

2021, № 26

## СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

**Лаптева Е.С.**, к.м.н., зав.кафедрой гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

**Подопригора Г.М.**, к.м.н., доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

**Петрова А.И.**, к.м.н., доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

**Цуцунава М.Р.**, BSc, MS, ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова», выпускающий редактор

**Аристидова С.Н.**, зав.уч.ч., ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

Журнал зарегистрирован Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Северо-Западному федеральному округу ПИ № ТУ 78-01371

ISSN 2413-6271

Учредитель:  
АНО «Независимое информационное  
агентство »НИАГара» (г.СПб, с 2004 г.)

Журнал выходит с 2013 г.

Спонсор выпуска –  
ПРОО МР СПб

С 2017 года ЖУРНАЛ ИНДЕКСИРУЕТСЯ В РИНЦе (Российский Индекс Научного Цитирования – Science Index)

Адрес редакции:  
Санкт–Петербург, Пискаревский пр., 47  
Кафедра гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности

Оригинал–макет –  
Цуцунава М.Р.  
Онлайн версия журнала  
доступна на сайте ПРОО МРСП  
[amspiter.ru](http://amspiter.ru)

На первой полосе – коллектив кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им.И.И.Мечникова»

ISSN 2413-6271  
2021, № 26

**СПЕЦИАЛИСТ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ®  
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД**

**ОТКРЫТОЕ ПИСЬМО**

*Подопригора Г.М.*

ИТОГИ РАБОТЫ ПРОО МРСП за 2021 г.....3

**ОБЗОР**

*Лаптева Е.С., Цуцунава М.Р.*

ОТ ПАНДЕМИИ К ДОЛГОМУ COVID-19.....6

**ОПЫТ**

*Полякова Е.В.*

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ С ЦЕЛЬЮ  
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПАДЕНИЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ .....12

**ОБУЧЕНИЕ**

*Цуцунава М.Р., Насыров С.*

ИНДУКТИВНЫЙ ПОДХОД К ОБУЧЕНИЮ. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО  
СЛУЧАЯ.....17

**МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ**

*Столов С.В., Макарова О.В.*

МСЭ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:  
ВОПРОСЫ НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ.....23

*Спиридонова В.С.*

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРО-  
ФИЛЯ: ВОПРОСЫ НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ.....24

*Зайцева Е.В., Корнева Н.В., Божков А.А., Божков И.А., Божков Н.И., Божков Б.И.*

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ  
АМБУЛАТОРНОЙ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....27

*Корнева Н.В., Хамчиева Л.Н., Вrabий Д.А., Зайцева Е.В., Божков И.*

РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В  
ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В  
СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....32

**ИССЛЕДОВАНИЯ**

*Цуцунава М.Р.*

К ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ  
(СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР).....36

## ИТОГИ РАБОТЫ ПРОО «МРСР» В 2021 ГОДУ

С момента проведения III отчетно-выборной конференции профессиональной региональной общественной организации «Медицинских работников Санкт-Петербурга» прошел 1 год и три месяца. Для общественной организации - это период напряженного труда и свершений, успехов и испытаний.

16 лет нашей активной деятельности стали годами становления и большой работы по формированию и укреплению организационной структуры, повышению роли Организации в развитии сестринского дела, информированию медицинских работников и общественности Санкт-Петербурга о целях и задачах организации, в том числе, обеспечение роста численности членов ассоциации в медицинских учреждениях для инициирования начала перемен в сестринском деле в нашем городе и создания системы непрерывного профессионального образования.

На сегодняшний день наша задача состоит в том, чтобы каждая медицинская сестра была причастна к процессу преобразований и реформ, происходящих в нашей профессии, реализовывала свой личный потенциал, в том числе, и через активную деятельность в Организации.

Не могу не сказать о непредвиденных трудностях и проблемах, с которыми с недавнего времени столкнулась наша ассоциация. И не только наша. В спокойную плановую и творческую работу ворвался вирус, который затянулся надолго, полностью перевернув жизнь миллионов людей и профессиональную деятельность медицинских работников во всем мире. И мы не стали исключением, поэтому мы были вынуждены изменить форму общения, учиться общаться онлайн, через мобильные мессенджеры.

Не обошли нас и печальные события! За этот относительно небольшой период мы потеряли многих наших коллег! Мы не забудем их имена! Вечная им память!

Вместе с пандемией 2021 год стал для нас и испытанием на прочность. В Санкт-Петербурге образовалась еще одна общественная ассоциация медицинских сестер, руководители которой пытаются доказать всем исключительность вновь созданной организации, однако мы не вступаем в дискуссии по этому поводу и продолжаем спокойно работать. Более того, мы готовы к тесному сотрудничеству с коллегами ради общего дела. Но пока, к сожалению, остается много не решенных вопросов в этом направлении.

Что же изменилось в нашей работе с началом коронавирусной инфекции Covid-19? Нам пришлось переходить на онлайн обучение. С этой целью мы проводим различные мероприятия согласно нашему образовательному плану, а также принимаем участие в научно-практических конференциях, саммитах регионального уровня.

Одним из ведущих направлений нашей деятельности стало расширение информационного пространства. К нашему официальному сайту мы подключили мобильное приложение, размещенное на сайте Google Play <https://play.google.com/store>. Однако более важное достижение – это приобретение статуса провайдера образовательных мероприятий с учетом требований системы непрерывного образования.



За отчетный период:

проведен конкурс «Герои нашего времени»;

15-16 февраля наша организация приняла участие в форуме, приуроченном к Международному дню операционной медицинской сестры «Операционное дело в многопрофильном стационаре».

4 июня проведена научно-практическая конференция «Амбулаторно-поликлиническая помощь сегодня» и вебинар «Аккредитация медицинского работника: грядущие перемены»;

23 сентября проведен вебинар «Глобальное изменение санитарного законодательства – причины, цели, перспективы. Сравнение новых и «старых» требований: отходы, обработка рук, дезинфекция, вакцинация и другое. Вопросы теории и сложности практического внедрения в медицинской организации»;

13 октября: научно-практическая конференция «Гериатрическая помощь сегодня». Конференция проведена в очном формате;

20 октября: научно-практическая конференция «Особенности организации инфекционного контроля в стоматологии с учетом новых требований санитарного законодательства. Профилактика инфицирования пациентов и персонала, штрафов при проверках»;

22 октября: вебинар «Организация дезинфекционных мероприятий в медицинской организации (МО)»;

9 декабря: вебинар «Аккредитация специалистов со средним профессиональным образованием. Особенности работы в ЛК на портале НМО. Отвечаем на актуальные вопросы».

Для поддержки научной деятельности в области сестринского дела и в связи с решением III отчетно-перевыборной конференции от 25 сентября 2020 года создан «Фонд поддержки научных исследований в области сестринской практики»; в 2022 году мы будем готовы показать наши достижения.

Организация активно сотрудничает с журналами «Главная медицинская сестра», «В помощь практикующей медицинской сестре», «Сестринское дело», издает свой журнал «Специалист здравоохранения» (на данный момент выпущено 27 номеров журнала). В средствах массовой информации неоднократно публиковались статьи о деятельности организации и достижениях в сестринском деле в целях повышения престижа профессии.

Мы и дальше продолжаем работать и развиваться несмотря на то, что пандемия изменила не только «лицо» здравоохранения в целом, но и сестринского дела, содержание практики и уровень ответственности специалистов.

Уважаемые коллеги!

Мне хочется всех вас поблагодарить за вашу гражданскую позицию в процессе развития профессиональной региональной общественной организации «Медицинских работников Санкт-Петербурга и пожелать нам сил, терпения и здоровья!

С уважением, Г.М. Подопригора,  
президент ПРОО «МРСП»

# КЛЮЧЕВЫЕ ВОПРОСЫ

*Краткое содержание опубликованных статей*

## **ДОЛГОСРОЧНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ COVID-19**

Лаптева Е.С., Цуцунава М.Р. **От пандемии к «долгому COVID-19»** // Специалист здравоохранения, 2021, 26, 6-10

Само будущее выживших после COVID-19 остается в значительной степени неясным. Применимы ли уроки SARS к COVID-19. В долгосрочной перспективе COVID-19 нанесет серьезный ущерб нервной системе.

## **ПАДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРЕ**

Полякова Н.В. **Опыт внедрения профилактических мероприятий с целью предупреждения падений в многопрофильном стационаре** // Специалист здравоохранения, 2021, 26, 12-16

Об опыте внедрения профилактических мероприятий с целью предупреждения падения пациентов в СПб «Городская больница Святого Георгия»

## **ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ДЕМЕНЦИЯ У ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА**

Цуцунава М.Р., Насыров С. **Индуктивный подход к обучению. Разбор клинического случая** // Специалист здравоохранения, 2021, 26, 17-22

Разобран клинический случай прогрессирующей деменции у пожилого мужчины, рассмотрены методы оценки психоэмоционального статуса и функционального статуса, методика оценки статуса питания пожилого человека; законодательные акты, регламентирующие социальную помощь пожилым с деменцией; описан сестринский уход.

## **ИНВАЛИДНОСТЬ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ**

Столов С.В., Макарова О.В. **МСЭ больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: вопросы направления на МСЭ** // Специалист здравоохранения, 2021, 26, 23-24

Об опыте работы «ПТБ № 5» (г.Санкт-Петербург)

## **ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ОНКОЛОГИИ**

Спиридонова В.С. **Медико-социальная экспертиза больных онкологического профиля: вопросы направления на МСЭ** // Специалист здравоохранения, 2021, 26, 24-27

Об опыте работы «ПТБ № 5» (г.Санкт-Петербург)

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Зайцева Е.В., Корнева Н.В., Божков А.А., Божков И.А., Божков Н.И., Божков Б.И. **Перспективные направления развития современной амбулаторной фтизиатрической помощи** // Специалист здравоохранения, 2021, 26, 27-32

Об опыте работы «ПТБ № 5» (г.Санкт-Петербург)

## **ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ТУБЕРКУЛЕЗ**

Корнева Н.В., Хамчиева Л.Н., Врабий Д.А., Зайцева Е.В., Божков И.А. **Роль информационно-образовательных технологий в профилактике туберкулеза у детей и подростков в современных условиях** // Специалист здравоохранения, 2021, 26, 32-35

Об опыте работы «ПТБ № 5» (г.Санкт-Петербург)

## **КАЧЕСТВО СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Цуцунава М.Р. **К вопросу о качестве сестринской помощи** // Специалист здравоохранения. 2021, 26, 36-39

Впервые проведенный систематический обзор на тему «Качество сестринской помощи» с целью определить основные направления исследований, изучаемые вопросы, обобщить результаты исследований.

**ОТ ПАНДЕМИИ К «ДОЛГОМУ COVID-19»***Лантева Е.С., Цуцунава М.Р.*

ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

**Аннотация**

Сегодня приобретает актуальность проблема, называемая «долгий COVID-19». Как протекает болезнь после выздоровления, включая отдаленные физические и психологические последствия для здоровья, само будущее выживших после COVID-19 остается в значительной степени неясным.

В данной статье обобщается опыт зарубежных исследований, нацеленных на выявление отдаленных последствий заболевания у взрослого населения.

*Ключевые слова:* коронавирусы, отдаленные последствия

**Abstract**

Today, a problem called "long-term COVID-19" is becoming alarming. How the disease progresses after recovery, including the physical and psychological health consequences, the very future of COVID-19 survivors remains largely unclear.

This article summarizes the experience of foreign studies aimed at identifying the long-term consequences of the disease in the adult population.

*Keywords:* coronaviruses, long-term consequences

Помимо быстрого и волнообразного распространения пандемии по всему миру сегодня все более масштабной становится проблема, называемая «долгий COVID-19» - термин, описывающий отдаленные последствия новой коронавирусной инфекции COVID-19. Уже сегодня прогнозируются значительные трудности с ведением длительно сохраняющихся проблем, с которыми столкнется медицинское сообщество в самом ближайшем будущем, учитывая растущую популяцию людей, перенесших COVID-19.

Согласно имеющимся данным, после выписки менее 13% пациентов чувствуют себя здоровыми, в то время как большинство продолжают испытывать до 3 и более симптомов заболевания [1].

В итальянском исследовании, в котором оценивалась персистенция симптомов COVID-19 у 143 пациентов, выписанных из больницы, только у 12,6 % участников полностью отсутствовали какие-либо симптомы, связанные с COVID-19, в среднем через 60 дней после появления первых симптомов [3]. Число лиц, длительно испытывающих проблемы со здоровьем, выросло до 47% в возрасте  $\geq 50$  лет. Кроме того, независимо от возраста чем больше число ранее существовавших хронических состояний, тем больше вероятность того, что разрешение симптомов будет отложено [19].

Как протекает болезнь после выздоровления, включая отдаленные физические и психологические последствия для здоровья, а также будущее выживших после COVID-19 остается в значительной степени неясным [8], [17].

## Параллель с аналогичными коронавирусами

Некоторые специалисты в поиске ответов на вопросы о возможных отдалённых последствиях COVID-19 обратились к опыту предыдущих аналогичных коронавирусов (SARS-CoV-1 и коронавирус ближневосточного респираторного синдрома [MERS-CoV]) [8]. При анализе эпидемиологических данных пандемии атипичной пневмонии 2002–2004 гг. в качестве частых последствий у пациентов со средними и тяжелыми формами этого заболевания выявлены миалгии, мышечная дисфункция, остеопороз и остеонекроз. Ранние исследования показали, что у некоторых пациентов с COVID-19 также наблюдается значительная скелетно-мышечная дисфункция, хотя долгосрочные исследования еще не проводились [4].

Прошлые пандемии, связанные с вирусными патогенами, были связаны с нейропсихиатрическими последствиями, которые могли сохраняться в течение месяцев у выздоровевших пациентов, что может серьезно угрожать когнитивному здоровью в целом. К снижению когнитивных функций ведет требуемая вспомогательная вентиляция легких на фоне высокого уровня провоспалительных цитокинов и острой респираторной дисфункции в тяжелых случаях COVID-19 [7].

С учетом того, что известно о коронавирусе тяжелого острого респираторного синдрома (SARS-CoV), который вызвал SARS в 2003 году, выдвинута гипотеза, что в ближайшие месяцы после COVID-19 могут возникнуть отдаленные последствия для **эндокринной системы**. Пациенты, инфицированные COVID-19, могут быть подвержены вирусному поражению поджелудочной железы и появлению диабета. Если это состояние возникает, требуется долгосрочное наблюдение, чтобы понять, будет ли диабет постоянным или SARS-CoV-2 вызвал переходный период гипергликемии, который исчезнет с выздоровлением пациента [13].

При этом остаются вопросы: применимы ли уроки SARS к COVID-19? Вызывает ли острый COVID-19 диабет? Или другие нарушения обмена веществ? Разовьется ли у пациентов интерстициальное заболевание легких? Тщательная регистрация симптомов и обследование пациента должна показать, какие последствия являются общими для всех тяжелых инфекций, какие симптомы можно объяснить тревогой, вызванной новым заболеванием, и изоляцией, и какие симптомы являются вторичными по сравнению с осложненным заболеванием. Если COVID-19 действительно вызывает отдаленные последствия, то являются ли механизмы, лежащие в основе долгосрочных последствий, иммунологическими? Или вызваны новым или рецидивирующим воспалением, продолжающейся инфекцией или побочными влиянием иммуномодулирующего лечения? Такие данные могут указать на стратегии управления кандидатами, которые будут проверены в ходе испытаний.

## Проявления

Наиболее частыми симптомами после острого COVID-19 являются усталость и одышка. Работа Huang C. и соавт. показала, что через 6 месяцев после острой инфекции выжившие после COVID-19 в основном страдали от усталости или мышечной слабости, а также проблем со сном, тревоги или депрессии. У пациентов, состояние которых было тяжелым во время пребывания в стационаре, были более серьезные нарушения диффузионной способности легких и аномальные проявления со стороны грудной клетки; эти пациенты являются основной целевой группой, в отношении которой требуются вмешательства с целью долгосрочного восстановления [9]. К другим общим симптомам относятся боль в суставах и боль в груди [3]. Помимо этих общих симптомов, сообщалось о дисфункции конкретных органов, в первую очередь сердца, легких и мозга.

