятий, оказание неотложной доврачебной помощи.

Наставник составляет индивидуальный план работы с молодым специалистом, который корректируется по мере работы.

Ежемесячно формируются отчет о наставнической деятельности, проводятся корректирующие мероприятия.

В нашей медицинской организации наставки получают ежемесячные стимулирующие выплаты в течение времени, определенного внутренним приказом по наставничеству.

В нашей медицинской организации существует много иных форм наставнической деятельности:– Проведение сестринских научно- практические конференции ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко областных, с привлечением студентов колледжа, проходившими практику в нашей медицинской организации.

- Мастер – классы по уходу за пациентами с участием волонтеров – медиков и студентов колледжа.

- Психологические тренинги по коммуникациям и первой психологической помощи пациентам

- Участие в молодых специалистов общепольничных мероприятиях, спортивных соревнованиях, конкурсах профессионального мастерства.

«Школа молодого специалиста» является основной из них. Работает согласно плана. В течение месяца с молодыми специалистами проводят занятия: заместитель главного врач по работе с сестринским персоналом, заведующий эпидемиологическим отделом, заведующий аптекой, заведующей юридическим отделом проходят матер – классы по уходу за пациентами, оказанию неотложной помощи, проводится встреча с юристом и психологом.

Изучаются приказы по внутреннему контролю качества и стандартным операционным процедурам.

Наша больница за более чем 175 летний путь развития имеет богатые традиции.

Наиболее значимым из них является «Посвящение в профессию молодых специалистов».

В этот день молодые специалисты становятся полноправными членами большого, дружного коллектива ГБУЗ Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н.Бурденко.

В тождественной обстановке их приветствуют представители Министерства здравоохранения, главный врач, профсоюзные лидеры первичной профсоюзной организации, руководители медицинских общественных организаций.

В этот день в руки молодых специалистов передаётся знамя областной больницы из рук ветеранов здравоохранения как символ многолетнего опыта, высокого профессионализма и традиций больницы.

В этот день молодые специалисты отдают дань уважения своим наставникам и произносят клятву сотрудника Пензенской областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко.

Молодым специалистам вручаются памятные подарки от областного общественной организации средних медицинских работников Пензенской области «Надежда», а наставникам вручаются удостоверения наставника.

В заключение мне бы хотелось сказать, что грамотный подход к развитию наставничества в медицинской организации способствует:

- Повышению теоретической подготовки медицинских сестер.
- Совершенствованию уровня практических навыков.
- Повышению качества оказания медицинской помощи и удовлетворённости пациентов.
- Созданию позитивного образа медицинской организации у молодых специалистов.
- Развитие у них положительного отношения к своей работе.
- Снижение текучести кадров.

Литература:

1. Бурдастова Ю. В. Наставничество в системе здравоохранения: тренд или необходимость? /Ю. В. Бурдастова //Народонаселение. – 2020. – № 1; С. 148–154.

2. Бурдастова Ю. В. Проблемы формализации института наставничества в здравоохранении и пути их решения /Ю. В. Бурдастова // Здравоохранение РФ. – 2021. – № 5; С. 461–465.

3. Двойников С.И. Трудовая адаптация медицинских сестер: система профессиональной ориентации, адаптации и продвижения в медицинской организации /С.И. Двойников, Л.А. Карасева // Медсестра. – Издательский дом «Панорама». – 2020. – № 12; С. 67–82.

4. Егорова И. А. Медицинский аттестационно-симуляционный центр: от концепции создания до первых результатов функционирования /И.А. Егорова, С. Б. Шевченко, В. Ф. Казаков, П. С. Турзин // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2012. – № 3 (9); С. 91–93.

5. Ненахова Ю.С. Наставничество в медицине: на пути к институционализации /Ю.С. Ненахова, Е. В. Локосов //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – № 2; С. 1087–1093.

6. Низовибатько О. Б. Медицинские симулятивные центры – перспектива практического здравоохранения /О. Б. Низовибатько //

Вестник российских университетов. Математика. – 2013. – № 1; С. 311–312.

7. Попсуйко А.Н. Роль института наставничества в формировании и развитии профессиональных навыков медицинских сестёр: российский и мировой опыт /А.Н. Попсуйко, Я. В. Данильченко, О. П. Андгуладзе, Г. В. Артамонова //Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2022. – № 4; С. 98–104.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ТРАНСФУЗИОЛОГИЯ»

Рыжонина Татьяна Владимировна
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко», г. Пенза, Россия

В связи с повышением роли среднего медицинского персонала и требований, предъявляемых к медсестрам, в Пензенской области реализуются различные формы работы со специалистами сестринского дела для решения задач повышения качества медицинской помощи и развития здравоохранения региона.

Одним из направлений национального проекта «Здравоохранение» является «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», реализуемый на территории Пензенской области.

На территории Пензенской области работают более 4 000 врачей и около 11,5 тысяч средних медицинских работников. Обеспеченность средним медицинским персоналом области составляет 92,2. Укомплектованность кадрами сестринского персонала составляет 91,8. Соотношение врач – медсестра выше чем по Российской Федерации и составляет 1:2,7.

В Пензенской области планомерно проводится расширения функций сестринского персонала и внедрение новых сестринских технологий.

Так,

– расширены функции фельдшеров и медицинских сестер первичного звена по поведению диспансеризации населения и ведения прикрепленного населения с 1 группой здоровья;

- фельдшера ФАП, ФЗП и амбулаторий наделены полномочиями по выписке рецептов для хронических пациентов;
- в стационарах внедрены должности клинических медицинских сестер;
- расширены полномочия старших медицинских сестер стационарных отделений по вопросам внутреннего контроля качества медицинских организаций;
- все рабочие места автоматизированы от фельдшерских пунктов до стационарных отделений.

Внедрение в работу новых подходов к деятельности сестринского персонала позволяет повышать качество оказываемой медицинской помощи нашим пациентам.

Невозможно переоценить роль медицинской сестры в одном из самых значимых процессов – трансфузиологии и рассмотреть его на примере нашей многопрофильной медицинской организации.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» является старейшим учреждением здравоохранения Пензенской области, богато своими традициями и практиками работы с сестринским персоналом.

Сегодня наша медицинская организация является многопрофильным учреждением здравоохранения и оказывает населению стационарную медицинскую помощь по 39 профилям, в том числе по 14 профилям высокотехнологичной медицинской помощи, а также амбулаторную медицинскую помощь. В настоящее время коечный фонд составляет 1320 коек круглосуточного пребывания и 85 коек дневного стационара.

С 2009 года на базе ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» функционирует Региональный сосудистый центр (РСЦ), специалисты которого оказывают специализированную, включая высокотехнологичную, медицинскую помощь пациентам с инфарктами миокарда, нестабильной стенокардией, инсультами.

На базе поликлиники ГБУЗ ПОКБ им Н.Н. Бурденко функционируют 4 структурных подразделения: кардиологический диспансер, центр медицинский эндокринологический, центр здоровья, дневной стационар. Плановая мощность поликлиники 1140 посещений в смену, прием ведут врачи 26 специальностей.

Перинатальный центр ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» - это современное учреждение ро-

довспоможения, оказывающее все виды высокотехнологичной специализированной квалифицированной медицинской помощи женщинам и новорожденным Пензенской области.

Ежегодно в стационаре областной больницы лечится более 35 тыс. человек, выполняется более 25 тыс. оперативных вмешательств.

Трансфузиологическая служба была представлена в нашей больнице от простых манипуляций в самом начале становления здравоохранения в Губернии.

До организации отделения переливания крови в 1986 году, которое в 2018 году было реорганизовано в форме объединения трансфузиологического кабинета и отделения гравитационной хирургии крови. Отделение трансфузиологии и гравитационной хирургии крови обеспечивает работу всей трансфузиологической службы в ГБУЗ «Пензенской областной клинической больницы имени Н. Н. Бурденко».

Базируясь на принципах доказательной медицины, руководствуясь современными концепциями «менеджмента крови» в трансфузионной терапии, специалистами отделения клинической трансфузиологии осуществляются все виды трансфузиологической помощи:

- трансфузиологическая и медикаментозная коррекция расстройств гемостаза и анемии различного генеза;
- экстракорпоральная гемокоррекция при различных патологических состояниях;
- применение кровесберегающих технологий при проведении операций;
- анализ обоснованности заявок подразделений на компоненты донорской крови;
- оценка результатов клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов;
- организация подбора совместимых пар донор–реципиент при трансфузиях донорских эритроцитов
- участие в разработке оптимальных программ трансфузионной терапии;
- контроль ведения учетно-отчетной документации по клиническому использованию компонентов донорской крови;
- учет случаев реакций и осложнений переливания компонентов крови;
- разработка мероприятий по профилактике посттрансфузионных реакций и осложнений;
- учет и анализ проводимой трансфузионной терапии.

