

январь-февраль 2017, № 1 (12)

## СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ



**Подопригора Г.М.**,  
к.м.н., доцент ка-  
федры гериатрии,  
геронтологии и сест-  
ринского дела СЗ ГМУ  
им. И.И.Мечникова



**Цуцунава М.Р.**, BSc,  
MS, преподаватель,  
выпускающий  
редактор



**Дмитриева Е.А.**,  
гл.медсестра СПб ГБУ  
ГП № 34, консультант,  
промоутер



**Кузнецова В.В.**,  
ст. акушерка родиль-  
ного отд. НИИ АГ им.  
Д.О.Отта СЗО РАМН,  
промоутер

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

ISSN 2413-6271

Учредитель:

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

Спонсор выпуска – ПРОО  
МР СПб

Открыта подписка на I полу-  
годие 2017 г. (через редак-  
цию)

Стоимость подписки (№№  
12-14) – 559 руб.

АНО «НИАГара»

ИНН / КПП 7813305724 / 781301001,  
ОГРН 1047855064256

Р/с 40703810305000000019 в Филиале  
«СДМ-БАНК» (ПАО) в г.СПб  
(197187, г. СПб, ул. Ленина. Д.14 ли-  
тера А)

К/с 30101810000000000878;

БИК 044030878

Тел. +79213708822;  
+79500218010

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ  
ЖУРНАЛ ПРОХОДИТ ПРО-  
ЦЕДУРУ РЕГИСТРАЦИИ В  
РИНЦе (Российский Ин-  
декс Научного Цитирова-  
ния – Science Index) для  
размещения отдельных  
материалов на сайте  
научной электронной  
библиотеки КИБЕРЛЕ –  
НИНКА

На первой странице обложки -

**Станиславская** Мария Владими-  
ровна, старшая операционная меди-  
цинская сестра СПб ГБУЗ «Городская  
Покровская больница»

ISSN 2413-6271

январь – февраль 2017, № 1 (12)

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

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ОТ РЕДАКЦИИ</b> .....	3
<b>ОПЫТ ПРАКТИКА</b>	
<i>Антонова И.Г.</i> Беременность – мифы и реальность.....	10
<b>КАФЕДРА</b>	
<i>Сизых Л.С., Петрова А.И., Лаптева Е.С.</i> Особенности ухода за больными в условиях ожогового отделения .....	16
<b>СЕСТРИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ. СПО</b>	
<i>Кузнецова Н.М., Костина И.Ю.</i> Особенности профессиональной подготовки медицинских сестер для выявления кардиологических проблем пациентов. Роль медицинской сестры.....	22
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ</b>	
Ограничен ли ассортимент препаратов для купирования боли?.....	27
<b>АТТЕСТАЦИЯ</b>	
<i>Шмотова О.В.</i> Вопросы аттестационного отчета. Взгляд специалиста.....	31

## «Коллеги, подскажите, как в ваших ЛПУ организован мониторинг безопасности ИМН и лекарственных средств, за что отвечает главная сестра?»

**Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2017)**

**Статья 43. Персонифицированный учет в сфере обязательного медицинского страхования**

1. Персонифицированный учет в сфере обязательного медицинского страхования (далее - персонифицированный учет) - организация и ведение учета сведений о каждом застрахованном лице в целях реализации прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования.

2. Целями персонифицированного учета являются:

1) создание условий для обеспечения гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи надлежащего качества и в соответствующем объеме в рамках программ обязательного медицинского страхования;

2) создание условий для осуществления контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования;

3) определение потребности в объемах медицинской помощи в целях разработки программ обязательного медицинского страхования.

Вопрос, который прозвучал с трибуны одного из сестринских форумов, сам по себе вызывает недоумение, тем более, если его задает старшая или, что еще хуже, главная медсестра. Вывод напрашивается один – там, где она работает, система отсутствует.