**Со стороны сердечно-сосудистой системы** у пациентов с тяжелым острым COVID-19, наряду с тромбоемболической болезнью было описано повреждение миокарда, определяемое повышенным уровнем тропонина. В немецком исследовании с участием 100 пациентов, перенесших COVID-19, магнитно-резонансная томография сердца (выполненная в среднем

через 71 день после диагностики COVID-19) выявила поражение сердца у 78% обследованных и продолжающееся воспаление миокарда у 60% [15].

Наличие хронических сопутствующих заболеваний, продолжительность и тяжесть остро протекающего COVID-19, а также время с момента постановки диагноза не коррелировали с этими данными. Однако выборка не была случайной и, вероятно, сместилась в сторону пациентов с сердечными заболеваниями. Тем не менее, среди 26 соревнующихся атлетов колледжей, которым был поставлен диагноз COVID-19, и ни один из которых не нуждался в госпитализации, а большинство не сообщали о симптомах, у 46% был подтвержденный миокардит или ранее присутствующее поражение со стороны сердца.

Отмечаемая частота сердечной недостаточности как основного последствия COVID-19 вызывает озабоченность по поводу значительных потенциальных последствий для населения пожилого возраста с мультиморбидностью, а также для более молодых, ранее здоровых пациентов, включая спортсменов.

**Относительно дыхательной системы** остается нерешенным вопрос долгосрочного влияния COVID-19 на паренхиму и функцию легких. Хотя еще слишком рано давать исчерпывающий ответ на этот вопрос, единичные наблюдения демонстрируют серьезные последствия заболевания для легких у некоторых перенесших заболевание.

В исследовании 55 пациентов с COVID-19 через 3 месяца после выписки у 35 наблюдались стойкие симптомы, а у 39 - отклонения, указывающие на легочную дисфункцию (утолщение интерстициальной ткани и признаки фиброза) [20]. Через три месяца после выписки у 25% пациентов снизилась диффузия окиси углерода.

В другом исследовании результаты тестирования функции легких у 57 пациентов, полученные через 30 дней после выписки, показали сниженную диффузию монооксида углерода и снижение силы дыхательных мышц у 30 пациентов (53%) и 28 пациентов (49%) соответственно [10].

**Со стороны неврологии** на сегодняшний день наиболее распространенными долгосрочными неврологическими симптомами после COVID-19 являются головная боль, головокружение и дисфункция химиосенсоров (например, anosmia и ageusia). Несмотря на то, что инсульт является хоть и редким, но серьезным последствием острого COVID-19, энцефалит, судороги и другие состояния, такие как резкие перепады настроения и «затуманенность мозга», были зарегистрированы в течение 2–3 месяцев после начала заболевания [21].

Как предполагают Sinanović O и соавт. (2020), у выживших после COVID-19 в ближайшие годы и десятилетия воспалительный системный процесс и / или воспалительный процесс в головном мозге могут запустить долгосрочные механизмы, которые обычно приводят к увеличению неврологических и нейродегенеративных расстройств [18].

Ожидается, что в долгосрочной перспективе COVID-19 нанесет серьезный ущерб нервной системе [11].

### **Эмоциональное здоровье, социальные последствия**

Долгосрочное психологическое воздействие как распространения вируса, так политики ограничений остается неопределенным. Однако недавние исследования сообщили о высоком уровне психологического стресса и симптомах посттравматического стрессового расстройства.

Диагноз COVID-19 и последующая потребность в физическом дистанцировании были связаны с ощущением изоляции и одиночества [6]. Стигма, связанная с COVID-19, также ставшая повсеместной, может впоследствии привести к ощущению безнадежности.

Вспышка COVID-19 в Китае привела к почти мгновенному усилению негативных эмоций (тревожности, депрессии и негодования) и одновременному уменьшению положительных эмоций и удовлетворенности жизнью населения в целом. Кроме того, психологический стресс в условиях карантина оказался отрицательно связан с рекомендуемым поведением (например,

проветривание жилых помещений, социальное дистанцирование) для снижения риска заражения и положительно с nereкомендуемым поведением (витаминовые таблетки или экономические меры, противоречащие национальным рекомендациям по возвращению к нормальной деятельности после снижения риска пандемии) [14].

Психосоциальные последствия, а также последствия для психического здоровья значительны как для населения в целом, так и особенно для медицинских работников всех профилей [18]. СМИ сигнализируют о резких изменениях в режиме сна, физической активности и диете, об употреблении психоактивных веществ, что впоследствии может сказаться на психическом здоровье [2]. Рост психических расстройств предполагается в связи с возможным снижением уровня витамина D, а также с установленной связью между экономическим кризисом и психическим здоровьем населения. Психическое здоровье должно стать ключевой задачей в борьбе с пандемией [16].

### **Микробиом человека**

Пандемия COVID-19 может повлиять на микробиом человека у инфицированных и неинфицированных людей, оказывая существенное влияние на здоровье человека в долгосрочной перспективе. Хотя многое остается неопределенным или неизвестным о вирусе и его последствиях, применение методов борьбы с пандемией может существенно повлиять на микробиом [5], [12].

#### **Итог:**

1. Как протекает болезнь после выздоровления, само будущее выживших после COVID-19 остается в значительной степени неясным.
2. Некоторые специалисты в поиске ответов на вопросы о возможных отдаленных последствиях ковида обращаются к опыту предыдущих аналогичных коронавирусов (т.е. SARS-CoV-1 и коронавирус ближневосточного респираторного синдрома [MERS-CoV]). При этом остается вопрос: применимы ли уроки SARS к COVID-19.
3. Хотя большинство выживших могут вернуться к работе и нормальной жизни, у значительного числа из них будут обнаружены нарушения со стороны вентиляции и диффузии газов в крови.
4. После выздоровления пациенты остаются в группе риска заболевания легких, сердечных заболеваний, слабости и психических расстройств.
5. Могут быть отдаленные последствия нежелательных явлений, которые развиваются в ходе COVID-19 и его лечения.
6. Ожидается, что в долгосрочной перспективе COVID-19 нанесет серьезный ущерб нервной системе.
7. Психическое здоровье должно стать ключевой задачей в борьбе с пандемией.

### **Список использованной литературы**

1. Белоцерковская Ю. Г., Романовских А. Г. и соавт. ДОЛГИЙ COVID-19 // Consilium Medicum. 2021. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dolgiy-covid-19> (дата обращения: 01.11.2021).
2. Arora T, Grey I. Health behaviour changes during COVID-19 and the potential consequences: A mini-review. *J Health Psychol.* 2020 Aug;25(9):1155-1163. doi: 10.1177/1359105320937053. Epub 2020 Jun 18. PMID: 32551944. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32551944/>
3. Carfi A, Bernabei R, Landi F; Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA.* 2020;324(6):603-605. doi:10.1001/jama.2020.12603
4. Disser NP, De Micheli AJ, et al. Musculoskeletal Consequences of COVID-19. *J Bone Joint Surg Am.* 2020 Jul 15;102(14):1197-1204. doi: 10.2106/JBJS.20.00847. PMID: 32675661; PMCID: PMC7508274. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32675661/>

5. Finlay BB, Amato KR, et al. The hygiene hypothesis, the COVID pandemic, and consequences for the human microbiome. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2021 Feb 9;118(6):e2010217118. doi: 10.1073/pnas.2010217118. Erratum in: *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2021 Mar 16;118(11): PMID: 33472859; PMCID: PMC8017729. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33472859/>
6. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. *JAMA Intern Med*. 2020;180(6):817-818. doi:10.1001/jamainternmed.2020.1562
7. Heneka MT, Golenbock D, et al. Immediate and long-term consequences of COVID-19 infections for the development of neurological disease. *Alzheimers Res Ther*. 2020 Jun 4;12(1):69. doi: 10.1186/s13195-020-00640-3. PMID: 32498691; PMCID: PMC7271826. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32498691/>
8. Higgins V, Sohaei D, Diamandis EP, Prassas I. COVID-19: from an acute to chronic disease? Potential long-term health consequences. *Crit Rev Clin Lab Sci*. 2021 Aug;58(5):297-310. doi: 10.1080/10408363.2020.1860895. Epub 2020 Dec 21. PMID: 33347790. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33347790/>
9. Huang Y, Tan C, Wu J, et al. Impact of coronavirus disease 2019 on pulmonary function in early convalescence phase. *Respir Res*. 2020;21(1):163. doi:10.1186/s12931-020-01429-6
10. Huang C, Huang L, Wang Y, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*. 2021 Jan 16;397(10270):220-232. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32656-8. Epub 2021 Jan 8. PMID: 33428867; PMCID: PMC7833295.
11. Iadecola C, Anrather J, Kamel H. Effects of COVID-19 on the Nervous System. *Cell*. 2020 Oct 1;183(1):16-27.e1. doi: 10.1016/j.cell.2020.08.028. Epub 2020 Aug 19. PMID: 32882182; PMCID: PMC7437501. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32882182/>
12. Jiang DH, McCoy RG. Planning for the Post-COVID Syndrome: How Payers Can Mitigate Long-Term Complications of the Pandemic. *J Gen Intern Med*. 2020 Oct;35(10):3036-3039. doi: 10.1007/s11606-020-06042-3. Epub 2020 Jul 22. PMID: 32700223; PMCID: PMC7375754. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32700223/>
13. Mongioi LM, Barbagallo F, et al. Possible long-term endocrine-metabolic complications in COVID-19: lesson from the SARS model. *Endocrine*. 2020 Jun;68(3):467-470. doi: 10.1007/s12020-020-02349-7. Epub 2020 Jun 2. PMID: 32488837; PMCID: PMC7266418. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32488837/>
14. Mukaetova-Ladinska EB, Kronenberg G. Psychological and neuropsychiatric implications of COVID-19. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2021 Mar;271(2):235-248. doi: 10.1007/s00406-020-01210-2. Epub 2020 Nov 22. PMID: 33221936; PMCID: PMC7680256. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33221936/>
15. Puntmann VO, Carerj ML, Wieters I, et al. Outcomes of cardiovascular magnetic resonance imaging in patients recently recovered from coronavirus disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol*. Published online July 27, 2020. doi:10.1001/jamacardio.2020.3557
16. Riedel-Heller S, Richter D. COVID-19-Pandemie trifft auf Psyche der Bevölkerung: Gibt es einen Tsunami psychischer Störungen? [COVID-19 Pandemic and Mental Health of the General Public: Is there a Tsunami of Mental Disorders?]. *Psychiatr Prax*. 2020 Nov;47(8):452-456. German. doi: 10.1055/a-1290-3469. Epub 2020 Nov 2. PMID: 33137827. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33137827/>
17. Salehi S, Reddy S, Gholamrezanezhad A. Long-term Pulmonary Consequences of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): What We Know and What to Expect. *J Thorac Imaging*. 2020 Jul;35(4):W87-W89. doi: 10.1097/RTI.0000000000000534. PMID: 32404798. [https://journals.lww.com/thoracicimaging/Fulltext/2020/07000/Long\\_term\\_Pulmonary\\_Consequences\\_of\\_Coronavirus.11.aspx](https://journals.lww.com/thoracicimaging/Fulltext/2020/07000/Long_term_Pulmonary_Consequences_of_Coronavirus.11.aspx)
18. Sinanović O, Muftić M, Sinanović S. COVID-19 Pandemia: Neuropsychiatric Comorbidity and Consequences. *Psychiatr Danub*. 2020 Summer;32(2):236-244. doi: 10.24869/psyd.2020.236. PMID: 32796792. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32796792/>
19. Zhao YM, Shang YM, Song WB, et al. Follow-up study of the pulmonary function and related physiological characteristics of COVID-19 survivors three months after recovery. *EClinicalMedicine*. 2020;25:100463. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100463
20. Zubair AS, McAlpine LS, Gardin T, Farhadian S, Kuruvilla DE, Spudich S. Neuropathogenesis and neurologic manifestations of the coronaviruses in the age of coronavirus disease 2019: a review. *JAMA Neurol*. 2020;77(8):1018-1027. doi:10.1001/jamaneurol.2020.2065
21. Yelin D, Wirtheim E, et al. Long-term consequences of COVID-19: research needs. *Lancet Infect Dis*. 2020 Oct;20(10):1115-1117. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30701-5. Epub 2020 Sep 1. PMID: 32888409; PMCID: PMC7462626. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32888409/>

## **В октябре кафедра гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности отметила свое 35-летие. Этот юбилей совпал с 10-летним юбилеем СЗ ГМУ им. И.И. Мечникова, правопреемником Ленинградского ГИДУВа и МАПО (историческая справка)**

За свою 35 летнюю историю кафедра сменила несколько названий: кафедра гериатрии, кафедра геронтологии и гериатрии, кафедра геронтологии, гериатрии и сестринского дела и, наконец, кафедра гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности.

Впервые в СССР по распоряжению ректора Ленинградского ГИДУВа профессора Семена Александровича Симбирцева на основании приказа министра здравоохранения №347 от 1977 г. «О создании в медицинских институтах и институтах усовершенствования врачей кафедр гериатрии с целью подготовки врачей-гериатров», а также на основании приказа «Об организации гериатрической службы в СССР», преподавание гериатрии было начато в январе 1980 года на сформированном цикле гериатрии при кафедре терапии № 3 под руководством профессора Игоря Николаевича Бухаловского.

В дальнейшем, по распоряжению ректора Ленинградского ГИДУВа в 1986 году курс гериатрии был трансформирован в первую в России кафедру гериатрии. Идеальным вдохновителем создания новой кафедры был Главный терапевт Ленинграда, заведующий кафедрой терапии №1 Ленинградского ГИДУВа профессор Анатолий Александрович Крылов. Организатор и основатель кафедры – профессор Лев Филиппович Гуло (возглавлял кафедру с 1986 по 1996 год).

В течение 15 лет кафедрой заведовал профессор Арьев А.А. В последующие годы кафедрой возглавляли профессор В.Х. Хавинсон, профессор Зоткин Е.Г. С 2017 года заведующей кафедрой назначена Екатерина Сергеевна Лаптева.

За 35 лет на кафедре проведено более 400 циклов тематического и общего усовершенствования, количество наименований различных циклов неуклонно растет и в настоящее время достигло цифры 11. За это время на кафедре прошли обучение около 10 000 врачей и 25 клинических ординатора. проводится обучение студентов (специалитет (6 курс модуль «Гериатрия»). Дополнительные циклы: паллиативная медицинская помощь (для медицинских сестер хосписов, центров и отделений паллиативной помощи, отделений сестринского ухода), диетология и актуальные вопросы организации питания (для медицинских сестер диетологической службы), особенности профессиональной деятельности среднего медицинского персонала в условиях пандемии COVID 19.

Последние десять лет на кафедре работают медицинские сестры с высшим сестринским образованием: Аристидова С.Н., завуч кафедры, Подопригора Г.М., кандидат медицинских наук, доцент, Джалалова О.Ю., зав. практикой, Цуцунава М.Р. (BSc, MS, Ливерпульский университет), ассистент кафедры, Мунгалова А.В. и др.



### **ПРОО МРСП - ПРОВАЙДЕР ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**

**ЗА ПЕРИОД С МАРТА ПО ДЕКАБРЬ 2021 Г. ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОРГАНИЗАЦИИ В СИСТЕМЕ НМО ОБУЧЕНО 1015 ЧЛЕНОВ ОРГАНИЗАЦИИ**

Для участия в образовательных мероприятиях необходимо подать заявку в офис ПРОО МРСП по установленной форме.