Отделение оснащено современной аппаратурой:

1. Аппарат для аутоотрансфузии крови «Селл Сейвер 5+» (пр-во Haemonetics). Для применения кровесберегающих технологий при оперативных вмешательствах, он предназначен для восстановления крови, обычно теряемой во время хирургической операции.

2. Аппарат для каскадной плазмофильтрации Plasauto Sigma. Внедрен в практику в 2021 г. с целью комплексного лечения Новой коронавирусной инфекции у пациентов с тяжелой степенью поражения легких. Является многофункциональной системой для проведения продленных процедур заместительной почечной терапии и лечебного плазмафереза.

3. Аппарат «Гемос - ПФ» многофункциональный. Используется в отделении с 2019г.

4. Портативная многофункциональная система адаптивного класса, термостат для хранения тромбоцитов Лидстат – предназначен для поддержания и контроля в рабочей камере температуры, необходимой для хранения тромбоцитов.

5. Миксер линейный для хранения тромбоцитов Тромикс-4. Предназначен для хранения тромбоцитов в условиях постоянного перемешивания. Обеспечивает стабильно высокое качество продукта на протяжении всего срока хранения: амплитуда и число перемещений эластичной перегородки соответствует рекомендациям ВОЗ.

6. Аппарат для быстрого размораживания, подогрева и хранения в теплом виде плазмы, крови и инфузионных растворов «Лидмелт»

7. Аппарат предназначен для быстрого размораживания, подогрева и хранения в теплом виде плазмы, крови, компонентов крови и инфузионных растворов.

8. Центрифуга лабораторная Liston. Центрифуга предназначена для разделения неоднородных жидких систем и применяется в медицинских лабораториях с небольшим количеством проб.

9. Центрифуга для проведения гравитационного прерывистого лечебного плазмафереза ЦЛП6-02. Центрифуга предназначена для разделения суспензий и крови с размерами частиц от 0,1 до 10 мкм на компоненты под действием центробежного поля ротора.

10. Большой парк холодильного оборудования. Специализированное холодильное оборудование позволяет хранить плазму крови до трёх лет, эритроцитсодержащие компоненты до истечения срока годности.

Отделение полностью удовлетворяет потребности больницы в компонентах крови. Среднегодовая потребность ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в компонентах крови более 2000 литров.

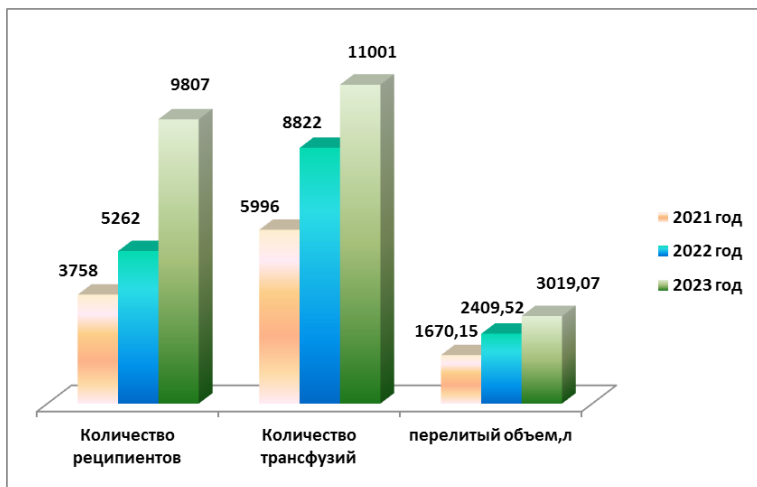


Рисунок 1. Клиническое использование компонентов крови

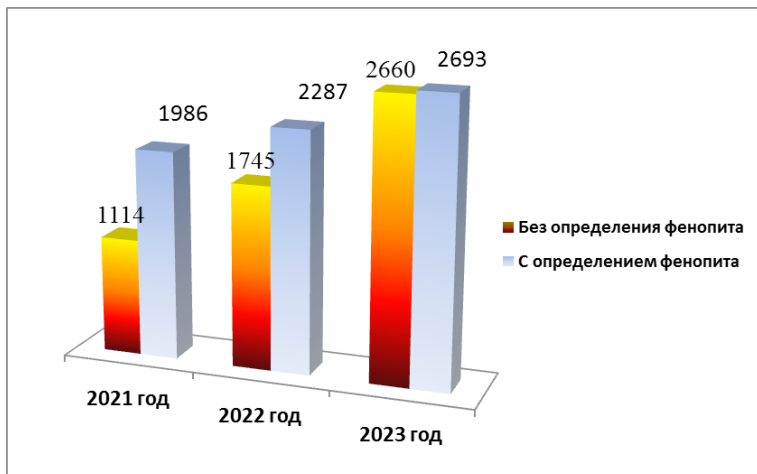


Рисунок 2. Переливание эритроцитсодержащих сред

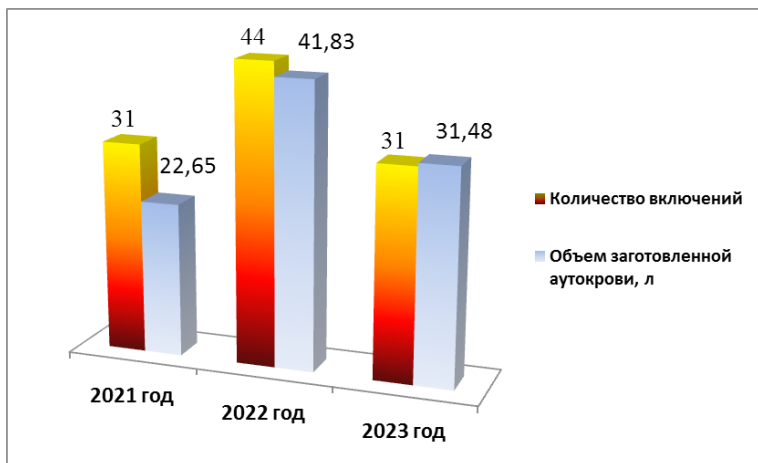


Рисунок 3. Интраоперационная реинфузия аутокрови

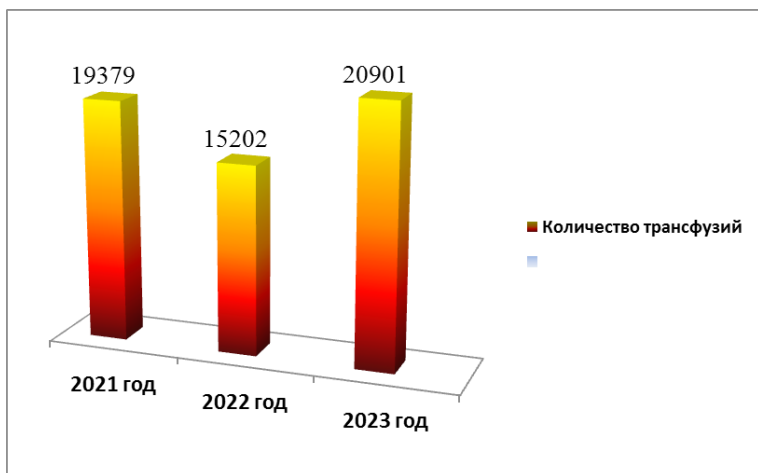


Рисунок 4. Трансфузии компонентов крови и препаратов крови в структурных подразделениях стационара

Деятельность отделения осуществляется на основе нормативных актов:

– Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

– Федеральный закон Российской Федерации от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов»,

– Постановление Правительства Российской Федерации от 22.06.2019 № 797 «Об утверждении Правил заготовки, хранения, транспортировки и клинического использования донорской крови и ее компонентов и о признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации»,

– Постановление Правительства Российской Федерации от 05.08.2013 № 667 «О ведении единой базы данных по осуществлению мероприятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов, развитием, организацией и пропагандой донорства крови и ее компонентов»,

– приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»,

– приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»,

– приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1128н «О порядке представления информации о реакциях и об осложнениях, возникших у реципиентов в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов, в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по организации деятельности службы крови»,

– приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1134н «Об утверждении порядка медицинского обследования реципиента, проведения проб на индивидуальную совместимость, включая биологическую пробу, при трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов»,

– приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2020 № 1148н «Об утверждении требований к организации системы безопасности деятельности субъектов обращения донорской крови и (или) ее компонентов при заготовке, хранении, транспортировке и клиническом использовании донорской крови и (или) ее компонентов»,

– приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.10.2020 № 1157н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, в том числе в форме электронных доку-

ментов, связанных с донорством крови и (или) ее компонентов и клиническим использованием донорской крови и (или) ее компонентов, и порядков их заполнения»,

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.10.2020 № 1170н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Трансфузиология»,

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.07.2013 № 478н «Об утверждении норматива запаса донорской крови и (или) ее компонентов, а также порядка его формирования и расходования»,

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.08.2022 № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения»,

- СанПиН 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг»,

- СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»,

- приказ ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 14.11.2022 № 267 «О реализации «Предложений (практических рекомендаций) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре) (вторая версия)», утвержденных ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора от 01.03.2022, с целью организации работы трансфузиологической службы в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

Основным документом является внутренний приказ «Об организации работы трансфузиологической службы в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» № 41 от 04.02.2024 года

Данный приказ создает единой доктрину оказания медицинской помощи больным, нуждающимся в оказании трансфузиологической помощи

Приказом разработаны и внедрены 11 алгоритмов работы трансфузиологической службы – краткие формуляры лечебно-диагностической тактики, содержащие установочные положения,

обязательные для выполнения, а также перечень положений, выполнение которых целесообразно, либо, напротив, недопустимо, применительно к региональным особенностям организации медицинской помощи. В качестве объектов стандартизации избраны основные трансфузиологические манипуляции.

А именно: Утверждает положение об организации работы трансфузиологической службы в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

Утвердить алгоритмы:

- Алгоритм заказа и доставки крови и (или) ее компонентов
- Алгоритм возврата крови и (или) ее компонентов.
- Алгоритм идентификации крови и (или) ее компонентов
- Алгоритм экстренного вербального заказа крови и (или) ее компонентов в ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови».
- Алгоритм обследования пациентов при поступлении .
- Алгоритм действий в случае реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией донорской крови и (или) ее компонентов
- Алгоритм действий медицинского персонала при массивной кровопотере во время оперативного вмешательства.
- Алгоритм действий медицинского персонала перинатального центра при массивной кровопотере во время оперативного вмешательства
- Алгоритм переливания крови и её компонентов в плановом порядке
- Алгоритм переливания свежезамороженной плазмы
- Алгоритм переливания тромбоцитов.
- Алгоритм переливания криопреципитата.
- Алгоритм переливания крови и её компонентов в экстренном порядке.
- Алгоритм подбора компонентов крови особым группам реципиентов
- Алгоритм проведения аутотрансфузии крови.
- Алгоритм списания и утилизации крови и ее компонентов
- Алгоритм формирования запаса и расходования донорской крови и (или) ее компонентов

Кроме того данный приказ утверждает

- Правила транспортировки и хранения донорской крови и (или) ее компонентов.

– Правила приема биоматериала для иммуногематологических исследований в ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови»

- Порядок обучения персонала по трансфузиологической помощи
- Утверждает образцы бланков

Отделение укомплектовано согласно штатного расписания заведующим отделением врачом - трансфузиологом, старшей медицинской сестрой отделения и 3 операционными медицинскими сестрами и 3 медицинскими сестрами.

Функциями отделения являются:

– организация и обеспечение операций переливания крови и ее компонентов пациентам хирургических отделений во время выполнения оперативных вмешательств;

- проведение операций интраоперационной реинфузии крови;

– организация приема заявок для получения донорских компонентов крови в нашей МО;

– организация обеспечения отделения больницы донорскими компонентами крови, реактивами для определения ее групповой принадлежности, реактивами для проведения проб на совместимость;

– ведение и регистрация прихода и расхода донорских компонентов крови;

– контроль за соблюдением требований оказания трансфузиологической помощи, ведением медицинской документации;

– консультирование медицинского персонала нашей МО по вопросам оказания трансфузиологической помощи;

– руководство и контроль организации службы трансфузиологии в клинических отделениях.

Роль сестринского персонала в организации трансфузиологической службы невозможно переоценить.

Руководит сестринским персоналом старшая медицинская сестра. В ее функциональные обязанности входит:

– Организация работы младшего и среднего медицинского персонала отделения гемотрансфузии.

– Составление графика работы сотрудников с учетом обеспечения препаратами крови в стационарных отделениях в круглосуточном режиме.

– Участие в работе сектора по контролю качества Совета медсестер больницы по вопросам трансфузиологии, с проведением ежемесячных обходов отделений, согласно утвержденного графика, с заполнением чек – листов.

- Формирование корректирующих мероприятий в случае выявления нарушений.

- Проведение обучающих занятий в отделениях с сестринским персоналом по вопросам организации трансфузиологической помощи.

- Участие в проведении зачетов по вопросам трансфузиологии среди сотрудников структурных подразделений.

- Контроль учета, движения, условий хранения препаратов крови в МО.

Медицинская сестра отделения трансфузиологии осуществляет:

- своевременное получение, транспортировку и хранение компонентов крови,

- выдачу донорских компонентов крови в отделения нашей МО,

- учет поступления и расходования компонентов крови

- обеспечивает оснащение и правильное проведение проб перед операцией переливания крови и ее компонентов;

- под контролем врача оформляет медицинскую документацию;

- наблюдает за состоянием пациента при проведении переливания крови и ее компонентов (измеряет артериальное давление, проводит термометрию, выполняет назначения врача - трансфузиолога), немедленно информирует врача об изменении состояния пациента;

- строго выполняет санитарно - эпидемиологические требования при проведении гемотрансфузий.

Согласно внутреннего приказа во всех отделениях больницы ведутся утвержденные формы медицинской документации по проведению переливания крови и ее компонентов.

Таким образом, что грамотный подход к организации трансфузиологии в медицинской организации способствует:

Увеличению объема переливаемых компонентов крови в связи с увеличением количества пациентов с тяжелой патологией, в том числе, нуждающихся в предоперационной подготовке.

Вырабатывает более взвешенный подход к рациональной трансфузионной терапии (в том числе периперационной), увеличение доли применения эритроцитсодержащих компонентов крови, обогащенных лейкоцитами и тромбоцитами (ЭМОЛТ), в связи с чем отмечено отсутствие посттрансфузионных осложнений и минимизация посттрансфузионных реакций.

Широко использует современные иммуногематологические методы диагностики, позволяющие осуществлять индивидуальный подход к выбору методов лечения. С 2020 года лаборатория боль-

ницы осуществляет фенотипирование крови реципиентов, и только в сложных клинических случаях, а также при обнаружении антиэритроцитарных антител и необходимости индивидуального подбора компонентов, кровь реципиента направляется в лабораторию ПОКЦК.

Привело к увеличению количества интраоперационных реинфузий аутокрови в связи с увеличением числа пациентов, нуждающихся в высокотехнологичной медицинской помощи, увеличением числа пациентов, нуждающихся в экстренном хирургическом вмешательстве. Работа на аппарате «Cell-Saver 5+» осуществляется круглосуточно 24/7 за счет дежурства трансфузиологов «на дому».

Самое главное, это то что централизация трансфузиологической службы высвобождает операционную бригаду от вопросов переливания крови в ходе операционного вмешательства, тем самым увеличивая качество и безопасность оказания медицинской помощи пациентам.

Литература

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

2. Федеральный закон Российской Федерации от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов».

3. Постановление Правительства Российской Федерации от 22.06.2019 № 797 «Об утверждении Правил заготовки, хранения, транспортировки и клинического использования донорской крови и ее компонентов и о признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации».

4. Постановление Правительства Российской Федерации от 05.08.2013 № 667 «О ведении единой базы данных по осуществлению мероприятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов, развитием, организацией и пропагандой донорства крови и ее компонентов».

5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1128н «О порядке представления информации о реакциях и об осложнениях, возникших у реципиентов в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов, в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по организации деятельности службы крови».

8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1134н «Об утверждении порядка медицинского обследования реципиента, проведения проб на индивидуальную совместимость, включая биологическую пробу, при трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов».

9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2020 № 1148н «Об утверждении требований к организации системы безопасности деятельности субъектов обращения донорской крови и (или) ее компонентов при заготовке, хранении, транспортировке и клиническом использовании донорской крови и (или) ее компонентов».

10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.10.2020 № 1157н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, в том числе в форме электронных документов, связанных с донорством крови и (или) ее компонентов и клиническим использованием донорской крови и (или) ее компонентов, и порядков их заполнения».