Отсутствие эффективной системы контроля и мониторинга лекарственного обеспечения специалисты сегодня относят к числу проблем, решение которых позволит обеспечить повышение эффективности управления экономическими ресурсами. На самом деле решение уже найдено. Им является персонифицированное автоматизированное обеспечение лекарственными средствами. В связи с этим, сегодня считаются наиболее актуальными вопросы разработки и (что, по всему, гораздо сложнее) внедрения эффективных моделей организации персонифицированного обеспечения лекарственными средствами в лечебном учреждении.

### КОНТРОЛЬ НАЧИНАЕТСЯ С УЧЕТА

Система контроля и мониторинга лекарственного обеспечения включает в себя целый ряд вопросов, одним из которых является учет лекарственных препаратов (далее – ЛП) и медицинских изделий (далее – МИ).

Как известно, существуют несколько уровней учета ЛП и МИ при оказании стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи. Это:

**Бухгалтерский учет** расходов на ЛП и МИ осуществляется в целом по МО (кроме отдельных категорий ЛП, для которых установлен особый порядок учета (приказ Минфина РФ от 1 декабря 2010 г. № 157н);

**Предметно-количественный учет**, при котором учитывается израсходованное количество ряда наименований ЛП на каждого пациента ежедневно, в соответствии с утвержденным перечнем (Приказ Минздрава РФ от 20 января 2014 г. № 30н; Приказ Минздрава РФ от 17 июня 2013 г. № 378н). Как и бухгалтерский учет, он не позволяет оценивать существующие запасы ЛП в отделениях, анализировать затраты на ЛП, не предполагает проведения анализа эффективности их использования;

**Персонафицированный учет** – это детализированный учет расхода ЛП и МИ на каждого пациента, расширяющий возможности проведения различного вида анализов, в том числе анализа эффективности использования ЛП в лечебно-диагностическом процессе.

Опыт МО, ведущих «ручной» учет лекарственных средств и медицинских изделий, показывает, что это весьма сложная и трудоемкая процедура, требующая больших дополнительных временных затрат со стороны медицинского персонала и дающая в результате далеко не полные и объективные данные, кроме того, трудоемкая и не точная анализ этих данных. Наиболее перспективным является автоматизированный персонафицированный учет израсходованных ЛП и МИ, преимущества которого очевидны и заключается в следующем:

- ✓ Снижение трудовых затрат сотрудников аптеки и медицинского персонала отделений;
- ✓ Снижение ошибок при выдаче лекарственных препаратов;
- ✓ Предотвращение выдачи препаратов с истекшими сроками годности;
- ✓ Уменьшение объемов запасов лекарств как в аптеке, так и в отделениях;
- ✓ Использование штрих-кода повышает точность выдачи лекарств пациентам; возможность редактирования лекарственных назначений;
- ✓ Уменьшение дефектуры при выдаче лекарств в отделениях;
- ✓ Снижение нерациональных трат лекарственных препаратов.

Результаты применения автоматизированного персонафицированного обеспечения лекарственными средствами в одной из крупнейших многопрофильных больниц показали, что затраты на медикаменты за два года были снижены на 18 %. Одновременно с этим было отмечено снижение затрат на одного пролеченного больного на 24 %. При этом динамика снижения затрат на медикаменты не была связана с изменением количества назначаемых препаратов на одного пролеченного больного.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Агаджанян В. В. и соавт. Персонафицированное обеспечение лекарственными средствами в многопрофильной больнице // МвК. 2011. №1 С.55-58.



ного медицинского страхования: Приказ ФФОМС от 7 апреля 2011 г. № 79).

**Для справки:** ведение персонифицированного учета расходования ЛП и МИ регламентировано приказом Минздравсоцразвития РФ (Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования: Приказ Минздравсоцразвития РФ от 25 января 2011 № 29н. Представление данных об израсходованных на лечение пациента ЛП и МИ предусмотрено приказом ФФОМС (Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного

## ШРИХ-КОД

В европейских странах практически во всех больничных аптеках используются системы штрихкодирования для управления процессами доставки лекарств пациенту.