Все вопросы по тел. +79214175100 или по электронной почте: [2lishangel@rambler.ru](mailto:2lishangel@rambler.ru)

## ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ С ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПАДЕНИЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

*Полякова Е.В.*

СПб «Городская больница им. Святого Георгия»



В настоящее время достаточно широко обсуждается проблема падений. По данным ВОЗ, каждый год в мире происходит свыше 37 млн. падений, требующих медицинской помощи пациентам старших возрастных групп, перенесших значительную кровопотерю, пациентам с нарушениями мозгового кровообращения, нейротравмами, травмами нижних конечностей, пациентам, принимающим определенные лекарственные препараты и пр. Падения являются проблемой не только медицинской, но и социально-экономической, главным образом из-за своих последствий, связанных с необходимостью дополнительных расходов на лечение, реабилитацию, уход при дефиците самохода. Являясь значительной для общественного здравоохранения во всем мире, данная проблема не обошла стороной и наш стационар. В 2018г. коллектив нашего стационара во главе с руководителем В.В. Стрижелецким принял решение вступить в проект по внедрению СМК и, в частности, по внедрению профилактических мероприятий с целью предупреждения падений. Мы готовы поделиться теми результатами, которых достигли, с теми проблемами, с которыми столкнулись, которые приходится решать в процессе внедрения системы профилактики.

Изначально был издан приказ по профилактики падений в учреждении, в котором отражены основные моменты ответственности, контроля, с разработанными алгоритмами, чек-листами. (В этом на начальном этапе нам помогла статистика, которую мы начали вести с июля 2018г.) Первые полгода ушли на определение тех критериев, которые должны быть отражены в журнале регистрации падений, чтобы ничего не упустить при анализе.

С 2019г. были заведены журналы регистрации падений на отделениях. Из этих журналов информация стекается в электронный журнал. Каждый год проводится анализ полученных данных. В 2019г. в стационаре было зарегистрировано 119 случаев падений, 37 пациентов в результате падений получили те или иные травмы (3 случая – переломы шейки бедра).

Как известно, чаще всего пациенты падают на отделениях с ССЗ (неврология, кардиологии). Именно поэтому нам захотелось провести небольшое исследование среди пациентов данных отделений. 100 человек приняли участие в нашем опросе, и его результаты определили все те моменты, на которые необходимо обращать внимание в медицинской организации. Так как у нас женская половина практически всегда более активна по сравнению с мужской, участие в анкетировании по гендерному показателю предсказуемо. Старшее поколение преобладает в стационаре (тоже объяснимо – население стареет, тем более в городе СПб).

На вопрос о наличии головокружений 26% отрицали их наличие, но для остальных эта проблема присутствует по определенным причинам (на их взгляд): 20% респондентов постоянно живут с этой проблемой; 34% испытывают головокружения при изменении положения

тела; 8% - связывают данный симптом с приемом лекарственных препаратов, а 7% - ощущают головокружения после сна. Если связать эти данные с полипрагмазией, то необходимо учитывать, что 45% респондентов принимают одновременно более 5 ЛП (есть пациенты, принимающие 12 ЛП). 31% респондентов с нестандартной походкой жалуются на спотыкание, шарканье, подворачивание ног и т.п. Учитывая основную группу – лица пожилого и старческого возраста, где у 63% - есть проблемы со зрением, также можно найти взаимосвязь в этих показателях. 41 % - страдает бессонницей и, скорее всего, захотят встать, также 68% пациентов встают в ночное время для посещения туалета. Все эти критерии необходимо учитывать при назначении мочегонных препаратов и инфузионной терапии в значительном количестве. Таким образом, подводя итоги нашего исследования, мы видим достаточно удручающие цифры по основным показателям, значительно увеличивающим риски падений.

Нам было интересно узнать, в каких местах случились эти падения, чтобы в будущем постараться избежать их. По данным уже нашей статистики больше всего падений случается с кровати (и совсем не обязательно наличие опущенного ограничителя, иногда для пациентов ограничитель не является препятствием: в таких случаях травмы зачастую еще более тяжелые). Именно поэтому некоторых пациентов приходится фиксировать, т.к. в условиях многопрофильного стационара на медсестру иногда приходится от 35 до 50 пациентов. Так как большую часть времени пациент проводит в палате, отсюда и следующая цифра – 29 падений из 119 произошло именно здесь.

Большее количество падений с кровати случилось на неврологическом отделении для пациентов с ОНМК. На данном отделении дежурная служба состоит из 2 медицинских сестер и 1 младшей медсестры на 34 пациента. Родственники, навещая своих близких, очень возмущаются, когда застают пациентов фиксированными к кровати (согласно алгоритму).

Чаще всего падения происходят в ночное время, что объясняется меньшим количеством персонала в эти часы, в некоторых случаях отсутствие должного контроля и внимания пациента со стороны медицинских сестер, а также несоблюдение больными и их родственниками рекомендаций персонала по соблюдению двигательного режима.

### **Вопросы организации профилактических мероприятий**

При поступлении в стационар медицинская сестра приемного отделения проводит оценку пациентов на наличие риска падения по шкале Морзе (хотя бы один ответ «да» означает наличие риска падения). При выявлении риска история болезни маркируется на этапе оформления (на титульном листе сверху желтым цветом), на запястье пациента надевается сигнальный браслет, а также осуществляется выбор метода транспортировки пациента в отделение: на каталке, на кресле или пешком.

При поступлении на отделение медицинская сестра в соответствии с маркировкой в истории болезни и браслетом размещает пациента с риском падения в палату, находящуюся рядом с постом медсестры, на функциональную кровать, установленную в «низкой позиции» с боковыми ограничителями, с исправной тормозной системой, исправными кнопками вызова, находящимися в прямой доступности.

Медсестра регистрирует нуждающегося в проведении профилактических мероприятий в журнале передачи дежурств персонала, дополнительно маркирует бейдж на кровати желтым цветом и объясняет пациенту аспекты безопасного поведения. Все эти правила отражены в памятке для пациентов и их родственников, размещены на информационных стендах и на постах сестринского персонала.

Далее медсестра ведет в стационарной карте больного ежедневный план сестринского контроля безопасности пациентов высокого риска падений. Данный план рассчитан на несколько дней, иногда достаточно вклеить в историю болезни 1 лист. При обнаружении факта

падения пациента медицинская сестра должна провести соответствующую оценку пациента заново, зафиксировать падение в журнале с указанием причин и места падения (создана единая система регистрации случаев падения пациентов), заполнить протокол падения, сообщить при передаче дежурства старшей медицинской сестре и на конференции.

При случившемся падении оценка пациента должна проводиться по шкале Хендрика, позволяющая проанализировать более глубоко риски падения. В данной шкале учитывается прием ЛП бензодиазепенового ряда и антиконвульсантов.

Задачами Главной медицинской сестры на 1 этапе являлось:

- ✓ внедрение в работу среднего медицинского персонала алгоритма оценки риска падений с обязательным обучением
- ✓ разработка алгоритма по транспортировке и сопровождению пациентов
- ✓ организация Школы ухода за пациентами с высоким риском падения с целью информирования, как пациентов, так и ухаживающих о методах профилактики падения. Данная Школа у нас действует на базе неврологического отделения для пациентов с ОНМК с 2014г.

На последующих этапах главная медсестра ответственна за:

- ✓ проведение ежеквартальных обучений персонала по вопросам профилактики падений;
- ✓ разбор каждого случая возникновения падений в стационаре на Совете по Сестринскому делу;
- ✓ составление ежемесячного отчета обо всех случаях падений в стационаре (данные анализируются, чтобы в дальнейшем была возможность предотвратить падения – иногда пациенты падают в одних и тех же местах и это не просто так, всему есть объяснения!)

## **Мультидисциплинарный подход в профилактике падений**

## **Научное исследование**

### **Мнения медицинских сестер об оценке риска падений пациентов в стационаре**

Падения пациентов и травмы, связанные с падением, представляют собой серьезную проблему для пациентов, родственников, лиц, осуществляющих уход, и системы здравоохранения в целом.

Наиболее склонными к падениям, как считают медицинские сестры, являются пациенты в послеоперационном периоде. Они считают, что большинство падений происходит во время транспортировки, и что медицинский диагноз пациента играет решающую роль в инцидентах с падением.

Наиболее серьезной проблемой, связанной с падением пациентов, были симптомы черепно-мозговой травмы. По мнению медсестер, риск падения для каждого пациента должен оцениваться при госпитализации. Среди мер, которые медсестры принимают против падений пациентов, - поднятие боковых поручней кровати и фиксация тормозов кровати.

**Выводы:** результаты этого исследования показывают, что для медсестер следует организовать программы обучения по оценке риска падения без отрыва от работы. Необходимо разработать рекомендации для пациентов с разным уровнем риска падения. Считается, чтобы медсестры должны отвечать за обучение пациентов, находящихся в сознании, их родственников и лиц, осуществляющих уход.

Источник: Pubmed

В профилактике падений в медицинской организации должен быть мультидисциплинарный подход. Инструктаж и обучения проходит персонал всех служб и отделений стационара, среди которых и уборщик, который должен соблюдать технологию уборки, использовать предупредительные знаки «Скользкий пол», сотрудник службы транспортировки и сопровождения пациентов, который должен соблюдать предписание медперсонала по способам передвижения больных, знать правила перекладывания пациентов с каталки на кровать и наоборот, буфетчик службы лечебного и диетического питания, который должен быть внимательным и предупредительным при раздаче пищи пациентам с высоким риском падений.

При обслуживании коммунаций здания службе эксплуатации необходимо учитывать время наименьшего передвижения пациентов по стационару. Если это невозможно предугадать, то сотрудники должны осуществлять свою деятельность без ущерба для безопасности окружающих. Начальник службы безопасности проводит инструктаж сотрудников охранной организации на предмет идентификации пациентов с высоким риском падения и ограничивает режим выхода из больницы без сопровождения для таких пациентов.

Как известно, всё новое не всегда воспринимается персоналом, главными исполнителями, с должным энтузиазмом. Были негативные высказывания в адрес инициаторов со стороны персонала, и даже некоторые заведующие видели в создании данной

## Когда стоит цель - свести падения пациентов «к нулю» ...

Американская ассоциация медицинских сестер (1999) и Национальный форум качества (2004) определили падения пациента как один из индикаторов качества сестринской помощи, таким образом возложив ответственность за падения непосредственно на сестринский персонал.

Из-за постоянного контроля, связанного с падениями пациентов, многие медсестры в отделениях с высоким уровнем падений отметили, что у них развился «страх перед падениями». Медсестры отметили беспокойство по поводу выговора в случае падения, возможного увольнения и публичного осуждения.

После падения пациента обязательно проводится расследование. Медсестры должны подробно рассказать обо всем, что произошло до, во время и после падения, а именно - предоставить подробную информацию о пациенте, о предпринятых мерах предосторожности (определение пациента как подверженного риску падения и размещение на пациенте устройства, сигнализирующего о его перемещении с кровати или кресла), о том, что произошло непосредственно перед падением и во время падения, и что могло бы предотвратить падение.

Об имевшем место падении сообщается на междисциплинарных обходах, по электронной почте всему персоналу стационара. Медсестра, которая ухаживала за упавшим пациентом, обычно инициирует собрание для всего медицинского персонала. На этом собрании устанавливается факт падения пациента, обсуждаются причины падения и способы предотвращения падения.

*«Медсестра рассказала мне, что ей пришлось встать перед медицинской бригадой, врачами, медсестрами, студентами-медиками и куратором и сообщить им, что ее пациент упал. Это было ужасно, она была просто морально уничтожена» (из интервью с медсестрой).*

*«Если на отделении было падение, информация распространялась на всю больницу... было неловко. Многие считали, что это позорит нас...» (из интервью с медсестрой).*

В итоге боязнь падений привела к тому, что медсестры боятся ухаживать за пациентами с риском падения. Они смотрят на таких пациентов как на угрозу увеличения рабочей нагрузки, обвинений и постоянного потока негатива. Чтобы защитить себя и свое отделение медсестры изменили свою практику и стали ограничивать независимость пациентов. (Источник: Pubmed)

системы только моменты дополнительной нагрузки на средний и младший медперсонал. Медицинским сестрам приходится постоянно доказывать и врачам, и администрации, для чего необходимы изменения в организации работы, с какой целью должны быть проведены закупки оснащения, приспособлений, ранее не закупавшимися в учреждении.

Именно поэтому инициативная группа в лице старших медсестер провела анализ медицинских карт пациентов, которые упали в стационаре за 2019 год, с целью подсчета экономических затрат при падении. Если учесть, что медсестры не высчитывали стоимость койко-дня, лекарственных препаратов и расходных материалов, затрат на стирку, питание, и пр., наши потери составили 525 313 рублей – сумма вполне приемлемая, чтобы закупить средства профилактики падений пациентов, дефицит которых ощущает каждая МО.

Создание системы профилактики падений довольно таки новое направление в нашем здравоохранении, о котором заговорили не так давно, после выхода в 2015 году документа «Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации». В 2020г. были изданы Клинические рекомендации «Падения у пациентов пожилого и старческого возраста» и Методические рекомендации «Комплекс мер, направленный на профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста», но эти документы в основном адресованы врачам, гериатрам. Приказ №785н не дает точных указаний, как организовать профилактические мероприятия с целью предотвращения падений.

### Заключение

В мае этого года опубликован замечательный, информативный документ «Протоколы по обеспечению безопасности медицинской помощи в многопрофильном стационаре», во второй главе которого очень подробно описан процесс оценки рисков, правила наблюдения и ведения данной категории пациентов, приведены образцы документации, рекомендуемой к оформлению. Однако нет самого важного для практикующих медсестер, организаторов сестринского дела: отсутствует перечень тех манипуляций, тех приспособлений, которые мы можем использовать в процессе своей работы с такой категорией пациентов. Вот и получается, что сначала мы боремся на местах по закупке современных медицинских изделий для фиксации пациентов к кроватям, к креслам. На свой страх и риск создаем алгоритмы фиксации, нарушая их права и вызывая недовольства со стороны родственников пациента, которые порой не просматривают в действиях медперсонала беспокойства о безопасности пациента.

К сожалению, в настоящее время медицинским сестрам приходится учиться на опыте коллег из различных клиник, зачастую зарубежных, который далек от наших реалий. Нет государственного стандарта по профилактике падений, в котором были бы отражены все моменты работы в данном направлении. Именно поэтому сестринские исследования так важны в данном направлении, и возможно когда-нибудь будут учтены при разработке нормативного документа.



### О НАЧИСЛЕНИИ ЗЕТОВ

ЗЕТы начисляются на основе статистического отчета, при выполнении, как минимум, трех условий:

- специальность участника указана в списке целевой аудитории
- минимальный порог присутствия соответствует регламентированному
- число подтверждений присутствия на мероприятии соответствует регламентированному

**О РАБОТЕ В ЛИЧНОМ КАБИНЕТЕ:** <https://edu.rosminzdrav.ru/voprosy-otvety/voprosy-po-rabote-v-lichnom-kabinete-specialista/>

## ИНДУКТИВНЫЙ ПОДХОД К ОБУЧЕНИЮ. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Цуцунава М.Р., Насыров С.

ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

### Аннотация

Представлен разбор клинического случая прогрессирующей деменции у пожилого мужчины, рассмотрены методы оценки психоэмоционального статуса пожилого человека, методы оценки функционального статуса пожилого человека и потребности в помощи окружающих, методика оценки статуса питания пожилого человека. Установлены законодательные акты, регламентирующие социальную помощь пожилым с деменцией. Описан сестринский уход.

**Ключевые слова:** деменция, психоэмоциональный статус, социальная помощь, сестринский уход

## AN INDUCTIVE APPROACH TO LEARNING. THE CLINICAL CASE ANALYSIS

Lapteva E.S., Kanunnikova E.

FGBOU VO "North-Western State University named after I. I. Mechnikov"

### Abstract

Analysis of a clinical case of progressive dementia in an elderly man is presented, methods for assessing the psychoemotional status of an elderly person, methods for assessing the functional status of an elderly person and a need for help from others, methods for assessing the nutritional status of an elderly person are considered. Legislative acts regulating social assistance to the elderly with dementia are established. Nursing care is described.