11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.10.2020 № 1170н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Трансфузиология».

СТАНДАРТИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Сажина Наталья Павловна

ГБУЗ Нижегородской области «Клинический диагностический центр», г. Нижний Новгород, Россия

Рассмотрим внедрение стандартных операционных процедур (далее СОП), отвечающих единому формату. В каждом лечебном учреждении формат разрабатывается самостоятельно. При трудоустройстве в лечебное учреждение работник получает СОП, это упрощает процесс ознакомления с нормативной документацией. Деятельность современной медицинской сестры предполагает еже-

дневное использование различных стандартов правильного, четко-го, своевременного и последовательного выполнения основных сестринских манипуляций, методика которых представлена в виде алгоритма последовательных действий (СОП).

Предлагаю рассмотреть вариант создания СОП, разработанный главной медицинской сестрой ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр».

Цель: Стандартизация сестринской деятельности.

Сфера применения: Обязательна к применению для всех сотрудников ГБУЗ НО «КДЦ» и распространяется на процессы и задачи, которые подлежат стандартизации и внесению в список стандартных операционных процедур.

Разработка СОП: Направлена на унификацию действий при выполнении конкретных процессов, связанных с деятельностью ГБУЗ НО «КДЦ». В зависимости от процессов, разработкой может заниматься любой сотрудник ГБУЗ НО «КДЦ», вовлеченный в реализацию этих процессов. В общем виде за разработку конкретного содержания СОП отвечает наиболее квалифицированный по данному процессу/процедуре сотрудник. Для создания допускается привлечение внешнего эксперта(ов). План разработки любого СОП согласуется с заместителем главного врача по медицинской части, заместителем главного врача по ОМО, главной медицинской сестрой, врачом эпидемиологом (далее комиссия) и утверждается главным врачом ГБУЗ НО «КДЦ». Согласование проводится комиссией в составе не менее трех человек.

Модификация СОП: Любая модификация СОП возможна только после согласования с комиссией. Отличием модификации от актуализации является тот факт, что актуализация проводится не реже одного раза в три года, а модификация – по требованию. Основанием для модификации СОП может служить, но не ограничивается этим:

- изменение условий;
- изменение аппаратуры/оборудования;
- изменение ИМН (состава, качества);
- изменение требований для проведения исследований;
- изменения в данных;
- любые изменения метода, процедуры, процессов.

После модификации СОП присваивается новая версия. Старые версии изымаются у сотрудников и выдается новая версия. Соответствующая информация вносится в реестр СОП.

Актуализация СОП: Актуализация (обновление) всех действующих СОП по качеству проводится не реже чем один раз в три года. Период для пересмотра по качеству составляет 1 (один) месяц. Актуализация проводится разработчиком СОП или ответственным сотрудником по поручению. Актуализация подразумевает проверку соответствия всех стадий процессов и получаемых результатов/данных исходным требованиям СОП. Актуализация может не приводить к изменению СОП, модификация всегда подразумевает необходимость внесения изменений. После актуализации СОП присваиваются новые версии. Старые версии изымаются у сотрудников, если в СОП не внесены изменения по результатам актуализации, может быть принято решение оставить на местах действующие СОП и от руки внести изменения в версию. Соответствующие данные об актуализации также вносятся в реестр СОП.

Внедрение СОП в практику работы. Обучение СОП: Обучение персонала разработанным (новым) и модифицированным СОП проводится после их проверки/согласования. Если СОП разработан впервые и/или описывает достаточно трудоемкий и сложный процесс/процедуру, то до его официального утверждения возможно проведение апробации новых правил работы. Данный период согласуется с заведующим и старшей медицинской сестрой/фельдшером-лаборантом отделов, отделений. Цели апробации: проанализировать доступность СОП для сотрудников, единую трактовку и понимание требований, практическую применимость, а также выявить скрытые риски и неучтенные элементы работы.

Внедрение в практику работы нового/модифицированного СОП начинается с обучения персонала. Обучение проводит разработчик СОП и/или заведующий и старшая медицинская сестра/фельдшер-лаборант отделов, отделений. Обучение проводится для тех сотрудников, в чьи должностные обязанности входит выполнение действий, описанных в СОП. Период обучения зависит от сложности, но составляет не более пяти рабочих дней. По итогам обучения выносятся рекомендации по оптимизации процессов и/или текста (если таковые имеются), которые разработчик корректирует и вносит в финальный вариант СОП. Данные об обучении заносятся в журнал обучения сотрудников, где указывается дата обучения, идентификатор СОП, по которому проводилось обучение. Если по результатам выполнения работ по СОП фиксируются несоответствия в процессе ежедневной работы ответственными за контроль: заведующим подразделением и/или старшей медицинской сестрой и/или самим сотрудником, ра-

ботающим по СОП, а также по результатам внутренних аудитов, может быть организовано повторное обучение, но не раньше, чем будут выявлены причины возникающих несоответствий и реализованы соответствующие корректирующие действия. При планировании повторного обучения необходимо учитывать следующие факторы, которые являются наиболее частыми причинами возникновения несоответствий после первичного внедрения СОП в практику:

- слишком сложные формулировки и использование в тексте непривычной сотрудникам терминологии;
- нечетко описанная последовательность действий;
- чрезмерная детализация (СОП перегружен деталями);
- слишком общие указанные требования;
- в СОП не учтен реальный уровень компетентности персонала;
- в СОП не учтены взаимосвязи между предшествующими и последующими работами;
- дублирование функций и/или нечетко очерченная ответственность исполнителей.

Принятие СОП: После прохождения процедуры согласования и утверждения СОП. Ставится отметка об учтенном экземпляре, печать организации и от руки вносится дата (в таблицу в верхней части титульного листа), с которой новая версия СОП считается рабочей (совпадающая с датой утверждения главного врача). Период от утверждения СОП до его принятия в качестве рабочего документа не должно превышать пяти дней.

Распространение/хранение СОП: После принятия с оригинала делается копия. Оригинал помещается в место постоянного хранения в папках «ТЕКУЩИЕ ВЕРСИИ СОП». Каждый сотрудник по итогам обучения ставит подпись в приложении к СОП, в журнале обучения и необходимое количество копий передается сотрудникам для использования в работе. Если СОП носит конфиденциальный характер, то есть имеет отношение к коммерческой тайне (это относится к СОП по веществам), то такие СОП не хранятся в месте общего доступа и передаются только лично ответственным сотрудникам в виде бумажных копий.

ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр»			
Наименование структурного подразделения:	ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр»		
Название документа:	Разработка, модификация, актуализация, обучение, принятие и изменение стандартных операционных процедур		
Версия № :00.00/0000	Цель –новый документ	Дата введения «__»____20__г.	
Утвержден: Дата утверждения: «__»____20__г.	Главный врач _____		
Разработчик:	Должность	ФИО	подпись
Согласовано: Дата согласования: «__»____20__г.	Зам. главного врача по медицинской части Зам. главного врача по ОМО Главная медицинская сестра Врач-эпидемиолог		
Ответственный за исполнение:	Заведующий отделом/отделением Старшая медицинская сестра/медицинский лабораторный техник		

Рисунок 1. Образец титульного листа СОП

Выводы. Применение стандартов операционных процедур позволит:

- облегчить процесс подготовки сестринского персонала к проведению простых медицинских услуг;
- обеспечить постоянный рост профессионального уровня медицинских сестер и фельдшер-лаборантов, поскольку разработка стандартов является одной из форм самообразования;
- привести в единую систему документацию, предназначенную для среднего медицинского персонала во всех подразделениях ГБУЗ НО «КДЦ»;
- облегчить адаптацию вновь прибывших сотрудников на рабочем месте;
- создать условия для проведения экспертной оценки контроля качества всех видов деятельности среднего медицинского персонала.

Литература:

– Федеральный закон от 01.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс] / Консультант-плюс. – 1999-2019. Электрон. дан. - режим доступа: <http://base.consultant.ru> (дата обращения 17.12.2019).

– Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». [Электронный ресурс] Электрон. версия журнала «Главная медицинская сестра: журнал для руководителей среднего персонала»

– Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1340н «Об утверждении порядка и организации проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

СЛУЧАЙ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ В ИНФЕКЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ ГУЗ АКШИНСКАЯ ЦРБ

Семенова Мария Павловна

ГУЗ «Акшинская центральная районная больница»,
с. Акша, Забайкальский край, Россия

Я работаю в медицине уже 19 лет, после окончания Читинского медицинского колледжа в 2003 году. С начала трудовой деятельности работала акушеркой в родильном отделении, а последние три года медицинской сестрой в инфекционном отделении. За время работы мною был накоплен большой опыт, были разные экстренные ситуации, когда приходилось быстро принимать решения и оказывать необходимую помощь, однако с анафилактическим шоком пришлось столкнуться впервые.