Сами по себе штрих-коды — это лишь средство для быстрого ввода информации о товаре в автоматизированную систему торговли. Они могут быть применены и в фармации.



**Оприходование медицинских изделий по штрих-коду (г.Новосибирск)**

Для хранения и обработки информации о лекарственном препарате в электронном виде этому препарату должен быть присвоен код, по которому из базы данных извлекаются его параметры (цена, количество, поставщик, вид упаковки, срок реализации и т. д.). Как правило, эти коды назначаются производителем лекарства по специальным правилам, утвержденным Международной ассоциацией товарной нумерации продукции EAN. Но вводить в память компьютера код в числовом виде вручную сложно, а главное — цена ошибки оператора может быть очень значительной; поэтому для автоматического ввода информации о коде товара был разработан способ оптического бесконтактного считывания с помощью сканера.

## Проблемы

Использование штрих-кода при персонифицированном учете МИ имеет свои проблемы. Одна из них - применения штрих-кода при маркировке МИ российскими производителями не требуется (Решение комиссии Таможенного союза от 28 мая 2010 г. № 299).

Как разъяснил Минздрав РФ, «маркировка и упаковка относятся к исключительной компетенции и ответственности производителя товара». <sup>2</sup> В результате отечественные МИ штрих-кода не имеют.

<sup>2</sup> О маркировке изделий медицинского назначения. Письмо Минздрава РФ от 24 февраля 2004г. № 293-22/34

МИ иностранного производства имеют этикетки со штрих-кодом, который содержит код предприятия-изготовителя и номер изделия по его каталогу, а в ряде случаев – уникальный номер конкретного изделия. Полную информацию о МИ можно получить при обращении к каталогу или базе данных изготовителя.

## ВОПРОСЫ ПЕРЕХОДА НА ПЕРСНИФИЦИРОВАННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ. ОПЫТ ОДНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Внедрение персонифицированного обеспечения ЛПУ требует достаточного компьютерного оснащения и дополнительного программного обеспечения. Обработку информации провели в рамках единой Медицинской информационной системы (МИС\*), основными чертами которой являлись: общая база данных, распределение и ведение данных, доступ к данным круглосуточно.

\* Медицинская информационная система (МИС) — система автоматизации документооборота для лечебно-профилактических учреждений, в которой объединены система поддержки принятия медицинских решений, электронные медицинские карты о пациентах, данные медицинских исследований в цифровой форме, данные мониторинга состояния пациента с медицинских приборов, средства общения между сотрудниками, финансовая и административная информация.

**«Персонифицированный учет ЛС»**  
Подсистема позволяет осуществлять все операции по учету материалов в ЛПУ

Разработанное дополнительное программное обеспечение медицинской информационной сети позволило: вводить информацию о врачебных назначениях лекарственных препаратов, их наименование, разовую дозу, дату начала приема и схему дальнейшего применения (время, дозировки, периодичность, число повторов, способ применения); получать детальную информацию об ассортименте и количестве назначенных лекарственных средств; контролировать рациональность и обоснованность лекарственной терапии; осуществ-

Внедрение централизованной раздачи лекарств потребовало создания отдельного структурного подразделения на базе аптеки – отдела централизованного персонифицированного учета ЛП с выделением поста централизованной раздачи лекарств (ПЦР). Штат отдела, состоящий из заведующего отделом, провизора-технолога и 12 палатных медицинских сестер, был сформирован за счет сокращения вакантного ставочного фонда отделений.

В отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) городской клинической больницы в настоящее время успешно функционирует полноценная версия программного продукта «Персонифицированный учет медикаментов и расходных материалов», по своей сути являющаяся автоматизированным рабочим местом медицинской сестры. Использование программного комплекса создает условия для автоматического учета прихода и расхода медикаментов, перевязочных средств и изделий медицинского назначения в отделении, включая учет медикаментов, приобретенных за счет личных средств пациента. Это дает возможность полностью автоматизировать процесс ведения сестринской документации (заполнение бланков лабораторных анализов, оформление отчетов для отделения медицинской статистики и стола справок и др.).