**Keywords:** dementia, psychoemotional status, social assistance, nursing care

*Виктор Сергеевич Резников, 73 года, пенсионер, москвич. Вдовец, 2 детей - сын Никита, 46 лет. Живёт в Туле с семьей. Навещает отца раз в месяц. Дочь - Антонина, 42 года. Живёт в Москве с семьей. Приходит раз в неделю с внуками.*

**Диагнозы:** # Гипертония; # Хроническая Сердечная Недостаточность; # Деменция в начальной форме; # Аденома предстательной железы

**Лекарства:** ✓ Тамсулозин (Альфа Блокеры) ✓ Нормитен (Бета Блокеры) Бисопролол ✓ Фуросемид (Мочегонные).

*Находится на долгосрочном уходе в гериатрическом центре уже 8 месяцев. Передвигается самостоятельно, но в последние три недели наблюдается одышка, "переводит дух" чаще обычного. Две недели назад был осмотрен Кардиологом. Получил назначение и начал прием нового лекарства, в связи с подозрением на ухудшение Сердечной недостаточности.*

*Периндоприл (Ингибитор АПФ).*

*Последние полторы недели у Виктора Сергеевича сухой кашель, без мокроты. Температура тела в норме. Особенно беспокоит кашель по ночам. Пациент перестал спать.*

<b>Студент должен</b>	
<p><b>знать:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Суть концепции «долгосрочный уход в гериатрии»</li> <li>2. Показания для долгосрочного ухода</li> <li>3. Суть концепции понятия «полипрагмазия»</li> <li>4. Особенности сестринского ухода за пациентами с АГ, ХСН, деменцией и потенциальные проблемы, связанные с указанными диагнозами</li> <li>5. Особенности применения препаратов Биспролола и Тамсулозина</li> <li>6. Имеющиеся инструменты для сбора данных (при деменции)</li> </ol>	<p><b>Уметь:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определять основные понятия («долгосрочный уход в гериатрии», «полипрагмазия»)</li> <li>2. Устанавливать показания для долгосрочного ухода</li> <li>3. Устанавливать особенности применения препарата Периндоприл</li> <li>4. Разрабатывать сестринский план ухода</li> <li>5. Применять известные инструменты для сбора данных (при деменции, напр.)</li> <li>6. Демонстрировать практические навыки (измерение АД, взвешивание, контроль выпитого-выделенного)</li> </ol>

### **Вопросы:**

1. Какова цель долгосрочного ухода за пожилыми людьми?
2. Каковы показания для долгосрочного ухода?
3. Каковы задачи сестринского долгосрочного ухода?
4. Что должна знать медицинская сестра о полипрагмазии? (Что такое полипрагмазия? Как можно ее выявить? Как определять возможные побочные эффекты назначенных препаратов?)
5. Каковы особенности применения препарата Периндоприл?
6. Какой диагноз следует исключить у пациента, учитывая проявившиеся симптомы – сухой кашель без мокроты, который усиливается по ночам, на фоне нормальной температуры?
7. Какие инструменты может использовать медсестра для сбора данных при деменции?
8. Какой план ухода можно разработать для конкретного пациента? («Какая информация необходима для составления такого плана?»)

### **ДОЛГОСРОЧНЫЙ УХОД В ГЕРИАТРИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ**

Долгосрочный уход включает широкий спектр повседневной помощи, в которой в течение длительного периода времени нуждаются пациенты пожилого и старческого возраста [4].

Система долговременного ухода представляет собой комплексную программу поддержки для каждого человека с дефицитом самообслуживания, частично или полностью утратившего способность к самостоятельному уходу, которая обеспечивает максимально возможное качество жизни с сохранением жизненных потребностей [8], а также независимости, автономности, возможности самореализации, активной деятельности, а также человеческого достоинства [13].

Показаниями для долгосрочного ухода являются утрата интеллектуальных и профессиональных способностей, так же здоровья, болезней, связанных с ухудшением памяти или с ее утратой (Болезнь Альцгеймера), в основном неспособность ухаживать за своим здоровьем.

Для определения уровня функционирования человека используются опросники и шкалы, разработанные и адаптированные (верификация) с учетом национальных, культурных, правовых и иных особенностей. Известной является шкала Бартела [19], применяемая в процедуре признания человека нуждающимся.

## ЧТО ДОЛЖНА ЗНАТЬ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА О ПОЛИПРАГМАЗИИ

Термин «полипрагмазия» (от poly – много и pragma – предмет, вещь) означает одновременное и нередко необоснованное назначение множества лекарств или лечебных процедур. В амбулаторных и стационарных условиях больным чаще всего одновременно назначают более двух лекарственных препаратов (ЛП). Причем врач не всегда знает, что действительно принимает пациент и в каких дозах, часто имеет место дисконформность. Полифармакотерапия может возникать не только из-за большого количества сопутствующих заболеваний и состояний у пациента, но и ввиду неправильного выбора ЛП, когда больной принимает однонаправленные, взаимоисключающие или необязательные медикаменты [11].

Однако в данном случае полипрагмазия может быть обоснована, так как клиническая практика и результаты многих мультицентровых исследований показали, что применение монотерапии в лечении АГ редко приводит к достижению целевых уровней АД, увеличивает риск развития нежелательных явлений и снижает приверженность пациента к лечению [10].

Медицинская сестра должна знать, с какими проблемами может быть связана полипрагмазия. Например, существует обратная связь между полипрагмазией и нерегулярным ритмом кишечника, при этом нерегулярный ректальный ритм повышает риск полипрагмазии почти в 2 раза по сравнению с регулярным ритмом кишечника. Японские исследователи показали, что замедление циркадианного ритма кишечника до частоты 1 раз в 2 дня приводило к повышению риска кардиоваскулярной смертности на 21%, а при частоте стула 1 раз в 4 дня — к повышению риска сердечно-сосудистой смертности на 39% (Honkura K., Tomata Y., 2016) [17].

Установлено, что полипрагмазия, как и полиморбидность, является факторов риска падений лиц старших возрастных групп [7], [16]. По результатам большого исследования из Нидерландов, при использовании более 4 лекарственных средств одновременно риск падения увеличивался в 1,3 раза по сравнению с пациентами, получающими менее 4 лекарств [14]. Определенную роль может сыграть медицинская сестра, которая будет учитывать вероятность падения при разработке плана ухода за данным пациентом и включать соответствующие вмешательства. Для этого, вероятно, она должна знать так называемую «светофорную систему» препаратов, индуцирующих падения [18].

Полипрагмазия повышает вероятность суммирования возможных побочных эффектов отдельных лекарственных средств и проявления отрицательного взаимодействия лекарственных препаратов на организм. Нежелательные лекарственные взаимодействия, связанные с полипрагмазией, наиболее часто встречаются при лечении гериатрических пациентов [9]; поэтому при выборе комбинированного медикаментозного лечения для гериатрических пациентов важно учитывать и особенности фармакокинетики и фармакодинамики применяемых лекарственных средств.

Для данного случая есть еще одна особенность: одновременное применение таких препаратов, как **Тамсулозина (Альфа Блокер) + бисопролола (Бета Блокатор)** может привести к такому побочному эффекту как брадикардия и потеря сознания. Эти данные должны быть занесены в план ухода за пациентом.

## ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА КОНКРЕТНЫМ ПАЦИЕНТОМ

В связи с тем, что данный пациент принимает мочегонные средства, следует остановиться на такой функции медицинской сестры как контроль выпитого-выделенного.

Диуретические препараты широко применяются на практике для лечения артериальной гипертонии, а также коррекции водно-электролитных нарушений при сердечной недостаточности. Для оперативного контроля за лечением, выбора диуретика и подбора его дозы проводится исследование диуреза, которое, в классическом исполнении, подразумевает определение как количества выделенной мочи, так и объема потребленной жидкости. Это позволяет выявить задержку воды в организме – основного показания к применению диуретика, а также

выбрать режим его индивидуального дозирования, обеспечивающего поддержание водного баланса. На практике исследование диуреза проводится традиционно с помощью оценки суточного, дневного и ночного объем выпитой жидкости и выделенной мочи.

Суточное мониторирование диуреза проводится с 3-х часовыми интервалами классического исследования по Зимницкому, а также в упрощенном варианте с выделением лишь 4-х интервалов времени суток, различавшихся по функциональной активности пациентов: утренний (3 часа); полуденный (6 часов); вечерний (7 часов) и ночной (8 часов). Количество выделенной жидкости оценивается по объему выделенной мочи или изменению веса тела в случаях, когда имеются методические сложности измерения мочи, а также при повышенном потоотделении в жаркую погоду. Пациенты должны вести тщательный учет потребленной жидкости, на основе чего осуществляется оценка водного баланса организма. В соответствии с оригинальным методом Зимницкого, диурез измеряется процентным соотношением выделенного объема мочи к потребленной жидкости [12].

Начальная стадия деменции также определяет некоторые особенности ухода за конкретным пациентом. Деменция – приобретенное снижение памяти и других когнитивных функций в такой степени, при которой прогрессивно затрудняется повседневная деятельность, возрастает зависимость от посторонней помощи, снижается качество жизни. Как известно, на ранней стадии развивается забывчивость, нарушается способность к ориентации в знакомой местности, теряется счет времени. На этой стадии при своевременной диагностике деменции можно удлинить период активной жизнедеятельности и затормозить скорость потери памяти. Учитывая крайне тяжелые последствия прогрессирования деменции, в настоящее время все больше внимания уделяют ранней диагностике и лечению когнитивных расстройств.

Первичная профилактика предусматривает выявление и контроль факторов риска с целью предотвращения развития и прогрессирования КН. Наиболее хорошую доказательную базу имеют мероприятия, направленные на коррекцию, в частности, АГ, мерцательной аритмии, патологии сердца [5].

Из огромного количества тестов для оценки когнитивных функций наиболее применяемыми и признанными во всем мире являются тест Mini-Cog, тест рисования часов, краткое обследование познавательных способностей и тест на речевую активность [3]. Суть теста – в следующем: пациенту предлагают запомнить и произнести за инструктором следующие слова: лес, хлеб, окно, стул, вода. Затем пациент проходит тест рисования часов, и далее ему предлагают вспомнить слова, которые он заучивал и повторял за инструктором. Тест рисования часов: пациента просят нарисовать циферблат с нанесенными на нем числами и указать какое-нибудь время, например, 11 ч 10 мин. Если обследуемый не вспомнил 5 слов из теста Mini-Cog и(или) итоговая оценка теста рисования часов  $\leq 14$  баллам, обязательно проводят краткое обследование познавательных способностей (Mini Mental State Examination – MMSE) [6] и тестирование на речевую активность. Эта шкала является очень точной и на ранних стадиях деменции составляет 90%.

По мнению некоторых авторов, в целях наибольшей эффективности реабилитационных и профилактических мероприятий при долговременном уходе за пациентами с деменцией следует организовать обучение всех медицинских работников выявлению деменции и медикосоциальной помощи таким больным, а также увеличить период активной независимой жизнедеятельности пациента с деменцией за счет своевременного назначения комплекса лечебных и реабилитационных мер, что снизит нагрузку, обусловленную длительным уходом за больными деменцией [3].

**ДИАГНОЗ, КОТОРЫЙ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ У ПАЦИЕНТА, УЧИТЫВАЯ ПРОЯВИВШИЕСЯ СИМПТОМЫ – СУХОЙ КАШЕЛЬ БЕЗ МОКРОТЫ, УСИЛИВАЮЩИЙСЯ ПО НОЧАМ НА ФОНЕ НОРМАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ**

Данные симптомы диктуют необходимость исключить диагноз внебольничной пневмонии (ВП), которая относится к числу наиболее часто встречающихся инфекционных заболеваний. Основными факторами, определяющими риск развития и прогноз при ВП, являются пожилой возраст, прием некоторых лекарственных препаратов, а также сопутствующие заболевания. Одним из ведущих факторов риска тяжести течения и неблагоприятного исхода ВП является хроническая сердечная недостаточность (ХСН), диагностированная у данного пациента. Клиническая картина ВП у лиц старших возрастных групп крайне разнообразна и может меняться от классической (манифестной) до атипичной (стертой). Классическая триада симптомов ВП (лихорадка, кашель, одышка) отмечается не более чем у трети пациентов [1].

В ранней диагностике пневмоний у пожилых пациентов возрастает значимость комплекса таких неспецифических симптомов, как слабость, снижение настроения, аппетита, двигательной активности. Эти признаки могут сопровождаться субфебрильной температурой или же температура тела остается в пределах нормы [15].

### План ухода

№ п/п	Проблема	Вмешательства
1	Риск развития ортостатической гипотензии	Проводить активную ортостатическую пробу Измерять жизненные показатели (АД, пульс)
2	Риск падения, высокий	Провести обучение по вопросам: диеты; физических упражнений; создания благоприятной окружающей среды; факторов риска развития заболеваний; изменения привычек и культурных традиций, отрицательно действующих на здоровье.
3	Запор, риск развития	1. Проводить оценку частоты опорожнения кишечника и характер каловых масс (объем, запах, цвет, консистенцию, форму, наличие слизи, гноя и крови); 2. Обучить пациента режиму дефекации, создавать для этого комфортную уединенную обстановку, помогать больному пользоваться судном, усаживаться на стульчак; 3. Оценить рацион и исключить продукты, блюда и напитки, оказывающие вяжущее действие и замедляющие опорожнение кишечника. При отсутствии противопоказаний, в рацион включают богатые растительной клетчаткой и стимулирующие опорожнение кишечника пищевые продукты 4. Объем употребляемой жидкости увеличить до 2–2,5 л в сутки за счет воды, некрепкого чая, фруктовых и овощных соков
4	Риск брадикардии	Оценка риска потенциальной угрозы безопасности пациента. Контроль пульса каждые 2 часа

### Список использованной литературы

1. Бобылев А.А., Рачина С.А. и др. Внебольничная пневмония на фоне хронической сердечной недостаточности: особенности диагностики и лечения // Медицинский совет. 2014. № 17. С. 23-27
2. Герасименко А.П., Ильницкий А.Н., Процаев К.И., Ткаченко Е.В. Обучение медсестер поликлиник вопросам гериатрии // Медицинская сестра. 2016. № 4. С. 10–2.
3. Горелик С.Г. и соавт. Деменция // Медицинская сестра. 2018. № 5. С. 16-19
4. Дегтярев Г.П. Технологии и стандарты долговременного ухода за пожилыми людьми: международная и российская практика // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2020. С. 37-44
5. Емелин А.Ю. возможности диагностики и лечения когнитивных нарушений на недементных стадиях // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2020. № 12(5). С.78–83
6. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Нарушения памяти. М: ГеотарМед 2003. С.110–111.

7. Ильина Е.С., Богова О.Т. и соавт. Падения в VOL. 8 стационаре у пациентов старческого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями и полипрагмазией // Нервно-мышечные болезни. 2018. Т. 8. № 3. С. 19-27
8. Ильницкий А.Н. Медсестра и реабилитация в гериатрии // Медицинская сестра. 2017. № 5.
9. Кукес В.Г., Морозова П.Н. Нежелательные эффекты лекарственных средств: Учебное пособие. М.: Русский врач. 2006.
10. Максимов М.Л., Дралова О.В., Ермолаева А.С. Комбинированная гипотензивная терапия. Полипрагмазия или необходимость? // Артериальная гипертензия. 2011. Т. 17. № 3
11. Панова Е.А., Серов В.А. Полипрагмазия у амбулаторных пациентов пожилого возраста // Ульяновский медико-биологический журнал. 2019. № 2. С. 16-22
12. Савенков М.П. и соавт. Комбинированное мониторирование диуреза и артериального давления у больных с артериальной гипертензией и сердечной недостаточностью // Российский кардиологический журнал. 2009. № 6 (80). С. 19-24
13. Стасевич Н.Ю., Курдяев С.М., Щитикова О.Б. Организация сестринского процесса в гериатрическом учреждении. Медицинская сестра. 2016. № 4
14. Сычев Д.А. и соавт. Падения пациентов пожилого и старческого возраста: вклад лекарственных средств // Клиническая геронтология. 2017. № 3-4. С. 56-64
15. Хамитов Р.Ф. и соавт. Внебольничные пневмонии у пожилых // Вестник современной клинической медицины. 2014 Том 7, вып. 5. С. 39-44
16. Шалыгин В.А., Ильина Е.С. и соавт. Падения пациентов старших возрастных групп: полипрагмазия как фактор риска // Евразийский кардиологический журнал. 2019. С. 18-19.
17. Шемеровский К. А., Фирова Э.М. Нерегулярный ритм кишечника и полипрагмазия у пациентов кардиологического профиля // Медицина: теория и практика том. 2018. Т.3 №1. С. 117-118
18. Darowski A., Dwight J., Reynolds J. Medicines and Falls in Hospital: Guidance Sheet John Radcliffe Hospital, Oxford, March 2011
19. Mahoney FI and Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Medical Journal. 1965; 14, 61—65.