Всегда нас учили, что если вовремя не будет оказана медицинская помощь, то последствия будут очень тяжелыми. Во время моего дежурства в отделении, в феврале этого года поступила пациентка, Галина М. 71 год, с диагнозом ОРВИ, сопутствующий диагноз ХОБЛ. Аллергических реакций на лекарственные препараты и продукты питания, со слов пациентки, не наблюдалось. Врачом было назначено лечение: цефтриаксон 1 гр. в/м 1 раз в сутки, противовирусные препараты по схеме. Приступив к выполнению назначений вра-

ча, я уточнила дозировку препарата, сверила с листом назначения, спросила у пациентки Галины М.: получала ли она данный препарат ранее, имелись ли на него аллергические реакции. Пациентка подтвердила, что аллергических реакций не наблюдалось, данный препарат ранее не получала. После в/м введения препарата, выходя из палаты я услышала, что у пациентки появились сухие хрипы и кашель, а подойдя к ней, обнаружила цианоз кожных покровов, холодный липкий пот, вскоре у пациентки открылась рвота и она потеряла сознание. Сразу же я проверила показания гемодинамики, показания были следующими: АД 50/20 мм.рт.ст., пульс не определялся. Все это развилось в очень короткий период (3-5 минут), я поняла, что произошла аллергическая реакция на введённый препарат.

По телефону вызвала врача анестезиолога, а через пациента отделения позвала медицинскую сестру детского отделения на помощь. После чего незамедлительно приступила к оказанию неотложной помощи: уложила пациентку на твердую горизонтальную поверхность с приподнятыми нижними конечностями, ротовую полость освободила от рвотных масс, повернула голову на бок, выполнила инъекцию адреналина 0.5 мл в/м в переднюю поверхность бедра, подключила кислород через лицевую маску. Реакции на произведенную инъекцию не последовало: АД не повысилось, пульс не определялся, реакция зрачков на свет отсутствовала. Сразу приступила к проведению СЛР.

Через 10 минут после первой инъекции адреналина, на фоне проведения СЛР была произведена вторая инъекция адреналина 0.5 мл в/м в переднюю поверхность бедра медицинской сестрой детского отделения Горлиной Ириной Анатольевной, также был установлен периферический венозный катетер. Через 5 минут от момента второй инъекции у пациентки Галины М. возобновилось дыхание и сердечная деятельность, АД повысилось до 100/70 мм.рт.ст., пульс 80 ударов в минуту., SPO2 73%. Пациентку перевели в боковое устойчивое положение, к этому моменту прибыл врач анестезиолог, и были продолжены мероприятия по лечению анафилактического шока до полной стабилизации состояния пациентки.

Затем Галина М. Была переведена в отделение реанимации, а через двое суток состояние пациентки стабилизировалось, и в удовлетворительном состоянии она была переведена в инфекционное отделение для продолжения лечения ОРВИ.

По прошествии времени, вспоминая этот случай, думаю, что только благодаря непрерывному обучению в своей работе, все свои

действия я выполнила четко, да еще накануне у нас проводился региональный конкурс «Лучшие практики по оказанию медицинской помощи при анафилактическом шоке» специалистами с высшим сестринским и средним медицинским образованием, организованный общественной организацией «Профессиональные медицинские специалисты», мы обновили свои знания, отрабатывали по чек – листу практические навыки, также ежегодно в нашей ЦРБ проводится экзамен на профессиональную компетентность по неотложной помощи, согласно распоряжения МЗ Забайкальского края №1143 /р от 18.10.2022.

Как хорошо, что в нашем крае есть очень активная профессиональная Организация, членами которой мы все являемся. Благодаря всем мероприятиям, организованным ассоциацией, мы имеем возможность учиться: участвуем в научно-практических конференциях, мастер-классах, профессиональных конкурсах, получаем всю необходимую методическую литературу лично каждый сотрудник на свою электронную почту, проводим обзор на своих конференциях.

Анализируя данную ситуацию, я сделала для себя выводы: для полноценной трудовой деятельности необходимы теоретические знания, практические навыки, которые нужно постоянно обновлять, совершенствовать, хорошо владеть технологией СОП, отрабатывать практические навыки до автоматизма, а в экстренных ситуациях не поддаваться панике, действовать быстро и следовать алгоритму, согласно нормативных стандартов и бороться за жизнь пациента до конца!

ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СИСТЕМЕ НАСТАВНИЧЕСТВА КГБУЗ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

Тряпицына Елена Николаевна
КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Барнаул, Россия

Аннотация.

В статье рассматривается исторический опыт и современное состояние системы наставничества в КГБУЗ Краевая клиническая больница. Проанализированы этапы развития наставничества с момента основания медицинского учреждения в 1950 году до настоящего времени. Особое внимание уделяется трансформации системы

наставничества после пандемии COVID-19 и в свете новых законодательных инициатив. Представлена структурированная модель наставничества, включающая пять ключевых этапов реализации, методическое обеспечение, систему обучения наставников и мониторинга результатов. Приведены данные по эффективности внедренной системы, отраженные в динамике закрепляемости молодых специалистов в медицинской организации.

Ключевые слова: наставничество в здравоохранении, медицинский персонал, адаптация молодых специалистов, профессиональное развитие, кадровый менеджмент.

Введение.

Наставничество как форма профессиональной поддержки и передачи опыта является одним из ключевых элементов в системе кадрового менеджмента медицинских организаций. В условиях высоких требований к квалификации медицинских работников и сложности их адаптации к профессиональной среде, наставничество приобретает особую значимость.

КГБУЗ Краевая клиническая больница имеет многолетний опыт организации наставничества, датирующийся со дня основания учреждения в 1950 году. Исторически наставничество в больнице всегда представляло собой целенаправленный, длительный, поэтапный и непрерывный процесс формирования и совершенствования профессиональных навыков и компетенций молодых специалистов, студентов и вновь трудоустроенных работников.

Актуальность настоящего исследования обусловлена необходимостью анализа эволюции системы наставничества в медицинском учреждении в контексте меняющихся социально-экономических условий, а также потребностью в систематизации накопленного опыта для выявления наиболее эффективных практик адаптации молодых специалистов к профессиональной деятельности.

Методы исследования.

Исследование основано на комплексном анализе исторических данных, внутренней документации КГБУЗ Краевая клиническая больница, статистических показателей закрепляемости кадров и результатов анкетирования молодых специалистов и наставников. Используются методы ретроспективного анализа, структурно-функционального моделирования и статистической обработки данных.

Основная часть.

Исторический аспект развития наставничества в КГБУЗ Краевая клиническая больница.

Историческая траектория развития системы наставничества в КГБУЗ Краевая клиническая больница отражает общие тенденции, характерные для отечественного здравоохранения. В советский период наставничество носило массовый характер и являлось необходимым условием адаптации молодых работников, что соответствовало государственной политике в области подготовки кадров.

С трансформацией социально-экономической системы в постсоветский период наблюдались периоды подъема и спада в развитии наставничества. Существенное влияние на функционирование системы наставничества оказала пандемия COVID-19, когда наставническая деятельность временно отошла на второй план в связи с необходимостью концентрации ресурсов на борьбе с инфекцией.

Новый этап в развитии наставничества начался в 2024 году после инициативы Президента России о разработке концепции развития наставничества в РФ до 2030 года и законодательного закрепления в Трудовом кодексе выплат за наставничество в сфере труда. Этот период совпал с расформированием отделения инфекционного госпиталя для лечения пациентов с COVID-19 в КГБУЗ Краевая клиническая больница, что создало условия для пересмотра и совершенствования системы наставничества.

Современная модель наставничества в КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

Анализ практического опыта позволил сформировать структурированную модель наставничества, состоящую из пяти взаимосвязанных этапов:

I этап. Методическое обеспечение процесса.

На данном этапе осуществляется разработка и актуализация нормативной базы, включающей:

- Положение о наставничестве
- Положение об организации и проведении оценки профессиональной компетентности персонала
- Приказы о закреплении наставников
- Методические материалы, шаблоны документов и инструкции
- Обучающие программы

Методическое обеспечение является фундаментом эффективно-го функционирования системы наставничества, обеспечивая единство подходов к организации процесса.

II этап. Обучение наставников.