Программное обеспечение МИС «Персонифицированный учет медикаментов и расходных материалов» было установлено на 4 компьютерах, включенных в общепользовательскую информационную сеть, обеспечив все потребности лечебно-профилактического учреждения в передаче на административный уровень стандартных отчетов о расходе медикаментов и позволила оперативно отвечать на необходимые информационные запросы. За 4 года накоплена база данных по медикаментозному обеспечению о свыше 10000 пациентов, получавших лечение в ОРИТ.

Хронометраж, проведенный на рабочих местах, показал, что время, затраченное медицинскими сестрами на работу по учету израсходованных медикаментов и манипуляций на одного пациента, составляло от 3 до 7 мин и зависело от уровня подготовки и навыков пользователя. Медицинские сестры ОРИТ работают в единой команде, руководство которой осуществляет медицинская сестра – менеджер персонифицированного учета.

Источник: Тихоокеанский медицинский журнал

Отдел централизованного персонифицированного учета ЛП осуществляет следующие виды деятельности: получение лекарственных средств из аптеки; хранение лекарственных средств, в том числе ядовитых и сильнодействующих; фасовку лекарств индивидуально каждому больному по заявкам отделений; раздачу лекарств персонально каждому больному в соответствии с листами назначений «по времени и дозам» круглосуточно; строгий учет и отчетность ЛП, отпущенных больным.

В отдел централизованного персонифицированного учета ЛП поступает ведомость с текущей информацией о врачебных назначениях медикаментозного лечения в клинических отделениях, согласованная с клиническим фармакологом и заведующей аптекой, что связано с повышением требований к целесообразности и рациональности назначения лекарственных препаратов, их эффективности. На основании ведомости лекарственных назначений формируются ведомость выдачи препаратов и сводная ведомость отпуска лекарственных средств.

Ведение персонифицированного учета израсходованных ЛП и МИ на основе принципа однократного ввода и многократного использования информации позволяет значительно сократить расход рабочего времени медицинского персонала на заполнение необходимой учетно-отчетной документации, существенно сократить ее количество. Кроме того, в экономии

Специалист здравоохранения №1 (12), 2017

ческом аспекте обеспечена прозрачность учета по статье расходов МО «Медикаменты и перевязочные средства». Широко используется возможность прогнозирования объемов лекарственной помощи с учетом реального финансирования. *В медицинском аспекте:* у практикующих врачей появилась возможность получать оперативную информацию о наличии в МО на данный момент конкретного медикамента (или группы медикаментов). Расширились возможности проведения медицинской экспертизы качества лекарственной помощи по конкретному пациенту, оценки деятельности конкретного врача, выявления случаев нерационального назначения врачами лекарственных схем лечения и полипрагмазии. *В социальном аспекте* решается проблема защиты прав пациента в части появления возможности получать информацию о назначенном ему медикаментозном лечении в качественном и стоимостном выражении.

Функция ППР	Полученный эффект	Величина, %
Контроль превышения максимальных доз препаратов	Уменьшение назначений дозы препаратов, превосходящей максимальную разовую дозу	65,8
	Уменьшение назначений препаратов с дозой, превосходящей максимальную суточную дозу	68,2
Контроль взаимодействия назначаемых препаратов	Уменьшение назначений пар препаратов подобного действия	59,1
	Уменьшение назначений препаратов, усиливающих действие других медикаментов	54,9
	Уменьшение назначений препаратов, ослабляющих действие других медикаментов	60,5
	Уменьшение назначений препаратов, повышающих риск неблагоприятных событий	54,8
Контроль противопоказаний при назначении медикаментов	Уменьшение назначений препаратов при наличии у пациентов противопоказаний	32,7
Персонифицированный учёт медикаментов	Сокращение номенклатуры выдаваемых в отделения препаратов	32,1