2 декабря 2021 года на 50-м году жизни в результате тяжелой болезни скончалась **Дубленных Татьяна Вячеславовна**. С 2016 года она работала главной медицинской сестрой в СПб ГБУЗ «Детский санаторий «Солнечное».

Медицинскую профессию она приобрела в Асбестовском медицинском училища по специальности «Лечебное дело» и с момента его окончания в 1994 году до последнего дня своей жизни совершенствовала свое мастерство, пройдя путь от рядовой медицинской сестры до талантливого руководителя. Она всегда активно участвовала в общественной жизни не только учреждения, но и города, внесла огромный вклад в работу и развитие ПРОО МРСП. При ее непосредственном участии проводилась большая работа по аттестации и повышению профессионального уровня медицинских сестер.

Многokrатно участвовала в профессиональных конкурсах регионального уровня, занимала призовые места. В 2021 году Татьяна Вячеславовна была выдвинута в качестве кандидата на Ш Всероссийский конкурс «Главная медицинская сестра-2021» в номинации «За верность профессии». К сожалению, принять участие в итоговых мероприятиях она не успела.

Татьяну Вячеславовну всегда отличали высокий профессионализм, инициативность, доброжелательность, ответственность. Она была настоящим членом команды, пользовалась заслуженным авторитетом в коллективе; при любых обстоятельствах сохраняла высочайшие личностные человеческие качества, для многих она стала настоящим наставником и дала «путевку в жизнь».



**ПАМЯТЬ О ТАТЬЯНЕ ВЯЧЕСЛАВОВНЕ ДУБЛЕННЫХ НАВСЕГДА ОСТАНЕТСЯ В НАШИХ СЕРДЦАХ!**

## МСЭ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ВОПРОСЫ НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ

*Столос С.В., Макарова О.В.*

СПБИУВЭК, кафедра терапии, МСЭ и реабилитации №1

**Актуальность.** При освидетельствовании больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями у врачей-экспертов нередко возникают сложности в оценке степени нарушенных функций организма, которые возникают из-за несоблюдения врачами амбулаторно-поликлинического звена правил оформления направления (формы 088у) в бюро МСЭ.

**Цель публикации** – обратить внимание практических врачей на правильность заполнения необходимой документации на больных, представляемых на медико-социальную экспертизу, для исключения возможных экспертных ошибок из-за недостоверных или недостаточных объективных данных и результатов клинично-инструментальных исследований.

Структура сердечно-сосудистых заболеваний, с которыми направляются граждане в бюро МСЭ, остается в последние годы достаточно стабильной и включает основные формы ИБС: стенокардию, постинфарктный кардиосклероз и хроническую сердечную недостаточность; осложнения гипертонической болезни (ГБ): цереброваскулярную болезнь, хроническую болезнь почек и поражение глаз. Существенно меньшее количество составляют пороки сердца, кардиомиопатии. Возможно увеличение доли больных в бюро МСЭ с новой коронавирусной инфекцией из-за большого числа осложнений в виде постковидной кардиопатии. Вместе с тем, количество больных, направляемых в бюро МСЭ с нарушениями ритма сердца и проводимости, резко сократилось вследствие изменений в действующем Приказе Минтруда РФ от 27.08.2019 г. №585н, в котором нарушения ритма отнесены к осложнениям хронической ИБС.

В предыдущем Приказе (№1024н) основаниями к установлению инвалидности были пароксизмальные нарушения ритма, синусовая тахикардия, предсердный ритм, экстрасистолия, бифасцикулярная блокада ножек пучка Гиса и др., которые не приводят к стойким нарушениям функций сердечно-сосудистой системы и, таким образом, не могут быть основной причиной инвалидности. В большинстве случаев нарушения ритма сердца вторичны к основной патологии: ИБС, гипертонической болезни, эндокринным заболеваниям и пр., поэтому они должны быть отнесены к осложнениям этих нозологических форм. В ныне действующем Приказе №585н изменилось отношение к гипертоническим кризам, которые ранее рассматривались как одно из оснований к установлению инвалидности. В настоящее время учитываются осложнения, возникшие вследствие гипертонического криза, которые приводят к стойким расстройствам функций сердечно-сосудистой системы. Например, третья группа инвалидности устанавливается при ГБ III стадии с умеренными нарушениями функций органов-мишеней.

Основные нозологические формы сердечно-сосудистых заболеваний (сердечная недостаточность, нарушения сердечного ритма, кардиомиопатии, травмы внутригрудных органов, пороки развития системы кровообращения) отражены в приложении 1 п.9.4 Приказа №585н, в соответствии с которым, для всех указанных заболеваний группа инвалидности устанавливается в соответствии с тяжестью сердечной недостаточности. Например, первая группа инвалидности устанавливается при значительно выраженных нарушениях функции сердечно-сосудистой системы – ХСН III стадии, приводящих к ограничению жизнедеятельности 3 степени хотя бы по одной из основных категорий (способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, трудовой деятельности и др). К критериям верификации сердечной недостаточности относят клинические данные (отёки, одышка, влажные хрипы, жидкость в полостях, никтурия, низкое АД, увеличение печени, венный пульс), результаты физикального обследования («холодный» цианоз, набухание яремных вен, систолический шум трикуспидального и митрального клапанов, пульсация печени, смещение верхушечного толчка влево), инструментальные параметры гемодинамики (эхокардиография, ЭКГ), лабораторный маркер сердечной недостаточности (натрийуретический пептид).

При направлении в бюро МСЭ пациентов с указанными выше заболеваниями врач обязан внести в форму 088у, в соответствии с Приказом Минтруда РФ №402н, МЗ РФ №631н от 10.06.2021, следующие данные: общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ крови биохимический общетерапевтический, общий (клинический) анализ мочи, исследования уровня N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP) в крови, рентгенографию сердца в трех проекциях, заключение по ЭКГ и эхокардиографии.

Для больных стенокардией напряжения предусмотрены дополнительные инструментальные исследования, включающие ЭКГ с физической нагрузкой, велоэргометрию. Верификация тяжести стенокардии должна осуществляться с помощью ишемического теста, выраженного в Ваттах или метаболических единицах. При этом Холтеровское мониторирование ЭКГ в соответствии с ныне действующими стандартами не является методом верификации коронарной недостаточности, поскольку предназначено для диагностики нарушений ритма сердца и вазоспастической стенокардии.

Считаем необходимым напомнить, что п.16 в «Правилах признания лица инвалидом» (2018 г.) указано: "Медицинская организация (МО) направляет гражданина на МСЭ после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при НАЛИЧИИ данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма. В случае, если переданное МО в бюро направление на медико-социальную экспертизу не содержит данных о результатах проведения полного объема медицинских обследований по перечню медицинских обследований, бюро в течение 3 рабочих дней со дня получения такого направления возвращает его в МО с письменным обоснованием причин возврата для устранения выявленных недостатков" (абзац введен Постановлением Правительства РФ от 26.11.2020 N 1942).

МО в течение 14 рабочих дней со дня поступления возвращенного направления на медико-социальную экспертизу дополняет его сведениями о результатах медицинских обследований, в случае необходимости проводит необходимые медицинские обследования и осуществляет его обратную передачу в бюро. Таким образом, выполнение всего перечня обследований при направлении больного в бюро МСЭ является обязательным.

Резюмируя отмеченное выше, обращаем внимание на необходимые условия признания инвалидом лица с сердечно-сосудистой патологией. Они включают наличие органической патологии, которая сопровождается стойким нарушением функций организма и приводящих к ограничению жизнедеятельности в различных категориях, нуждаемости в социальной защите. Направляться на освидетельствование должен больной, находящийся на оптимальной (базисной) терапии и обследованный в соответствии с Приказом Минтруда РФ №402н и МЗ РФ №631н, что должно неукоснительно выполняться специалистами медицинских организаций.

Столлов Сергей Валентинович, д.м.н. заведующий кафедрой терапии, МСЭ и реабилитации №1 ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, Санкт-Петербург; профессор кафедры терапии, ревматологии, экспертизы временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи им. Э.Э.Эйхвальда ФГБУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет». SPIN-код: 5492-2429, AuthorID: 25177, ORCID iD: 0000-0002-3431-1224

Россия, 194044, г. Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12.

+7 (921) 954-55-93; e-mail: [sv100lov@gmail.com](mailto:sv100lov@gmail.com)

---

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ: ВОПРОСЫ НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ**

*Спиридонова В.С.*

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России

---

Злокачественные новообразования занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и инвалидности. Проблема заболеваемости, лечения и инвалидности по-прежнему заслуживает серьезного внимания.

В России с января 2019 г. стартовал федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», являющийся одним из приоритетных направлений национального проекта «Здравоохранение». "Грубый" показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями на 100 000 населения России составил 436,1 (для расчета всех показателей использовались данные Росстата о средней численности населения административных территорий России за 2018 г.), что на 2,5% выше уровня 2018 г. и на 26,8% выше уровня 2009 г. [1].

Основной объем контингента больных формируется из пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы (18,3%), тела матки (7,0%), предстательной железы (6,6%), ободочной кишки. Показатель активного выявления злокачественных новообразований составил 27,5% (2018 г. – 27,3%; 2017 г. – 25,8%; 2016 г. – 22,4%). Из числа больных, выявленных активно, 78,7% (119 463) имели I-II стадию заболевания (2018 г. – 77,9%, 115 416). Одним из основных показателей, определяющих прогноз онкологического заболевания, является степень распространенности опухолевого процесса на момент выявления [1].

В 2019 г. 32,3% злокачественных новообразований были диагностированы в I стадии заболевания (2018 г. – 30,6%), 25,2% – во II стадии (2018 г. – 25,8%), 17,6% – в III стадии (2018 г. – 18,2%). Хотя наилучшие результаты на сегодня получены при лечении ранних стадий рака, доля лиц с I и II стадиями заболевания среди больных с впервые установленным диагнозом остается невысокой. Одним из основных критериев оценки диагностического компонента помощи онкологическим больным и является показатель запущенности, так в 2019г. 19,8% злокачественных новообразований у каждого четвертого больного диагностированы при наличии отдаленных метастазов (2018 г. – 20,3%) [1].

Первые места в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения России распределены следующим образом: опухоли трахеи, бронхов, легкого (16,3%), предстательной железы (15,7%), кожи (10,6%, с меланомой – 12,2%). У женского населения рак молочной железы (21,2%) является ведущей онкологической патологией, далее следуют злокачественные новообразования кожи (15,2%, с меланомой – 17,2%), тела матки (7,8%).

Социальные последствия онкологических заболеваний (преждевременная смерть, преждевременный уход на пенсию по инвалидности, длительное лечение по временной нетрудоспособности и др.) составляют около 67% в общей сумме экономического ущерба от рака и увеличиваются по мере роста распространенности заболевания [2,3].

Инвалидность, связанная со злокачественными новообразованиями, за последние годы вышла на первое место и составляет около 35% в общей структуре инвалидности. Особенностью инвалидности онкологических больных является ее тяжесть и сравнительно низкий процент реабилитации [4].

Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 1 сентября 2020 г. N 925н "Об утверждении порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности, включая порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа", больные со стойкими нарушениями функций организма, после проведения медицинской организацией необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных или абилитационных мероприятий, при очевидном клиническом и трудовом неблагоприятном прогнозе по решению врачебной комиссии направляются не позднее 4 месяцев.

Больных с благоприятным прогнозом после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных или абилитационных мероприятий по решению врачебной комиссии могут не направлять на медико-социальную экспертизу (МСЭ).

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при онкологических заболеваниях зависят от характера течения заболевания, социальных условий, профессиональных требований и носят рекомендательный характер, так при I-II стадии многих локализаций ориентировочные сроки ВН составляют от 40-90 дней, при III-IV стадии 60-90 дней с последующим направлением в бюро МСЭ с оценкой объемов, качества и эффективности медицинской помощи.

В свете новых реформ, введении электронного документооборота, правильное и полное заполнение направлений на медико-социальную экспертизу будет иметь важное значение. Основой дифференцированного подхода при проведении медико-социальной экспертизы является индивидуальное прогнозирование, основанное на оценке медико-биологических и социальных факторов прогноза у

каждого освидетельствуемого. Выделяют 4 группы факторов: клинико-морфологические, общебиологические, связанные с видом проведенного лечения и профессиональные. Клинико-морфологические факторы как локализация, размер опухоли (для неполых органов), анатомическая форма роста, степень прорастания (полых органов), гистологическое строение и степень дифференцировки - являются наиболее информативными критериями, в значительной степени определяющими прогноз заболевания и лечения. Все вышеперечисленные критерии нашли отражение в классификации по системе TNM восьмого пересмотра и группировке по стадиям.

Задачей современной противоопухолевой терапии является стремление к полному удалению (или разрушению) первичного очага в пределах здоровых тканей и подавление возможности возобновления опухолевого роста, обусловленного диссеминацией опухолевых клеток. В зависимости от полноты реализации этих задач говорят о радикальном или паллиативном лечении, которое осуществляется с помощью противоопухолевого воздействия нескольких типов: противоопухолевое воздействие местно-регионарного типа — хирургическое лечение, лучевая терапия, перфузия противоопухолевыми препаратами; противоопухолевое воздействие общего типа — системная химио и гормонотерапия.

Следует отметить, что больные, которые направляются на освидетельствование в бюро медико-социальной экспертизы, всегда должны иметь гистологическое подтверждение злокачественного процесса, степени дифференцировки опухоли, характера поражения регионарных лимфатических узлов и их количества с указанием номера и даты проведенного исследования операционного материала, которые являются юридическим подтверждением злокачественного процесса у больного. Для описания степени дифференцировки рака существует схема Бродерса, по которой в зависимости от числа недифференцированных клеток в поле зрения выделяют: высокодифференцированный рак (не более 25%); средняя степень дифференцировки (от 25% до 50%); низкодифференцированный рак (от 50% до 75%); недифференцированный рак (более 75%).

ВОЗ определяет реабилитацию, как совокупность мероприятий, направленных на снижение влияния инвалидизирующих состояний. Основная цель реабилитации – помочь людям с нарушенными функциями максимально восстановить или скомпенсировать их, а также приспособиться к новым условиям жизни. Чтобы выяснить, насколько эффективна может быть реабилитация для каждого конкретного пациента, существует специальный показатель – реабилитационный потенциал. Он позволяет врачам-реабилитологам, основываясь на комплексе медицинских, психологических и социальных факторов, до начала мероприятий оценить реальные возможности восстановления нарушенных функций и способностей пациента. Реабилитационный потенциал напрямую зависит от: характера заболевания, повлекшего инвалидизацию; качества помощи, оказанной в острый период заболевания; общего состояния пациента; психологического состояния пациента, уровня его мотивации, энтузиазма и готовности прилагать усилия для восстановления утраченных функций.

У онкологического больного клинический диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу должен начинаться с нозологической формы болезни (в соответствии с МКБ-Х пересмотра), результаты радикального лечения, новое анатомо-функциональное состояние, которое может сопровождаться развитием последствий, обуславливающих степень выраженности нарушений функций организма, несмотря на устранение самого заболевания. На основании реабилитационного потенциала пациента врачи формулируют реабилитационный прогноз – это медицински обоснованная вероятность достижения намеченных целей реабилитации в намеченный отрезок времени с учетом характера заболевания, его течения, индивидуальных ресурсов и компенсаторных возможностей.