Обучение наставников реализуется по специально разработанной дополнительной образовательной программе «Система наставничества в медицинской организации». Программа направлена на формирование следующих ключевых компетенций:

- Эффективное выявление и использование потенциала наставляемых
- Организация работы с наставляемым
- Адаптация стиля руководства к индивидуальным особенностям наставляемых
- Обучение профессиональным компетенциям
- Обеспечение эффективной обратной связи
- Предупреждение и управление конфликтами
- Формирование нравственных ориентиров в профессиональной деятельности

Данный этап включает также проведение коучинговых сессий, направленных на повышение мотивации наставников и развитие их коммуникативных навыков.

III этап. Взаимодействие менеджера по персоналу с молодым специалистом.

На этом этапе осуществляется:

- Оценка уровня и потенциала развития “надпрофессиональных” компетенций молодого специалиста
- Оценка психосоматического статуса с использованием прибора “Кроуноскоп Эксплоэзер” и определение копинг-стратегий
- Психокоррекционная работа по стабилизации эмоционального состояния

Данный этап позволяет выявить индивидуальные особенности молодого специалиста и учесть их при планировании дальнейшей работы, что существенно повышает эффективность процесса адаптации.

IV этап. Планирование индивидуальной профессиональной траектории.

В течение 10 дней после назначения наставник совместно с молодым специалистом разрабатывают индивидуальный план профессионального развития, который согласовывается с руководителем структурного подразделения. План учитывает выявленные на предыдущем этапе особенности специалиста и позволяет выстроить оптимальную траекторию его профессионального роста.

V этап. Сопровождение молодого специалиста наставником.

Непосредственное взаимодействие наставника и молодого специалиста базируется на следующих принципах:

- Открытость и доброжелательность
- Ответы на все профессиональные вопросы
- Последовательность в действиях
- Мотивация и вовлечение в рабочие процессы
- Предоставление права голоса новичку

Процесс сопровождения способствует эффективному прохождению молодым специалистом периодов адаптации: ознакомления, приспособления и ассимиляции, что позволяет ему успешно интегрироваться в профессиональную среду.

Документирование процесса наставничества.

Для обеспечения прозрачности и контроля качества наставнической деятельности в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» внедрена система документирования процесса, включающая:

- Служебную записку заведующего отделением о назначении наставника
- Приказ главного врача о закреплении наставников
- Документы о согласии наставника и наставляемого
- Утвержденную индивидуальную программу наставничества
- Анкету молодого специалиста по завершении первого месяца работы
- Отчет молодого специалиста по завершении периода наставничества
- Отчет наставника по завершении периода наставничества
- Анкету молодого специалиста по завершении периода наставничества
- Реестр наставников

Такой подход к документированию обеспечивает возможность анализа эффективности наставнической деятельности и ее своевременной корректировки.

Результаты внедрения системы наставничества.

Эффективность внедренной системы наставничества подтверждается показателями закрепляемости молодых специалистов в КГБУЗ «Краевая клиническая больница»:

- 2021 год – 58%
- 2022 год – 86%
- 2023 год – 100%

Анализ причин увольнения молодых специалистов в 2021 году выявил, что одним из ключевых факторов являлась неудовлетворенность спецификой работы. В 2022 году удалось сохранить специалистов из группы риска путем анализа их потребностей и предоставления возможности обучения по новым специальностям.

В 2023 году достигнут максимальный показатель закрепляемости, что свидетельствует о высокой эффективности усовершенствованной системы наставничества.

В 2024 году Краевая клиническая больница приняла участие в впервые организованном по поручению Президента Российской Федерации В. В. Путина Всероссийском конкурсе «Наставничество в номинации «Лучшие практики наставничества». Из 5000 представленных проектов, практика Краевой клинической больницы получила признание лучшей среди топ-50 практик наставничества в России и вошла в библиотеку лучших практик наставничества для их масштабирования и тиражирования в Российской Федерации.

Заключение.

Исследование эволюции системы наставничества в КГБУЗ Краевая клиническая больница демонстрирует важность этого института для успешной адаптации молодых специалистов и обеспечения преемственности профессиональных знаний и навыков.

Разработанная и внедренная пятиэтапная модель наставничества показала свою эффективность, что подтверждается положительной динамикой показателей закрепляемости молодых специалистов. Ключевыми факторами успеха являются:

- Системный подход к организации процесса наставничества.
- Методическое обеспечение наставнической деятельности.
- Целенаправленная подготовка наставников.
- Индивидуализация работы с молодыми специалистами.
- Документирование и анализ результатов.

Опыт КГБУЗ Краевая клиническая больница может быть использован другими медицинскими организациями при разработке и совершенствовании собственных систем наставничества. Перспективными направлениями дальнейших исследований являются изучение долгосрочных эффектов наставничества, разработка цифровых инструментов сопровождения наставнической деятельности и формирование методик оценки экономической эффективности наставничества в медицинских организациях.

Литература:

1. Иванова Н.В. Наставничество в здравоохранении: традиции и инновации // Медицинское право. 2022;(3):45-52.
2. Петров А.С. Кадровый менеджмент в системе здравоохранения. М.: Медицина, 2021.
3. История развития здравоохранения Краснодарского края. Краснодар: Издательство КубГМУ, 2020.
4. Сидоренко Л.П. Наставничество: исторический аспект и современные тенденции // Педагогика. 2023;(2):78-85.
5. Михайлов И.Н. Советская система подготовки медицинских кадров // История медицины. 2019;(4):112-118.
6. Кузнецова Т.В. Наставничество в СССР: исторический анализ // Вопросы истории. 2020;(5):67-75.
7. Федеральный закон от ... N ... “О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации в части закрепления понятия наставничества”. 2023.
8. Концепция развития наставничества в Российской Федерации до 2030 года. 2024.
9. Смирнова Е.А. Методическое обеспечение наставничества в медицинских организациях // Менеджер здравоохранения. 2022;(6):45-52.
10. Колесников А.В. Регламентация процессов наставничества в современной организации // Управление персоналом. 2021;(8):65-72.
11. Петрова М.С. Коучинговые технологии в подготовке наставников // Образование и наука. 2023;(4):112-120.
12. Никитин В.Н. Развитие компетенций наставников: практический опыт // Профессиональное образование. 2022;(3):89-96.
13. Васильева Л.И. Психологические аспекты адаптации молодых специалистов в медицинских организациях // Психология труда. 2023;(2):56-63.
14. Казаков Д.В. Копинг-стратегии как фактор успешной адаптации медицинских работников // Медицинская психология. 2022;(5):78-86.
15. Романова Е.В. Индивидуальные образовательные траектории в системе непрерывного медицинского образования // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2021;(3):45-53.
16. Захаров К.П. Планирование карьерного роста молодых специалистов в здравоохранении // Кадровик. 2023;(4):65-72.
17. Соколова А.Н. Этапы профессиональной адаптации медицинских работников // Сестринское дело. 2022;(6):34-41.

18. Мартынов И.С. Эффективные стратегии наставничества в медицинских организациях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;(4):56-63.

19. Анисимова К.Л. Документационное обеспечение процессов наставничества // Делопроизводство. 2022;(5):45-52.

20. Терентьев М.В. Оценка эффективности наставничества в медицинских организациях // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2023;(2):78-85.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОЛЕЖНЕЙ

Шегаева Светлана Александровна
ГАУЗ «Краевая больница №4», г. Краснокаменск, Россия

Пролежни являются серьезной проблемой для пациентов с тяжелыми заболеваниями, оказывая чрезвычайно важное влияние на состояние больного. Медицинская сестра, ухаживающая за лежащим больным, должна уметь распознать первые симптомы некроза и знать, как эффективно вылечить пролежни.

При своевременном обнаружении и грамотном лечении они не представляют серьезной угрозы для здоровья и жизни.

В соответствии с указаниями по профилактике и лечению пролежней, изложенными в Национальном Стандарте Российской Федерации «Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней.», на основании которого в Краевой больнице № 4 разработан приказ № 573 «Об утверждении порядка по внутреннему контролю качества организации ухода за лежащими больными, профилактика пролежней». Стандарт активно применяется в отделении ПСО с ранней медицинской реабилитацией неврологического отделения для больных с ОНМК.

Краевая больница № 4 это многопрофильное учреждение, с коечным фондом 407 коек, имеющее в составе амбулаторно-поликлинические подразделения на 1500 посещений в смену. Первичное сосудистое отделение с ранней медицинской реабилитацией /неврологическое отделение для лечения больных с острым нарушением мозгового кровообращения с блоком интенсивной терапии является составной частью крупного многопрофильного ле-

чебного профилактического учреждения города Краснокаменка. Отделение развернуто на 35 коек.