#### Оценка эффективности внедрения МИС в типичной больнице

была структурирована и унифицирована; поэтому перед началом разработки механизмов заполнения электронных медицинских карт были структурированы, верифицированы и утверждены десятки вспомогательных справочников. Кроме того, чтобы сократить трудозатраты медицинских работников на ввод информации, особое внимание было уделено интерфейсу ввода данных. Наконец, так как задача персонифицированного учета себестоимости лечения включает в себя сбор гетерогенной информации из различных источников данных, была создана система хранения разнородной информации и автоматизирован процесс ее пополнения.

Учет израсходованных ЛП и МИ в режиме реального времени позволяет в любой момент получать, анализировать информацию о движении товара в рамках медицинской организации, оценивать реальные затраты на ЛП и МИ, использованные для оказания медицинской помощи конкретному пациенту, по виду оказываемой медпомощи, эффективно планировать закупку ЛП и МИ, таким образом, обеспечивая повышение эффективности управления экономическими ресурсами.

#### ОПЫТ ПОКРОВСКОЙ БОЛЬНИЦЫ (Г.СПБ)

Основные сложности при ведении проекта были связаны не с организационными, а с технологическими аспектами разработки системы. На момент старта проекта учет по медицинским картам выполнялся преимущественно вручную, и информация, заносимая в карты, не



В итоге в системе производятся регистрация и хранение всех справочных данных, необходимых для работы электронной истории болезни, включая лекарственные препараты, дозы, диагнозы, осложнения, результаты лабораторных и функционально-диагностических обследований в привязке к конкретному пациенту. Система создания, выдачи и отслеживания исполнения назначений врачей позволяет удобно и эффективно назначать, и отслеживать фактический прием лекарственных препаратов с помощью базовых и комбинированных шаблонов. Разработан персонифицированный учет расхода всех препаратов, конструкций и расходных материалов по каждому пациенту, что позволяет проводить полный расчет себестоимости операции.

### **В 2017 ГОДУ БОЛЕТЬ СТАНЕТ НЕВЫГОДНО**

С 2017 года будут выписываться электронные больничные листы. **Электронный** документ будет оформляться с помощью автоматизированной информационной системы и подписываться электронной подписью уполномоченных для этого лиц. Электронный больничный лист будет наделен такой же силой, как и бумажный.

Также с нового года будет изменен порядок начисления денег по временной нетрудоспособности. Болесть станет **совсем невыгодно**, особенно для работников с небольшим стажем. Для оплаты больничного листа будет установлена новая формула, согласно которой целиком средняя зарплата будет начисляться при стаже от 15 лет, 80% средней заработной платы — для проработавших не менее 8 лет, 60% — для остальных работников.

Персонализированный учет расхода всех препаратов, конструкций и расходных материалов по каждому пациенту, что позволяет проводить полный расчет себестоимости операции.

P.S. Если вернуться к тому, с чего мы начали эту статью – с вопроса «есть ли...?», прозвучавшего с трибуны сестринского форума, то хотелось бы коллегам подсказать, что границы открытых источников сегодня – бескрайны, и узнавать об инновациях в учреждениях здравоохранения можно и из других источников, более компетентных и надежных, которые руководствуются принципами доказательной медицины.