При последствиях характер и степень нарушения функции будут ведущими факторами, определяющими степень выраженности стойких нарушений функций организма и степень ограничений в повседневной деятельности, как самообслуживание, передвижение, способность к любой трудовой деятельности.

Таким образом, подробное описание медико-социальных факторов (клинико-функциональных данных, видов и результатов проведенного лечения), результатов объективного осмотра в направлении на медико-социальную экспертизу (ф.088), облегчают взаимодействие врачей бюро МСЭ и лечебных учреждений и вынесению правильного экспертного решения.

---

## Список литературы

1. Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, – 2020. – илл. – 252 с. ISBN 978-5-85502-260-5/
2. Злокачественные новообразования и инвалидность : пособие для врачей / Р. Т. Складенко [и др.] ; под ред. проф. Р. Т. Складенко, проф. А. З. Довгалока. – СПб. : Изд-во СПбГЭУ, 2020. – 693 с.
3. Клинико-экспертная характеристика стойких нарушений функций при новообразованиях: пособие для врачей / под ред. проф. Р. Т. Складенко, проф. А. З. Довгалока. — СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2017. — 472 с.
4. Распределение численности лиц, впервые признанных инвалидами, по причинам инвалидности (данные Минтруда России, расчет Росстата) <https://rosstat.gov.ru>

## ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Зайцева Е.В.<sup>1,3,4</sup>, Корнева Н.В.<sup>1,2</sup>, Божков А.А.<sup>5</sup>, Божков И.А.<sup>1,2,3</sup>, Божков Н.И.<sup>1,6</sup>, Божков Б.И.<sup>7</sup>

<sup>1</sup> СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер №5», Санкт-Петербург

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО СЗГМУ им И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург

<sup>4</sup> ФГБУ СПб НИИ фтизиопульмонологии МЗ РФ, Санкт-Петербург

<sup>5</sup> СПб ГБПОУ «Фельдшерский колледж»

<sup>6</sup> ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта»

<sup>7</sup> Школа-лицей № 214

Ежегодно в мире регистрируются около десяти миллионов новых случаев заболевания туберкулезом и около двух миллионов больных туберкулезом умирают. До настоящего времени угрозой национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан России является довольно высокий уровень распространенности туберкулеза [1].

В Российской Федерации летальность от туберкулеза в 2020 году составила 14,4% (6841 умерших из 47400 заболевших), при показателе заболеваемости 32,4 на 100 тыс. населения [3], в то время как за все время пандемии выявлено 9 925 806 подтвержденных случаев COVID-19, из них умерли 286 004 (летальность 2,9%) [2].

По прогнозам ВОЗ, пандемия COVID-19 может обратить вспять последние достижения в деле снижения глобального бремени туберкулеза. Предполагается, что экономические последствия пандемии приведут к усугублению по меньшей мере двух основных определяющих факторов туберкулеза: ВВП на душу населения и недостаточность питания. Моделирование дает основание полагать, что в период с 2020 по 2025 г. заболеваемость туберкулезом может вырасти более чем на 1 миллион новых случаев в год [4].

В 2021 году Международная медицинская организация «Врачи без границ» (Médecins Sans Frontières (MSF)) к Международному дню борьбы с туберкулезом выпустила обращение, в котором выражается озабоченность в отношении наиболее уязвимых к коронавирусу групп пациентов. К этим группам относятся и больные туберкулезом.

По данным доклада специального представителя ВОЗ в России Мелиты Вуйнович, в европейском регионе в первой половине 2020 г. отмечено снижение на 60% выявляемости туберкулеза. При сохранении этой тенденции количество заболевших туберкулезом и смертей от этого заболевания может резко возрасти, и туберкулез может стать очередной угрозой населению Европы после пандемии коронавируса. По прогнозам Роспотребнадзора России в ближайшие годы число инфицированных туберкулезом может иметь тенденцию к росту [5].

Всё это, возможно, поставит под сомнение вопрос о реализации Глобальной стратегии ВОЗ по ликвидации туберкулеза, подразумевающей снижение уровня заболеваемости ТБ к 2030 г. на 80% (новые случаи и случаи рецидива на 100 000 населения в год) по сравнению с 2015 г. Показатели заболеваемости туберкулезом снижаются во всем мире, но недостаточно быстро для достижения контрольных показателей на 2015–2020 гг., согласно которому снижение должно было составить 20%. Совокупное

снижение заболеваемости туберкулезом с 2015 по 2019 г. составило всего лишь 9% (с 142 до 130 новых случаев на 100 000 населения) в мире [6].

Главными принципами борьбы с туберкулезом остаются раннее активное выявление, максимальное разобщение больных по степени их эпидемиологической опасности во время лечения, полноценное длительное лечение, профилактические и реабилитационные мероприятия, информационно-образовательная поддержка как пациентов, так и представителей профессионального медицинского сообщества.

Основным методом ранней диагностики туберкулеза в России в настоящее время остается флюорография. Симптоматика, которая должна насторожить каждого (кашель, похудание, кровохарканье) появляется лишь при уже далеко зашедшем туберкулезе. На начальных этапах развития туберкулеза жалобы обычно совершенно отсутствуют.

Кроме раннего выявления туберкулеза огромное значение имеют и такие мероприятия, как организация лечения больных с выявленным туберкулезом, формирование приверженности к лечению, наблюдение и периодические обследования пациентов, излечившихся от туберкулеза и профилактические мероприятия среди контактных лиц.

Согласно Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 127н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза и признании утратившими силу пунктов 16-17 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012. № 932н» профилактическая работа в очагах туберкулеза, включая госпитализацию больного, обследование и профилактическое лечение контактных, мероприятия по дезинфекции могут осуществляться только при согласии пациентов. Это приводит к низкому охвату дезинфекционными мероприятиями в очагах (например, при анализе данных по очагам одного из муниципальных образований (МО) Санкт-Петербурга с 2018 по 2021 гг. проведено 11 дезинфекций, что составило 7% от подлежащих).

При дальнейшем изучении территории МО для определения закономерностей при передаче инфекции очага туберкулеза больных туберкулезом (места проживания, работы, учебы и т.д.) в соответствии с действующей нормативной базой разделены на группы в зависимости от эпидемической нагрузки, наличия детей в очаге, бактериовыделения у больного и других факторов. [7]. При этом понятия границ очага туберкулеза для употребления в каждом конкретном случае нигде нет. «Границы» оказываются весьма размытыми, хотя в территорию очага, в соответствии с СанПиНом 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», п.791, в территорию очага по месту проживания больного туберкулезом органов дыхания, выделяющего микобактерии туберкулеза, включается квартира, в которой проживает больной туберкулезом, лестничная клетка, подъезд дома и группа близлежащих домов, объединенных общим двором.

Есть рекомендованная кратность и методики обработки очагов (варианты дезинфекционных мероприятий), но до настоящего времени не существует критериев для определения границ очагов (обрабатывается только комната самого пациента и места общего пользования в квартире). Данный вопрос, рассматриваемый в практической плоскости, является чрезвычайно актуальным, так как финансирование и контроль работ по дезинфекции на территории, в частности, МО осуществляют разные структуры. Дезинфекция квартиры в ведении дезстанции, лестничная клетка – в компетенции ТСЖ или управляющей компании, а, например, двор – часто в зоне ответственности администрации МО. И при этом медицинское сообщество продолжает быть ответственным за весь процесс, на который у них нет достаточных рычагов влияния и понимания со стороны жителей и администраций разных уровней, так как отсутствуют общепринятые конкретные критерии в том или ином случае.

В последние годы многие противотуберкулезные учреждения проводили исследования тех территорий, где проживали больные туберкулезом лица. Применяли методы геоинформационных технологий для мониторинга очагов туберкулеза и других социально значимых инфекций. При этом на карту территории наносят точки, отмечающие места проживания больных туберкулезом. Из года в год локации туберкулезных очагов незначительно меняются, но в доступных публикациях нет информации о выявленных закономерностях или возможностях повлиять на распространение туберкулеза.

Силами сотрудников нашего учреждения в течение нескольких последних лет ведется интерактивная карта заболеваемости туберкулеза, размещенная на официальном сайте СПб ГБУЗ ПТД № 5. В

карте проанализированы данные по всем муниципальным округам двух районов Санкт-Петербурга с количеством жителей на 01.01.2021 – 877 496 тыс. населения [8], выявлены территории с наибольшей заболеваемостью и болезненностью, обращено особое внимание на те из них, где эти показатели превысили среднегородской уровень. Кроме того, в интерактивной карте указан показатель распространенности (болезненности), что является важным показателем противоэпидемической работы.

При детальном рассмотрении изменений, отраженных в карте, мы оценивали показатели работы в каждом муниципальном округе (МО). И изменения, ухудшения показателей, вызывали закономерные вопросы: «Какие причины ухудшения эпидемической обстановки именно на этой территории? Какие факторы привели к увеличению количества заболевших туберкулезом лиц и к росту латентного туберкулеза у детей? Есть ли различия между районами с уплотнительной застройкой и давностью застройки территории, а также плотностью мест отдыха и количеством детских учреждений? Все известные факторы, приводящие к возникновению и развитию туберкулеза в организме человека, давно описаны в медицинской литературе – ухудшение жизненного уровня, сопутствующие заболевания, стрессы и, конечно, контакт с больными туберкулезом. Имеет значение как известный, так и скрытый контакт с больными. Никакими проводимыми ранее исследованиями не были выявлены новые, неизвестные факторы, влияющие на распространение туберкулеза.

В 2021 году в СПб ГБУЗ «ПТД №5» начато медико-географическое эпидемиологическое исследование по муниципальным округам Калининского района, цель которого – выявить закономерности распространения туберкулеза среди взрослых и детей, а также разработать территориальную методику элиминации туберкулеза и эпидемиологического оздоровления территории, а также эффективного распределения ресурсов.

В настоящее время, из-за интенсивной миграции населения при значительном количестве не выявленных источников инфекции, возникают массовые заболевания туберкулезом. И чаще всего в детских коллективах, по месту работы, учебы, в жилых домах вокруг очага проживания больных лиц, где имеются условия для частого и тесного общения людей, даже незнакомых между собой. Данные очаги туберкулеза требуют особенно глубокого, комиссионного изучения специалистами фтизиатрической, общесоматической и противоэпидемической служб и разработки плана межведомственных мероприятий по их локализации и ликвидации с участием администрации района и муниципальных округов и должны выявлять первостепенные мероприятия в каждом конкретном случае для предотвращения роста туберкулеза на территории.

При анализе публикаций, основанных на мониторинге работы других учреждений по геоинформационным технологиям и картографированию. И пришли к выводам, что эти методики применялись в основном для мониторинга очагов туберкулеза, для визуализации эпидемической обстановки и мониторинга противоэпидемических и профилактических мероприятий. И по результатам проведенных исследований установлено наличие неустановленных факторов эпидемического риска и возможно скрытых источников инфекции [9].

Для проведения работ на территории МО нами был привлечен специалист немедицинского профиля – географ, который предложил использовать медико-географические подходы для пространственно-временного мониторинга. Вся исследуемая территория Муниципального округа была поделена на меньшие территориальные единицы – условные «квадраты». На карту, взятую из сети интернет, были нанесены все объекты – пешеходные переходы, скамейки, остановки общественного транспорта, магазины, общественные учреждения, детские площадки и другие элементы благоустройства и инфраструктуры, отсутствующие в общем доступе в сети интернет. Динамика очагов туберкулеза за последние 10 лет привязывалась географом «к местности». Полевые исследования для определения объектов благоустройства проводились волонтерами из ГБОУ лицеи №№ 192 и 214! Именно таким образом были выявлены некоторые закономерности и факторы, влияющие на эпидпроцесс.

В дальнейшем были проведены совещания с районным отделом здравоохранения, представителями районной и муниципальной администрации, руководителями товариществ собственников жилья, службой судебных приставов на базе как СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер № 5» и органами государственной власти для организации межведомственного взаимодействия на общей территории.

Результатом стал межведомственный совместный рейд в составе выездной бригады службы судебных приставов (ССП), участкового врача фтизиатра ПТД №5 и эпидемиолога районной поликлиники

района для недобровольной госпитализации больных туберкулезом, проживающих на территории района и оторвавшихся от наблюдения и лечения в СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер №5». Один пациент был принудительно госпитализирован после восьми лет уклонения от диспансерного наблюдения и лечения. Конечно, за такой период времени контактными стали многие жители этого подъезда, и привлечение их к обследованию и наблюдению – задача как противотуберкулезной службы, так и районной поликлиники. Границы очага в данном случае точно вышли далеко за пределы квартиры!

Профилактика туберкулеза также включает в себя и проведение санитарно-просветительной работы среди населения. В условиях пандемии COVID-19 эта функция противотуберкулезного диспансера становится одной из основных. Для достижения эффективности в данной деятельности необходимо определить специалистов, их функциональные обязанности и форму проведения мероприятий. Возможно – посредством введения в штат фтизиатрических учреждений должности «врача-гигиениста» для выполнения работы по медицинскому информированию граждан по вопросам профилактики социально-значимых заболеваний в дошкольно-школьных учреждениях, поликлиниках, учреждениях социальной сферы, в противотуберкулезных диспансерах путем проведения «Школы пациента», разработки информационно-просветительной продукции, взаимодействия со СМИ, проведения санитарно-просветительных мероприятий или с привлечением специалистов Центров здоровья. Повышение информированности пациентов дает большие положительные результаты в будущем – приверженность к лечению или профилактическим мероприятиям, укрепление и рост доверия к медицинским работникам и распространение полученных знаний и навыков среди окружения самого пациента. Именно благодаря информированию населения после выполнения компьютерной томографии легких (КТ) по поводу новой коронавирусной инфекции многие пациенты обращаются, в том числе и самостоятельно, за медицинской помощью в противотуберкулезные учреждения города.

Профилактические мероприятия необходимы не только среди здоровых контактных лиц, но и среди лиц, переболевших туберкулезом для предотвращения инвалидизации и рецидивов заболевания. Реабилитация или третичная профилактика представляет собой комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций, с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса.

Согласно Перечням, утвержденным постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715, туберкулез относится как к социально-значимым заболеваниям, так и к заболеваниям, представляющим опасность для окружающих, что часто исключает возможность проведения фтизиатрическим пациентам массовых консультационных, лечебных и диагностических мероприятий в учреждениях общей лечебной сети в полном объеме в соответствии с порядками и стандартами.

В профессиональном стандарте врача-фтизиатра и Порядке оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденном Приказом МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 932н одна из трудовых функций врача и задач противотуберкулезного диспансера - осуществление реабилитационных мероприятий в отношении лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, в том числе, больных туберкулезом. Однако, в рекомендованных штатных нормативах отсутствует полный перечень специалистов, соответствующий требованиям «Порядка организации медицинской реабилитации взрослых», утвержденного Приказом Минздрава России от 31.07.2020 №788н.

После детального анализа нормативной документации по реабилитации и фтизиатрии, впервые в амбулаторной фтизиатрической сети на базе кабинета медико-социальной помощи СПб ГБУЗ ПТД №5 с 1 января 2020 года было организовано отделение медико-социальной помощи и реабилитации. Структурной функциональной единицей Отделения, в соответствии с Приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н, является мультидисциплинарная реабилитационная команда (МДРК), включающая специалистов реабилитационного профиля с высшим и средним медицинским образованием, а также психолог и специалист по социальной работе, согласно Концепции развития системы комплексной реабилитации.

Комплексная медицинская реабилитация пациентов ПТД №5 имеет трехуровневую организацию и осуществляется посредством междисциплинарного взаимодействия сотрудников фтизиатрического, амбулаторно-консультативного отделения и отделения медико-социальной помощи и реабилитации.

Больные туберкулезом имеют ограничения в общении, обучении и занятии трудовой деятельностью в связи с наличием у них заболевания, включенного в перечень опасных для окружающих. При

этом лечение туберкулеза имеет даже более длительные сроки, чем у больных работающих с профессиональными вредностями - до 26 месяцев при наличии множественной и широкой лекарственной устойчивости *M. tuberculosis*. При проведении медико-социальной экспертизы потребности освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты определяются на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма. Исходя из этого, больные туберкулезом могли бы быть приравнены к инвалидам в подходах к проведению комплекса реабилитационных мероприятий даже при отсутствии стойких расстройств функций организма, что в настоящее время не находит отражения в действующей нормативной-правовой документации и критериях по ведению больных [10, 11].