В отделении со средним медицинским персоналом для профилактики пролежней в работе помогают разработанные алгоритмы, видео СОП, занятия в школе для медицинских сестер. Сотрудники отделения активно участвуют в проведении конференций, мастер-классов, семинаров со сдачей зачетов и тестирования. В больнице функционирует отдел внутреннего контроля качества. При выявлении случаев пролежней сведения подаются в отдел качества, составляется план мероприятий по устранению нарушений.

Таблица 1

Показатели работы отделения



Вывод: За 2022-2023 год количество поступивших больше, чем в 2024 году за счет поступления сельских больных и неврологических больных.

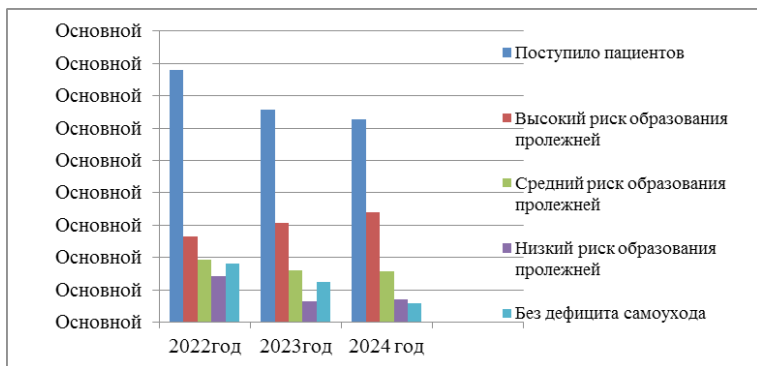
При поступлении в ПСО с ранней медицинской реабилитацией/неврологическое отделение для больных с острым нарушением мозгового кровообращения медицинскими сестрами проводится оценка риска развития пролежней с применением шкалы Ватерлоу. Баллы по шкале суммируются и определяется план ухода за пациентом.

Анализируя количественные и качественные показатели пациентов за 3 года, поступивших в ПСО с ранней медицинской реабилитацией/неврологического отделения для больных с острым нарушением мозгового кровообращения можно сделать вывод, что количество пациентов с ОНМК уменьшается. Однако увеличивается количество пациентов с высоким риском развития пролежней. (Таблица 2).

Существует три ключевых момента, на которые следует обратить внимание при проведении мероприятий, направленных на профилактику пролежней.

Таблица 2

Статистические данные ПСО неврологии по пациентам
с риском образования пролежней



1. Уменьшение сдавливания мягких тканей:

– Достигается за счет правильного ухода и применения особых средств, которые уменьшают сдавливания. Необходимо каждые 2 часа менять положение пациента и проводить легкий массаж всего тела.

2. Полноценное кормление:

– Питание должно быть полноценным, обогащенное витаминами, цинком и железом. При отсутствии ограничений необходимо употреблять не менее 1,5 литров жидкости в день. Исключить из рациона копченое, жареное, соленое и сладкие напитки.

3. Уход за кожей:

– Нужно не допускать появления загрязнений на коже и устранять появившиеся при первой возможности. Следует поддерживать стандартную влажность кожи с применением специальных средств ухода.

По определению Всемирной Организации Здравоохранения гигиеническое обучение больных – это комплекс важных действий, призванных помочь управлять своим лечением, предотвратить или отсрочить развитие возможных осложнений. Такие действия дают дополнительный терапевтический эффект наряду с фармакологическим, физиотерапевтическими и другими лечебными мероприятиями. Гигиеническое обучение приводит к улучшению качества и продолжительности жизни пациентов, повышает качество ухода.

Вследствие этого на базе неврологического отделения для больных с ОНМК в 2016 году была открыта «Школа ухода за пациентом с ОНМК», в которой медицинские сестры обучают пациентов и членов их семей конкретным навыкам само- и взаимоухода, оценке степени развития пролежней и их профилактике.

Куратором по организации работы школы профильных больных является Забайкальская Общественная Организация «Профессиональные Медицинские Специалисты», членами которой мы являемся 100%. Общественная организация ежемесячно проводит мониторинг деятельности профильных школ. Профессиональный комитет анализирует показатели и дает практические рекомендации по улучшению организации и работы школы.

Для повышения профессионального уровня медицинских работников наша профессиональная организация организует конкурсы на лучшую практику работы школ профильных больных. Участники конкурсов делятся опытом с другими работниками, анонсируя свои инновации и нововведения.

Регулярное поступление методической литературы от профессиональной организации, путем рассылки на электронные адреса работникам, позволяет изучить опыт других регионов, узнать новые методики и подходы к ведению и уходу за пациентами с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Для качественного обучения, пациентам и родственникам, предлагается пройти анкетирование перед началом и в конце курса занятий (Таблица 3). Анкета позволяет произвести анализ:

- Уровня знаний о пролежнях;
- Усвоения теоретического материала и практических навыков.

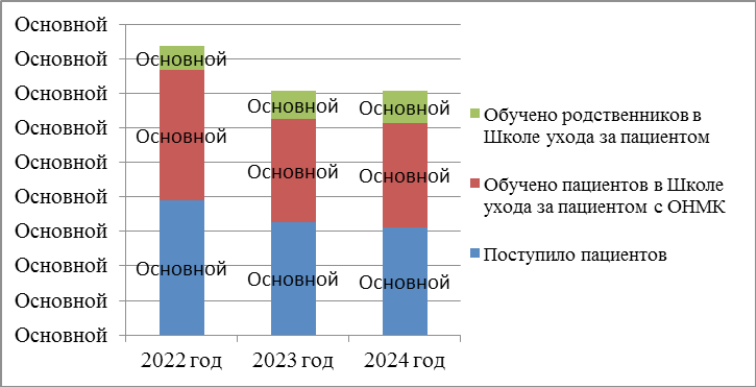
Таблица 3

Анкета для пациентов и родственников

Анкета для пациентов и ухаживающих			
1	Знаете ли вы что такое пролежни	да	нет
2	Знаете ли вы в каких местах чаще всего встречаются пролежни	да	нет
3	Знаете ли вы из-за чего возникают пролежни	да	нет
4	Знаете ли вы какие противопролежневые средства существуют?	да	нет
5	Знаете ли вы сколько раз необходимо обрабатывать кожу и складки тяжелобольного?	да	нет
6	Знаете ли вы сколько раз необходимо обрабатывать кожу и складки тяжелобольного?	да	нет

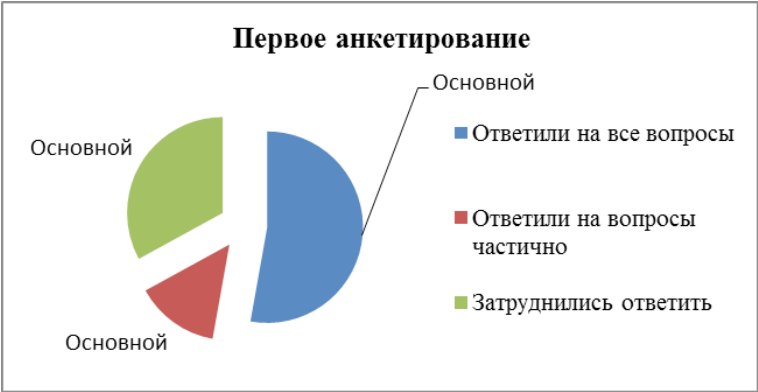
За период с 2021по 2024 года, включительно, в Школе ухода за пациентом с ОНМК прошли обучение 980 пациентов и 245 родственников (Таблица 4).

Таблица 4
Статистические данные по обученным пациентам
в «Школе ухода за пациентом с ОНМК»



Всем на первом занятии предлагается пройти анкетирование. Было определено, что большая часть опрашиваемых не облада- ют информацией о пролежнях и профилактических мероприятиях (Таблица 5).

Таблица 5
Результаты первичного анкетирования



Чтобы как можно доступнее донести информацию для пациентов и их родственников, в работе Школы ухода используется наглядный материал, разработанный медицинским персоналом неврологического отделения для больных с ОНМК. Это множество методических пособий: «Санитарно-гигиенические правила», «Применение средств по уходу за тяжелобольными», Особенности питания тяжелобольных», «Гигиена лежачих больных» и т.д., помогающие пациентам и их родственникам пройти курс обучения в школе. Также родственникам наглядно показывают, как перемещать больного в постели, сменить нательное и постельное белье, провести гигиенические процедуры.