## **Использованная литература**

1. Агаджанян В.В. и соавт. Персонифицированное обеспечение лекарственными средствами в многопрофильной больнице // МвК. - 2011. - № 1 - С.55-58.
2. Богданова Л. А. и соавт. Персонифицированный учет медикаментов в ГУЗ Приморская краевая клиническая больница № 1 на основе применения системы дока+ // Врач и информационные технологии. - 2009. - № 5 - С.22-30.
3. Гусев С.Д. и соавт. Организация персонифицированного учета лекарственных препаратов и медицинских изделий в Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии // Врач и информационные технологии. - 2014. - № 4 - С.38-51.
4. Лежнев Э.А. О внедрении MICROSOFT DYNAMICS AX в Покровской больнице Санкт-Петербурга // Врач и информационные технологии. - 2009.- № 3.
5. Лапрун И. Эффективность внедрения медицинских информационных систем PC Week Doctor №1 (1), март 2008
6. Наркевич И.А., Умаров С.З. Роботизированные (автоматизированные) системы распределения лекарственных препаратов современный тренд отечественной медицины // Врач и информационные технологии. - 2012. - № 4. - С.62-67.

## БЕРЕМЕННОСТЬ – МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ

Антонова И. Г.,

акушерка женской консультации № 9  
СПб ГБУЗ ГП «Городская поликлиника №17»

*«Говорить о мифе – значит двигаться в полумраке теней, ускользающих от аналитических усилий, направленных на постижение их рационального смысла. Но тени, за которыми скрывается миф, как и всякое таинство, не лишены своеобразной привлекательности, ибо намекают на истины, таящиеся в глубинных пластах самой жизни. Ведь многие сокровенные тайны, обитающие в недрах человеческого бытия, обречены на полумрак».*<sup>3</sup>

Ожидание малыша – удивительное время. Девять месяцев волшебства...и столько же - нервного напряжения. Все ли в порядке у меня и у ребенка? Что есть и что пить в это время? Какому врачу довериться? Как сидеть, что носить, куда ходить? Эти и многие подобные вопросы водопадом обрушиваются на каждую будущую маму с первого же дня «задержки». Хорошо, если в этот момент мама получит грамотную и адекватную консультацию на эту тему, с проверенными рекомендациями и без запугиваний. А если нет? Если нет – так и живет она, бедняжка, в полумраке, в плену стереотипов, мифов и опасений, не имеющих к действительности никакого отношения. И девять месяцев волшебства и радостного ожидания превращаются в девять месяцев глупых и вредных ограничений, бесконечной тревоги и хронического стресса. Давайте попробуем собрать воедино все мифы и фантазии и разобраться - каким же из них действительно стоит верить?

В свое время я часто задавала этот вопрос в своих группах на курсах подготовки к родам. Ответы поражали разнообразием! Оказывается, нельзя было есть мороженное («ребенок простудится»), сидеть после 7 месяца («там внизу, между прочим, голова! Малыш может получить мозговую травму!»), носить брюки («ребенок может задохнуться...»), а дышит он, по мнению автора мифа, из того же места, что и появляется на свет...), смотреть в барабан работающей стиральной машинки («грозит обвitiем пуповины») и еще много-много подобных вариантов. Самые же устойчивые и навязчивые, пожалуй, следующие:

### **МИФ ПЕРВЫЙ: «НЕЛЬЗЯ ПОДНИМАТЬ РУКИ ВЫШЕ ГОЛОВЫ – БУДЕТ ОБВИТИЕ ПУПОВИНЫ У РЕБЕНКА»**

Для развенчания столь забавного заблуждения обратимся к анатомии. Пуповина – эластичный канатик длиной около 40-50 см, одним концом прикрепляющийся к животику малыша, а другим – к плаценте. Малыш внутри находится в околоплодной жидкости, разумеется, двигаясь в ней. Естественно, что время от времени пуповина

<sup>3</sup> Гонсалес М.Р. Что такое миф? // Дискурс-Пи. 2006. №1 С.26-29.

оборачивается вокруг ручки, ножки или даже животика ребенка. И во время беременности — это совершенно не опасно! Что же касается родов, то здесь не так и важно, есть обвитие или нет. Важно, не мешает ли что-то ребенку во время рождения. И, если вдруг врача что-то смущает, будут приняты меры. Например, известен случай кесарева сечения из-за подозрения на тугое обвитие пуповины вокруг шейки ребенка, а выяснилось, что малыш просто держал ее рукой и сжимал во время каждой схватки.