Современный подход мирового сообщества в описании и измерении здоровья и инвалидности подразумевает применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), которая также активно внедряется в России. Использование МКФ повышает качество и объём информации о состоянии здоровья и проблем, связанных со здоровьем пациента [12]. Это позволяет получить не только информацию об имеющихся у индивида заболеваниях, но и о других факторах, определяющих состояние его физического, душевного и социального благополучия [13], и может стать мерой комплексного контроля эффективности реабилитационных мероприятий, в том числе у больных туберкулезом.

### **Выводы:**

В плане дальнейших совместных действий с ОЛС запланированы

1. Совместные выходы в очаги туберкулеза и к лицам, представляющих эпидемическую опасность для окружающих.

2. Привлечение к обследованию граждан, находящихся в контакте с больными туберкулезом.

3. Разработка информационного письма для граждан района.

4. Разработка плана по формированию действительных границ территории очагов туберкулеза.

В ОЛС должно проводиться обследование пациентов, включающее рентгенологическое исследование органов грудной клетки, общий анализ крови, исследование мокроты на кислотоустойчивой микобактерии методом микроскопии трехкратно и, по необходимости, направление в Противотуберкулезный диспансер.

Только совместными усилиями противотуберкулезной и общесоматической служб, а также служб судебных приставов и полиции на территории района можно предотвратить рост туберкулеза среди постоянного населения. Применение административных методов в организации профилактического обследования населения поможет реализовать выявление туберкулеза на самых ранних стадиях развития.

Дальнейшая работа по совершенствованию нормативно-правовой базы в части комплексной реабилитации во фтизиатрии на амбулаторном этапе и развитию реабилитационной помощи для больных туберкулезом является актуальной и своевременной.

### **Список литературы**

1. Нечаева О.Б. Социально значимые инфекционные заболевания, представляющие биологическую угрозу населению России. // Туберкулез и болезни легких. 2019; 97 (11) – с. 7-17
2. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard, дата обращения 14.07.2021
3. ЦНИИОИЗ Минздрава России, - 2021
4. ФБУЗ «Центр гигиенического образования населения» Роспотребнадзора, Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителя и благополучия человека <http://cgon.rospotrebnadzor.ru/content/>
5. Доклад ВОЗ о глобальной борьбе с туберкулезом, 2020
6. Приказ Минздрава РФ от 21.03.2003 № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» // Приложение 12. Рекомендации по противоэпидемическим мероприятиям в очагах туберкулеза.
7. Коровка В.Г., Галкин В.Б., Паниди Е.А., Кузнецов И.С., Бельтюков М.В., Соколов Е.Г., Пантелеева О.В., Воронов Д.В., Козлов В.В., Федоров С.В., Яблонский П.К. Возможности геоинформационных технологий для улучшения качества мониторинга очагов социально значимых инфекций // Профилактическая медицина. 2021; 24 (10) – с. 7-13
8. Божков И.А., Лучкевич В.С., Севастьянов М.А., Лопатин К.С. Влияние режима труда на заболеваемость с временной утратой трудоспособности работников современных табачных производств. Гигиена и санитария. 2005, № 1, С. 25.

9. Медико-социальная помощь и реабилитация пострадавших на производстве// И. А. Божков [и др.]/ учебное пособие: Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский 2019, 39 с.
12. Севастьянов М.А., Коробов М.В., Владимирова О.Н., Балобина Э.В., Божков И.А. Возможности применения положений международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при определении показаний к назначению технических средств реабилитации. Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2013. № 4. С. 68-72.
13. Божков И.А., Севастьянов М.А., Гомберг В.Г. Медико-социальные аспекты недержания у лиц старшего возраста // Забайкальский медицинский вестник. 2019. № 1. С. 119–134.

Зайцева Елена Валерьевна, e-mail: [e.v.zaiceva@mail.ru](mailto:e.v.zaiceva@mail.ru)

## РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

*Корнева Н.В.<sup>1,2</sup>, Хамчиева Л.Н.,<sup>1,4</sup> Вробиц Д.А.<sup>1</sup>, Зайцева Е.В.<sup>1,4,5</sup>, Божков И.А.<sup>1,2,3</sup>*

<sup>1</sup>СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер №5», СПб

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ

<sup>4</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ

<sup>5</sup>ФГБУ СПб НИИ фтизиопульмонологии МЗ РФ

**Реферат.** Повышение медицинской информированности населения всех возрастов, а также качественная подготовка медицинских сотрудников, участвующих в проведении иммунологических тестов, являются приоритетными задачами в работе амбулаторной фтизиатрической службы. Уровень заболеваемости туберкулезом в значительной степени зависит от уровня организации его выявления. Охват периодическими осмотрами на туберкулез детско-подросткового населения России ежегодно составляет порядка 85-92,5%. При этом подавляющее большинство случаев туберкулеза у детей (87-90%) и подростков (79-83%) выявляется именно при проведении скрининговых мероприятий. В статье приведен опыт применения комплексного подхода в обучении и методической работе со всеми участниками информационно-образовательных и профилактических мероприятий в отношении социально-значимых заболеваний (школьники, родители, работники образовательных и медицинских организаций), обеспечивает максимальный охват и находит отражение в положительных тенденциях снижения числа лиц, отказывающихся от ежегодного профилактического обследования.

Иммунопрофилактика и иммунодиагностика туберкулезной инфекции у детско-подросткового населения является одним из ключевых звеньев в системе профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости туберкулезом. Сейчас Российская Федерация является одной из немногих стран, где приверженность борьбе с туберкулезом определяется на государственном уровне [1]. Повышение медицинской информированности населения всех возрастов, а также качественная подготовка медицинских сотрудников, участвующих в проведении иммунологических тестов, являются приоритетными задачами в работе амбулаторной фтизиатрической службы.

Уровень заболеваемости туберкулезом в значительной степени зависит от уровня организации его выявления. Охват периодическими осмотрами на туберкулез детско-подросткового населения России ежегодно составляет порядка 85-92,5%. При этом подавляющее большинство случаев туберкулеза у детей (87-90%) и подростков (79-83%) выявляется именно при проведении скрининговых мероприятий [1].

В соответствии с Приказом МЗ РФ от 21 марта 2017 г. № 124-н [2], массовое обследование (скрининг) детского населения на туберкулезную инфекцию (в том числе при поступлении детей в образовательные организации) в Российской Федерации проводится ежегодно методом иммунодиагностики в возрасте от 1 года до 17 лет [3]. В качестве метода иммунодиагностики до 7 лет включи-

тельно применяется внутрикожная проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л – с аллергеном туберкулезным очищенным жидким в стандартном разведении (очищенный туберкулин Линниковой – ППД-Л), с 8 лет - внутрикожная проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР) в стандартном разведении (препарат Диаскинтест®) [2,3].

Достижение 100% охвата профилактическими обследованиями детей с целью раннего выявления туберкулезной инфекции затруднено в связи с несколькими причинами:

1. Отказы законных представителей детей от проведения мероприятий по массовой иммунодиагностике. По данным отечественных исследователей [4], наибольшая часть отказов от иммунодиагностики туберкулеза связана с дефектами санитарно-просветительной работы, что приводит к недоверию к качеству тестов, недостаточной смысловой мотивированности к ежегодным обследованиям, негативная пропаганда в сети Internet, что требует активизации санитарно-просветительной работы среди населения.

2. Наличие у детей заболеваний или состояний, являющихся противопоказаниями к проведению мероприятий по массовой иммунодиагностике, в том числе острых и хронических (в период обострения) инфекционных заболеваний за исключением случаев подозрительных на туберкулез; соматических заболеваний в период обострения; распространенных кожных заболеваний; аллергических состояний; эпилепсия [3]. В связи с этим в уязвимом положении оказываются дети-инвалиды, имеющие тяжелую соматическую и неврологическую патологию (ДЦП, генетические заболевания, тяжелые кожные заболевания и пр.). Кроме отсутствия у некоторых из них возможности специфической вакцинопрофилактики туберкулеза, они подвержены риску туберкулеза и его поздней диагностики в связи с наличием противопоказаний к массовой иммунодиагностике и сложностью организации профилактических медицинских осмотров. По данным Росстата, на 1 января 2021 года численность детей-инвалидов в Санкт-Петербурге составила 21001 человек, что обосновывает актуальность изучения особенностей проведения профилактических мероприятий у данной категории граждан.

Для решения обозначенных вопросов целесообразно применять комплексный подход, включая усиление санитарно-просветительной работы среди населения, а также повышение качества подготовки медицинского персонала, задействованного при проведении массовой иммунодиагностики.

Подготовка медицинских работников, осуществляющих вакцинопрофилактику и иммунодиагностику туберкулеза - важная совместная задача амбулаторно-поликлинических учреждений общей лечебной сети и противотуберкулезной службы. При этом нормативно-правовая документация устанавливает необходимость специального обучения медицинских работников, проводящих манипуляции по вакцинопрофилактике и иммунодиагностике туберкулеза на базах противотуберкулезных медицинских организаций с получением ежегодно подтверждаемой справки-допуска к проведению иммунодиагностики [3,5,6].

Таким образом, постановка иммунологических проб и вакцинация против туберкулеза должна проводиться сотрудниками лечебно-профилактических учреждений общей лечебной сети, прошедших обязательное специальное дополнительное обучение на базе противотуберкулезного учреждения. Однако для осуществления образовательной деятельности по реализации дополнительных профессиональных программ повышения квалификации необходимо наличие лицензии на осуществление образовательной деятельности (далее - лицензия) по подвиду дополнительного образования «дополнительное профессиональное образование» в соответствии с Федеральным законом об образовании [7].

Возникла ситуация, когда реализация специальной подготовки медицинского персонала для выполнения манипуляций по иммунодиагностике и вакцинопрофилактике туберкулеза оказалась невыполнимой ввиду отсутствия лицензии на образование у противотуберкулезных диспансеров.

В целях устранения нарушения законодательства по согласованию с Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга между СПб ГБУЗ «ПТД № 5» и Автономной некоммерческой образовательной организацией дополнительного профессионального образования «Центр программ и проектов в области развития здравоохранения» (далее – АНОО ДПО «ЦППОРЗ») был заключен договор о практической подготовке вакцинаторов, проводимой на базе противотуберкулезного диспансера.

АНОО ДПО «ЦППОРЗ» проводит обучение на основании лицензии на осуществление образовательной деятельности, согласно Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 N 273-ФЗ, Приказа Министерства образования и науки РФ от 1 июля 2013 г. № 499 «Об

утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам», что соответствует требованиям пункта 888. Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2008 г. № 4 [8].

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации (ДП ППК) «Прививочное дело. Вакцинация», разработанная на основе Примерной образовательной программы дополнительного профессионального образования, рекомендованной Координационным советом по медицинскому и фармацевтическому образованию Минздрава России и согласованной Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России, рассчитана на 36 академических часов и предусматривает теоретическую и практическую подготовку специалистов со средним и высшим медицинским образованием. Обучение проводится в очно-заочной форме с применением дистанционных технологий и обеспечивается посредством привлечения ведущих специалистов в области фтизиатрии, а также преподавателей АНОО ДПО «ЦППОРЗ».

ДП ППК «Прививочное дело. Вакцинация» включает в себя цель, планируемые результаты обучения, учебный план, календарный учебный график, рабочие программы учебных модулей, организационно-педагогические условия, формы аттестации, оценочные материалы. Учебный план включает в себя следующие учебные теоретические модули: введение в дисциплину, организация прививочной работы, национальный календарь профилактических прививок, вакцинация при особых клинических обстоятельствах, вакцинопрофилактика туберкулеза, иммунодиагностика туберкулеза, вакцинация путешественников и т.д. Кроме того, предусмотрена практическая подготовка с применением Тренажера для отработки навыков внутрикожных инъекций, а также на здоровых добровольцах в условиях процедурного кабинета.

Программа аккредитована на 36 образовательных кредитов в рамках непрерывного медицинского образования на платформе среднего медицинского образования по специальностям: «Сестринское дело», «Акушерское дело», «Лечебное дело», «Сестринское дело в педиатрии», а также на платформе высшего медицинского образования по специальностям: «Лечебное дело», «Сестринское дело», «Фтизиатрия», «Педиатрия», «Акушерство и гинекология».

Итоговая аттестация проводится в форме тестирования из 38 вопросов, а также контроля практических навыков с использованием Тренажера для отработки навыков внутрикожных инъекций. По результатам успешно пройденной итоговой аттестации слушатели получают удостоверение о повышении квалификации и справку-допуск к осуществлению деятельности по вакцинации БЦЖ, БЦЖ-М и иммунодиагностике туберкулеза.

В условиях эпидемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 проведение вакцинопрофилактики и иммунодиагностики туберкулеза остается крайне актуальным. В рамках ДП ППК «Прививочное дело. Вакцинация» со слушателями обсуждаются, в том числе, особенности медицинского информирования и санитарно-просветительной работы с детьми и их родителями, что также повышает эффективность проводимых мероприятий по раннему выявлению туберкулезной инфекции. В 2020-2021 гг. обучение прошли 413 специалистов со средним медицинским образованием, однако потребность в специалистах намного выше (по данным Росстата, в Санкт-Петербурге на конец 2020 года амбулаторно-поликлинических организаций составило 707).

Кроме того, в Санкт-Петербурге недостаточно образовательных программы для школьников по вопросам профилактики туберкулеза и других социально-значимых заболеваний, а также их взаимосвязи друг с другом и асоциальным поведением людей, несмотря на то, что функциональные обязанности врачей многих специализаций (врачи-педиатры, врачи общей практики, врачи-фтизиатры и т.д.) включают трудовые действия по пропаганде здорового образа жизни и медицинскому информированию населения.

Проект «Эстафета здоровья», стартовавший в марте 2019 года в рамках мероприятий, посвященных международному дню борьбы с туберкулезом, решает вопрос повышения медицинской грамотности населения, начиная с младшего школьного возраста, посредством проведения интерактивных открытых уроков о принципах здорового образа жизни и профилактики туберкулеза и других социально-значимых заболеваний, алгоритмах действий при возникновении неотложных состояний у пожилых родственников, создании доступной среды и применении технических средств реабилитации для маломобильных граждан [9] с активным вовлечением в познавательный процесс учителей, родителей и школьников (в том числе с инвалидностью). С марта 2019 по ноябрь 2021 в проект «Эстафета

здоровья» были включены средние образовательные учреждения Красногвардейского, Калининского, Центрального районов Санкт-Петербурга, а также Ленинградской области.

Кроме того, на базе СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер № 5» в 2021 году организовано обучение взрослого населения в онлайн школах пациента, где регулярно с пациентами, а также их родственниками обсуждались вопросы профилактики, диагностики, лечения и комплексной реабилитации туберкулеза.

При анализе ежегодных статистических данных мониторинга профилактического обследования с целью выявления туберкулеза среди детского населения установлено снижение числа отказов законных представителей детей от иммунодиагностики в районах курации диспансера. Среди 82 753 детского населения, которое обслуживает СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер № 5», в 2018 году - 215, в 2019 - 147, в 2020 - 135 детей не прошли профилактическое обследование из-за отказов родителей, что показывает снижение на 37% и является положительным результатом совершенствования профилактических мероприятий.

Таким образом, комплексный подход в обучении и методической работе со всеми участниками информационно-образовательных и профилактических мероприятий (школьники, родители, работники образовательных и медицинских организаций) обеспечивает максимальный охват и находит отражение в положительных тенденциях снижения числа лиц, отказывающихся от ежегодного профилактического обследования.