По завершении курса лекций анкетирование проводится повторно. Из таблицы 5 следует, что количество пациентов и родственников, обладающих знания о пролежнях и их профилактике значительно увеличилось.

Таблица 6

Результаты повторного анкетирования



Всем известно, что любое заболевание проще предотвратить, чем лечить. Несомненно, это относится и к пролежням. Пролежни являются серьезной проблемой для больного. Благодаря качественному и профессиональному уходу медицинским персоналом, профилактике пролежней и обучению пациентов и их родственников в отделении получается предотвратить у больных образование пролежней. Что позволяет значительно улучшить качество жизни пациента.

Список литературы

1.ГОСТ Р 56819-2015-Национальном Стандарте Российской Федерации «Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней.»

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ О ПРИМЕНЕНИИ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ (НА ПРИМЕРЕ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ)

Касимовская Наталья Алексеевна
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

Калугина Мария Геннадьевна
ФГБОУ ВО «Тамбовский государственный университет
имени Г.Р. Державина»

В настоящее время термин «Бережливые технологии» (далее - БТ) активно используется во всех отраслях производственной сферы. При этом для медицинской деятельности внедрение «Бережливых технологий» направлено на решение основных проблем организации работы первичного звена здравоохранения. С октября 2016 г. стартовал пилотный проект по совершенствованию системы оказания первичной медико-санитарной помощи «Бережливая поликлиника» с целью внедрения в повседневную практику медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, технологий бережливого производства (lean-технологий), способствующих созданию пациенториентированной системы оказания медицинских услуг и благоприятной производственной среды по направлениям: обеспечение безопасности и качества медицинской помощи, исполнение заказов, устранение потерь и сокращение затрат, создание корпоративной культуры [2].

В рамках концепции бережливого производства выделяют множество элементов, каждый из которых представляет собой определённый метод:

- поток единичных изделий (single-piece flow) – метод работы, при котором обеспечивается переход с производства партиями к производству единичных изделий. Ресурсы, продукты, счета, услуги обрабатываются (например, проектирование, принятие заказа или производство) по мере их поступления;

- система вытягивающего производства (Push Scheduling) - метод работы, при котором сырье и промежуточные изделия не передаются на следующую стадию, до того, как они там потребуются (реализация принципа «точно в срок»);

- канбан - система организации производства и снабжения, позволяющая реализовать принцип «точно в срок». Является средством информирования предыдущей производственной стадии о том, что надо начинать работу. Дает указание на производство или изъятие (передачу) изделий с одного процесса на другой;

- всеобщее производственное обслуживание, или всеобщий уход за оборудованием (англ. Total Productive Maintenance, TPM) – совокупность идеологии, методов и инструментов, направленных на поддержание постоянной работоспособности оборудования для обеспечения непрерывности производственных процессов;

- система 5С (Five Ss, 5C) - система эффективной организации рабочего места (рабочего пространства), основанная на визуальном контроле. Система 5С включает в себя пять принципов, каждый из которых начинается с буквы «С»: 1) сортируй (сеири) (sort) - отделить нужные инструменты, детали и документы от ненужных с тем, чтобы убрать последние подальше (удалить их); 2) создай свое место и ставь на него (сейтон) (set-in-order) - расположить (и маркировать) детали и инструменты на рабочем месте так, чтобы с ними было удобно работать; 3) содержи в чистоте (сейсо) (shine) - поддерживать чистоту на рабочем месте - прежде всего для максимально раннего выявления и устранения проблем; 4) стандартизируй (сейке-цу) (standardize) - регулярно выполнять первые три С каждый день, чтобы поддерживать рабочее место в отличном состоянии, 5) соблюдай, совершенствуй (сицукэ) (Sustain and develop) - сделать выполнение первых четырех «С» привычкой, системой в работе;

- быстрая переналадка (Single Minute Exchange of Dies, SMED) - быстрая (менее чем за десять минут) процедура замены пресс-форм или любой другой оснастки, инструмента для переналадки производственного оборудования;

- кайдзен (kaizen) - непрерывное совершенствование деятельности с во влечением всего персонала в постоянную работу по сокращению потерь (му да), воплощенное в конкретные формы, методы, технологии и обращенное к людям;

- дзидока (jidoka) - встраивание качества в производственный процесс. Методика используется для сокращения дефектов, брака, отходов и переделки исправимого брака;

- пока-ёкэ (Рока-уоке «защита от ошибок») - специальное устройство или метод, благодаря которому дефект просто не может образоваться, и бака ёкэ (baka-yoke «защита от дурака») - метод предотвращения ошибок [1].

Проведен анализ внедрения бережливых технологий в медицинских организациях Пензенской области в разных типах медицинских организаций (Рисунок 1).



Рисунок 1. Типы медицинских организаций Пензенской области, вошедших в исследование

В исследование вошли врачи (2,6%), главные медицинские сестры (8,4%), старшие медицинские сестры (11,0%), медицинские сестры (75,4%), другие сотрудники (2,6%).

Целью исследования стал анализ основных технологий бережливого производства, использованных в медицинских организациях Пензенской области на основании информации от сотрудников медицинских организаций.

Таблица 1.

Информированность сотрудников медицинских организаций Пензенской области о технологиях бережливого производства, использованных в их медицинских организациях

Технология бережливого производства	внедрялась	не внедрялась	не знаю такой технологии
VSM	28,6	30,0	41,4
Метод 5 Почему	27,1	80,0	42,9
Кайдзен	23,1	31,5	45,4
Диаграмма спагетти	22,7	33,0	44,3
Хронометраж	36,3	26,4	37,4
Метод Гемба	20,1	34,0	45,4
Poke Yoke (метод дефектов)	17,2	35,2	47,6
Андон	18,3	34,8	46,9
Диаграмма ЕРС	16,8	33,3	49,8

Цикл DMAIC	15,7	34,8	49,5
Ярмарка ежей	17,2	33,3	49,5
ЛІТ	24,5	31,1	44,3
Канбан	26,4	30,4	43,2
5 S	39,2	23,4	37,4

Выявлено, что медицинские работники недостаточно информированы о технологиях бережливого производства, и часто считают, что технология не внедрялась в их медицинских организациях (Таблица 1). Медицинские работники указывают на то, что чаще всего в их медицинских организациях внедрялась технология 5 S (39,2%) и проводился хронометраж (36,3%). В 80% случаев медицинские работники считают что не внедрялся метод 5 Почему.

Выявлено, что практически половина медицинских работников не знают технологии бережливого производства.

Однако, в зависимости от типа медицинской организации, именно поликлиническое звено позволяет быстро получить положительный результат внедрения бережливых технологий, особенно если их внедрение поддерживается на всех уровнях организации, позволяя оптимизировать работу регистратур поликлиник, участковой и лабораторной службы (медицинских карт амбулаторного больного, различных направлений на обследование и анализы и т.д.). На уровне стационаров возможно внедрение отдельных элементов БТ на уровне приемных отделений больниц, формализовать и перевести в автоматизированный режим рутинные процедуры, стандартные рабочие операции (оформление историй болезни, выписных эпикризов и т.д.).

Внедрение инструментов бережливого производства в медицинских организациях различных типов оказывает положительное влияние как на лечебно-диагностические, так и на организационно-управленческие процессы. Основной поток создания ценностей направлен на совершенствование внутренних процессов медицинской организации и деятельности персонала, при этом он выстраивается, исходя из потребностей пациентов [2].

Таким образом, внедрение технологий бережливого производства необходимо начинать с повышения информированности сотрудников и медицинского персонала медицинских организаций о сущности каждой технологии бережливого производства, этапах и месте ее внедрения и предполагаемых результатов.

Список литературы.

1. Ахмерова С. Г. Эффективное использование ресурсов. Бережливое здравоохранение : учебное пособие / С. Г. Ахмерова, Г. Х. Ахмадуллина, В. В. Викторов и др. – Уфа : Изд-во ФГБОУ Во БГМУ Минздрава России, 2018. – 81 с.

2. Бреусов, А. В., Пискалов, С. В., Бреусов, Д. А. Бережливое здравоохранение - философия деятельности современных медицинских организаций [Текст] / А. В. Бреусов, С. В. Пискалов, Д. А. Бреусов // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022 г. – № № 1.– С. 308-321.

3. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации // Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации – / [Электронный ресурс] // : [сайт]. – URL: Контур.Норматив. (дата обращения: 20.04.2025).

Подписано в печать 16.05.2025 г.
Формат 60х84 1/16. Бумага ксероксная
Усл. печ. л. 15,17. 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.