Что же касается самого подъема рук вверх- это скорее даже полезно! Именно в этом положении матка отлично расслабляется, а на больших сроках беременности благодаря этой позе можно избавиться и от одышки. Главное – все делать очень плавно: вдох - руки медленно тянем вверх, выдох- опускаем вниз.

### **МИФ ВТОРОЙ: «НЕЛЬЗЯ КРАСИТЬ ВОЛОСЫ, НОГТИ, СТРИЧЬСЯ И Т.П.»**

Это, конечно, неправда. Женщина должна быть ухоженной, нравиться самой себе и окружающим в любой ситуации. Беременность – это так красиво! Стильная прическа, макияж, со вкусом подобранная одежда - и будущая мама невольно задерживает на себе взгляд. Зачем же от всего этого отказываться? Современные средства ухода чаще всего не содержат вредных и опасных веществ и абсолютно не вредят малышу. Единственное, чего стоит опасаться – так это аллергии, которая может возникнуть совсем внезапно даже на знакомый материал или краску. Также иногда случаются непредсказуемые эффекты – цвет волос совсем не тот, что на упаковке краски, или искусственные ногти отваливаются на следующий день. Но здесь уж ничего не поделаешь – гормоны... Если же вы всерьез опасаетесь за результат или безопасность, просто пойдите к проверенному мастеру, который обязательно учтет ваше состояние и подберет средства по уходу и процедуры грамотно.

### **МИФ ТРЕТИЙ: «НУЖНО МЕНЬШЕ ПИТЬ, ИНАЧЕ БУДУТ ОТЕКИ»**

Это - одно из устойчивых заблуждений, которым подвержены даже некоторые врачи. Раньше действительно считали именно так и ограничивали будущую маму определенным количеством жидкости в сутки. Сейчас доказано обратное: именно недостаток жидкости часто служит причиной отеков! Все дело в том, что без воды, как известно, организм жить не может. Во время беременности потребности маминного организма в жидкости возрастают, она необходима и для хорошего кровообращения, и для амниотического обмена, и для работы почек. И, если мама пьет недостаточно, организм получает сигнал «SOS! ВОДЫ НЕ ХВАТАЕТ!» С этого момента каждая капелька жидкости будет задерживаться организмом «про запас». Пройдет совсем немного времени – и вот они, отеки. Мама мучается жаждой («запасенная» жидкость как бы не считается, организм ее не чувствует), в почках образуются застойные явления, высыхают слизистые (рот, нос), болит голова, мучают запоры и тахикардия... И, чем меньше мама пьет (ведь отеки!), тем больше эти отеки становятся. В конечном итоге почки и сосуды начинают серьезно страдать, появляется белок в моче, и может подрасти давление. Все это будет называться словом «гестоз». К сожалению, уже возникнув, лечится гестоз очень медленно и неохотно, и не только доставляет массу неудобств женщине, но и угрожает развитию ребенка, а в тяжелых случаях – даже жизни самой мамы; поэтому насчет жидкости во время беременности правила такие:

- ✓ пить понемножку и почаще, для профилактики жажды, стараться не больше 150 мл за один раз, однако общее количество жидкости в сутки ограничивать не нужно! Хорошо носить с собой бутылку с водой и делать 2-3 глотка в час. Этим обеспечивается бесперебойная, но бережная нагрузка почкам и можно уберечь себя от обезвоживания и застойных явлений.
- ✓ 50% всей жидкости – вода без газа и сахара. Остальное – некрепкий зеленый и черный чай, морсы, компоты, соки, цикорий. Если нет высокого давления, то можно даже позволить себе одну небольшую чашку некрепкого (разумеется, молотого) кофе в день. Кефир, йогурт, бульоны - хоть и жидкая еда, но следует и к ней применять правило «понемножку почаще». Про молоко важно помнить, что оно задерживает жидкость, поэтому рекомендуется в качестве напитков его не использовать совсем.