#### Список литературы

1. Нечаева О. Б. Туберкулез у детей России // Туберкулёз и болезни лёгких. 2020. Т. 98. № 11. С. 12-20.
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.03.2017 N 124н «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза». URL: <https://rg.ru/2017/06/02/minzdrav-prikaz124-site-dok.html> (дата обращения 12.12.2021)
3. Клинические рекомендации «Выявление и диагностика туберкулеза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных организациях», Москва, 2017. 28с. Режим доступа: [http://roftb.ru/netcat\\_files/doks2017/kl\\_4.pdf](http://roftb.ru/netcat_files/doks2017/kl_4.pdf) (дата обращения 12.12.2021)
4. Казыкина Т.Н., Стерликов С.А. Отказы от иммунодиагностики туберкулеза в городских условиях. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019. Т. 27. № 3. С. 281-285
5. Федеральные клинические рекомендации по вакцинопрофилактике туберкулеза у детей, Москва, 2015, 32 с. Режим доступа: [http://roftb.ru/netcat\\_files/doks2017/kl\\_5.pdf](http://roftb.ru/netcat_files/doks2017/kl_5.pdf) (дата обращения 12.12.2021)
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2014 г. № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания» Режим доступа <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70749840/#review> (дата обращения 12.12.2021)
7. Федеральный закон от 29 декабря 2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» Режим доступа [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_140174/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/) (дата обращения 12.12.2021);
8. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2021 г. N 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21». Режим доступа [https://www.rospotrebnadzor.ru/files/news/SP\\_infections\\_compressed.pdf](https://www.rospotrebnadzor.ru/files/news/SP_infections_compressed.pdf) (дата обращения 12.12.2021);
9. Божков И.А., Бронников В.А., Севастьянов М.А. Обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации: достоинства, недостатки, пути совершенствования. Социальное и пенсионное право. 2013. № 2. С.25-30.

Корнева Наталья Вячеславовна, e-mail: n.korneva82@mail.ru

## К ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ (Отчет о проведенном исследовании)

Цуцунава М.Р.

ФГБОУ «СЗ ГМУ им.И.И.Мечникова»

Увеличение числа научных исследований, в том числе и в сестринском деле, диктует необходимость в сборе и обобщении опубликованной информации. С этой целью применяется такой вид исследования как систематический обзор. Данный вид исследования базируются на систематическом поиске литературы по изучаемой теме с целью выявления ключевых концепций, теорий, источников доказательств, а также пробелов в научных знаниях и проводимых исследованиях. Систематические обзоры помогают медицинским работникам справляться с потоком профессиональной информации, синтезируя достоверные данные и сообщая о результатах вмешательств (в частности, сестринских).<sup>1</sup>

Вниманию читателя предлагается впервые проведенный систематический обзор на тему «Качество сестринской помощи».

**Цель** - определить, какие вопросы поднимаются и изучаются, каковы результаты проведенных исследований.

**Методы:** Поиск информации осуществлялся в российской научной электронной библиотеке КиберЛенинка по ключевым словам «качество сестринской помощи», «оценка качества сестринской помощи». В общей сложности 24 исследования соответствовали установленным критериям из 200 публикаций, представленных в выше указанной электронной библиотеке. В обзор были включены только работы, выполненные за период с 2000 по настоящее время. Самая ранняя работа датируется 2002 г. Список изученных публикаций представлен в Таблице 1.

**Результаты:** Установлено, что наиболее часто изучаемыми вопросами являются факторов, влияющие на качество сестринской помощи, средства оценки качества сестринской помощи, а также оцениваются мнения медицинских сестер и врачей по вопросам качества сестринской помощи, определяется степень удовлетворенности качеством сестринской помощи пациентами.

Неоднократно установленными факторами, влияющими на качество сестринской помощи, являются своевременность выполнения врачебных назначений, уровень профессиональных знаний и умений; кроме того, установлены такие факторы как внутренний и внешний контроль, стаж работы, квалификационная категория, личные качества медицинской сестры.

**Выводы:** Основным выводом данного обзора является тот факт, что сестринская помощь связывается исключительно с участием медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе, о чем свидетельствуют такой неоднократно установленный фактор, влияющий на качество сестринской помощи, как своевременность выполнения врачебных назначений. Нет ни одного исследования, нацеленного на изучение организации, проведения и оценки сестринского ухода – непосредственной функции сестринского персонала.

### Ограничения исследования

<sup>1</sup> Forbes DA. An example of the use of systematic reviews to answer an effectiveness question. West J Nurs Res. 2003 Mar;25(2):179-92. doi: 10.1177/0193945902250036. PMID: 12666642.

Список ключевых слов был достаточно ограничен и не включил такие понятия как «сестринский уход» и «сестринский процесс», что отразилось на качестве поиска источников и сделанных выводов.

Исследование продолжается.

(В подготовке систематического обзора приняли участие студенты первого курса по направлению 34.03.01 «Сестринское дело» (Бакалавриат) ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»).

Табл. 1 Список изученных публикаций

Автор, название статьи, реквизиты журнала	Вопрос исследования	Участники	Результаты и выводы
Садраддинова Н.О. Удовлетворенность населения качеством сестринской помощи в городских поликлиниках// Вопросы структуризации экономики, 2003, №3.	Факторы, влияющие на качество сестринской помощи	352 пациента поликлиник г. Махачкала в возрасте 20- 65 лет	Для улучшения качества сестринской помощи необходимо рациональное распределение рабочего времени медсестер, непрерывное совершенствование знаний и профессионального мастерства, четкая организация рабочих мест, добросовестное отношение к выполняемой работе.
Чмелева В.В., Камынина Н.Н. и др. Контроль и оценка качества работы медицинских сестер в многопрофильном стационаре на примере работы палатной медицинской сестры // Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2007, №12.	Оценка и контроль качества сестринской помощи	рядовые и старшие медсестры, пациенты	Одними из самых важных факторов стали: увеличение штата санитарок и увеличение заработной платы. В результате анкетирования сестер 87% медсестер считают, что на качество сестринской помощи влияют стаж работы и квалификационная категория.
Ольховникова Е. А., Анохина Ю В., Камынина Н. Н. Анализ качества деятельности медицинских сестёр многопрофильной поликлиники на примере городской поликлиники №229 // Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2007, №12, 36-41.	Выявление факторов, влияющих на качество работы медсестры. Анкетирование.	медсестры (г. Москва).	Внешний и внутренний контроль деятельности, являются наиболее важными факторами, влияющими на качество сестринской помощи. Не менее важным фактором отмечено внедрение новых сестринских технологий.
Дюдюкина М.В., Анохина Ю.В., Камынина Н.Н. Основные направления совершенствования качества сестринской помощи в клинике нервных болезней при Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова // Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2007, №12.	Факторы, влияющие на качество сестринской помощи в клинике нервных болезней ММА им. И.М. Сеченова	Пациенты, медсестры	Факторы, которые непосредственно влияют на качество сестринской помощи в различной степени, распределились следующим образом: 1. Последипломное образование медсестер 2. Личные качества медицинских сестер и стаж их работы. 3. Эмоциональная напряженность профессии,
Леонова О.А., Пьяных А.В. Сестринский процесс в детском инфекционном отделении // Медицинская сестра, 2011, №5	Качество медицинской помощи	Медсестры, врачи и пациенты детского инфекционного отделения.	Удовлетворенность пациентов качеством сестринской помощи значительно выше, если ведется сестринская документация.
Страхов К.А., Рубцова О.Н. и др. Контроль и оценка качества сестринской помощи в кардиохирургическом отделении // Медицинская сестра, 2012, №2.	Факторы, в наибольшей степени влияющие на качество сестринской помощи.	14 медсестер в возрасте 19-59, 32 пациента	Факторы, больше всего влияющие на качество сестринской помощи: уровень профессиональных знаний и умений; стаж и опыт работы; соблюдение правил санитарно-эпидемиологического режима; своевремен-

			ность выполнения врачебных назначений; организация ухода за пациентами; осведомленность медсестры о состоянии здоровья пациентов и готовность ответить на их вопросы; отсутствие психологического дискомфорта у пациентов при осуществлении за ними ухода.
Лысов Н. А., Пензина О. П. и др. Результаты анкетирования пациентов по вопросам качества сестринской помощи // <i>Фундаментальные исследования</i> , 2012, №4, 80-83.	Качество сестринской помощи	Пациенты клиники; 341 человек (г. Самара).	Выявлена неудовлетворенность пациентов качеством проводимых сестринских манипуляций и сестринским уходом. Действия медсестёр по соблюдению санитарно-эпидемиологического режима не корректны. Проблемы с психологией общения; нехватка информации у пациентов о проводимых им манипуляциях.
Лебедева В. Ф., Леонова О. Г. Факторы, способствующие повышению качества специализированной психиатрической помощи, оказываемой средним медицинским звеном // <i>Сибирский вестник психиатрии и наркологии</i> , 2013, №2, 85-88.	Изучение факторов, способствующих повышению качества специализированной психиатрической помощи, оказываемой сестринским персоналом.	-	Основные факторы, способствующие повышению качества специализированной психиатрической помощи, оказываемой сестринским звеном: - подбор медицинских кадров с учетом характерологических особенностей; - обучение сестринского персонала с акцентом на совершенствовании профессиональных навыков непосредственно на рабочем месте; - участие медсестёр в научных исследованиях; - внедрение современных реабилитационных программ; - представление анализа наиболее эффективных форм сестринской работы на семинарах/в публикациях
Рябчикова Т.В., Ласкарева Л.Н. и др. Оптимизация работы медицинских сестер отделения детской хирургии // <i>Вестник Ивановской медицинской академии</i> , 2014, Т. 19, №4	Факторы, влияющие на качество работы медицинской сестры	Медсестры отделения (30 человек), старшая медсестра, врачи и зав. отделения детской хирургии, родители и родственники пациентов.	Выявлен ряд факторов, препятствующих успешной работе мед. сестер: неумение рационально использовать время, трудная адаптация к нововведениям, склонность избегать конфликтных ситуаций, неумение бороться со стрессами.
Курченкова Н.В., Островская И.В. Меры повышения качества профессиональной деятельности медсестер отделения челюстно-лицевой хирургии // <i>Медицинская сестра</i> , 2014, №1.	Факторы, влияющие на качество сестринской помощи.	15 медсестер отделения ЧЛХ и 180 пациентов	- модернизация рабочих мест, техническая оснащённость; - укомплектованность отделения; - расширение штатного расписания (при необходимости); - повышение квалификации, профессиональной подготовки медсестер, а также программы адаптации для молодых сотрудников; - психокоррекция для медсестер с проблемами профессионального выгорания и личностной профессиональной дезадаптацией; - алгоритмы (стандарты) сестринских манипуляций (на период, пока не разработаны стандарты) для внутреннего применения; - нормативы рабочей нагрузки медицинского персонала
Голева О.П., Федорова Г.В. и др. Медико-социальное исследование качества сестринской помощи // <i>Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины</i> . 2015, №2.	Медико-социальные аспекты качества сестринской помощи	1108 медицинских работников среднего звена	Недостаточный уровень заинтересованности в профессии в определенной степени объясняется существенными затратами рабочего времени на оформление медицинской документации. Требуется периодичность контроля знаний и умений медперсонала по различным направлениям деятельности.
Семикина Н.А., Новокрещенова И.Г. Ретроспективный анализ оценки мнений средних медицинских работников по	Ретроспективное изучение мнений средних медицинских работников	640 медицинских сестер (анкетирование)	Наибольшее влияние на качество медицинской помощи оказывают:

проблеме оценки качества сестринской помощи // БМИК, 2016, №7.	по проблеме оценки качества сестринской помощи.	в 2003-2006 гг.) 476 средних медицинских работников (анкетирование в 2011-2014 г.)	соблюдение технологий сестринских манипуляций; соблюдение технологий сестринского ухода за пациентами
Екимова Н.А., Карасева Л.А. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи, оказываемой в условиях внедрения инноваций в сестринскую практику // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики, 2020, № 1.	Показатели удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи.	Пациенты, находящиеся на стадии выписки после лечения и реабилитации в период с 2009 по 2019 гг.	На удовлетворённость пациентов качеством медицинской помощи влияют: профессионализм специалистов сестринского дела, пациент-ориентированное сервисное обслуживание и позитивное коммуникационное взаимодействие с пациентом.
Цуцунава М. Р., Кобзарь Ю. В. Оценка качества сестринской помощи// Специалист здравоохранения, 2020, №22, 34- 36.	Определение качества сестринской помощи с точки зрения специалистов, которые изучали сестринский процесс как сестринскую модель оказания помощи пациенту, связываемую с качеством ухода.	Специалистов с сестринским образованием; 8 человек (г. Санкт-Петербург).	В большинстве случаев качество сестринской помощи связано с уровнем образования и опытом. У медсестер высокого профессионального уровня не сформировано понимание важности профессиональной и независимой тактики выстраивания сестринского процесса.

## Правила оформления статей в журнал «Специалист здравоохранения»

Статья должна быть выполнена в редакторе Microsoft Word 2003, 2007 или XP и набрана шрифтом **шрифт Times New Roman (кегель 12)** через 1 интервал с полями (2x2x2x2), междустрочный интервал – 1, боковые поля: левое – 2 см, правое – 1,5 см, верхнее и нижнее – 2 см, абзацный отступ (красная строка) – 1,25 см; ориентация – **книжная**, без переносов вручную. Текст должен быть **выровнен по ширине**.

### *Объем*

Объем обзора литературы или лекции не должен превышать 7 стр., проблемной статьи – 4-5 стр., оригинального научного исследования – 4 стр., тезисов – до 2 стр. Количество страниц указано с учетом списка использованной литературы.

### *Оформление и структура*

Рукописи должны иметь следующие разделы: название прописными буквами, инициалы и фамилия авторов, учреждение, которое они представляют, аннотацию (не более 200 слов), отражающий основные положения статьи. Далее следует основной текст рукописи. В конце статьи указываются официальный адрес для контакта, который будет опубликован в журнале, а также фактическая контактная информация автора, ответственного за публикацию, с которым редакция будет разрешать вопросы, возникшие при работе с текстом.

Основной текст оригинальных научных исследований должен включать следующие разделы: 1) введение или актуальность; 2) литературный обзор по теме; 3) методы исследования; 4) результаты и их обсуждение; 5) выводы или заключение; 6) список литературы.

В оригинальных научных исследованиях рекомендуется приводить таблицы, рисунки и схемы только при обоснованной необходимости. Количество таблиц, рисунков, схем должно быть не более 2.

#### *Список литературы*

Библиографические описания источников располагают в порядке упоминания их в тексте статьи и нумеруют арабскими цифрами. Ссылки на цитируемые работы в тексте дают в виде порядковых номеров, заключенных в квадратные скобки.

Примеры оформления списка литературы:

Горская О.А., Онохина Я.С., Сельков С.А. К вопросу о вертикальной передаче вирусного гепатита С // Журнал акушерства и женских болезней. 2013. Спец. выпуск. с. 24-25.

Петрова Н.Г., Додонова И.В., Погосян С.Г. Основы медицинского менеджмента и маркетинга. Учебное пособие. – СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2013. – 352 с.

Клюжев В.М., Акимкин В.Г. Внутрибольничные инфекции: значение, определение, причины возникновения, структура, основные противоэпидемические мероприятия. Роль медицинского персонала в профилактике внутрибольничных инфекций. Режим доступа <http://www.epidemiolog.ru/publications/detail.php?ID=824>. Дата обращения 11.02.19.

Рукописи пересылаются в редакцию в электронном виде на адрес редакции: [marinatsu35@gmail.com](mailto:marinatsu35@gmail.com)

---

## НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ «СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

2021, № 26

---

Подписано в печать 28.12.2021. Формат 60 x 84 1/8. Бумага офсетная. Печать офсетная.  
Объем 4,25 уч.-изд. л.; 4,25 усл. печ. л. Тираж 500 экз. Заказ № 6245

---

E-mail: [marinatsu35@gmail.com](mailto:marinatsu35@gmail.com)

Отпечатано с готового оригинал-макета  
ТИПОГРАФИЯ ООО «ГАЛАНИКА»  
г. Санкт-Петербург, ул. Правды, д. 15  
Тел.: (812) 670-56-88, [galanika@list.ru](mailto:galanika@list.ru), [www.galanika.com](http://www.galanika.com)