#### **МИФ ЧЕТВЕРТЫЙ: «НИЧЕГО НЕЛЬЗЯ ПОКУПАТЬ ЗАРАНЕЕ»**

Здесь совсем просто☺ Обосновать это удивительное заблуждение не могут даже те, кто свято в него верит. Если даже отбросить практическую сторону вопроса (ведь как удобно и приятно все купить до родов - не спеша, столько и такое, как хочется. Перестирывать и погладить, разложить с любовью в комодик и представлять карапуза в каждой новой кофточке!), то и на мифическую часть найдется что возразить:

- ✓ Покупая малышу одежду и предметы ухода, мама думает о нем. Что это, как не общение с ребенком еще до рождения? Кстати, во многих культурах мира и в том числе на Руси была традиция: к рождению ребенка смастерить, сшить или связать хотя бы что-то символическое. Даже, если малыш в семье не первый и всего хватало от братьев и сестер, хотя бы носочки или игрушка должны были быть обязательно новыми. Считалось, что тем самым мы приглашаем ребенка в наш мир и показываем его душе, как мы ждем ее здесь.
- ✓ Спросите ярых противников покупок прямо в лоб: Вы ожидаете, что я не рожу? Вы думаете, со мной или малышом произойдет что-то плохое? Нет? Тогда почему я не должна готовиться к родам? Всегда, во все времена, с самого первого дня осознания беременности женщина шила и вязала все необходимое для того, кто находился внутри, хотя бы потому, что магазины – сравнительно молодое изобретение человечества, а завернуть младенца в лопухи могут только те, кто рождает в соответствующей климатической зоне.

Продолжать тему мифов можно и дальше...По объему на «Войну и мир» едва ли потянет, но на небольшой «учебник заблуждений» вполне. Если коротко, то, разумеется, есть истинные «нельзя» и «обязательно»:

- ✓ Нельзя сидеть, поджав или скрестив ноги – нарушается кровоток. За этим следует, как минимум, варикоз, как максимум – нарушение кровотока в плаценте;
- ✓ Нельзя заниматься спортом «до пота». Все физические нагрузки, безусловно, полезные на протяжении всей беременности, должны отвечать одному принципу - бережно, т.е. без резких движений, прыжков, подъема тяжестей, утомления и болящих на следующий день мышц, длительных вынужденных поз, рисков падений. Идеально такие варианты, как ЛФК, плавные (например, арабские) танцы, пилатес, йога, аквааэробика, занятия на фитболах;

## ОТСУТСТВИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ВО ВРЕМЯ РОДОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ДЕГУМАНИЗАЦИИ ОПЫТА ДЕТОРОЖДЕНИЯ

История свидетельствует, что во время родов женщине всегда оказывали поддержку другие женщины. Тем не менее, во многих странах мира постоянная поддержка во время родов в больнице стала скорее исключением. Это может способствовать дегуманизации опыта деторождения. При современной акушерской практике женщины часто подвергаются установленным рутинным процедурам, которые могут оказать неблагоприятное воздействие на процесс родов. Поддержка и уход во время родов могут включать эмоциональную поддержку, меры по повышению комфорта, информирование и защиту. Эти меры могут улучшить процесс физиологических родов, так же, как и ощущение самоконтроля и уверенности у женщин, и тем самым уменьшить потребность в акушерских вмешательствах.

В данный обзор исследований включены 23 клинических испытания из 16 стран, в которых участвовало в общей сложности 15288 женщин, находящихся в самых различных условиях во время родов. Постоянная поддержка оказывалась либо персоналом больницы (медсестрами или акушерками), либо женщинами-сиделками по уходу за роженицей или женщинами с небольшим опытом поддержки во время родов, либо знакомыми по выбору женщины из ее социальной сети (муж, партнер, мать или друг).

При непрерывной поддержке во время родов женщины более вероятно рожали 'спонтанно', то есть без проведения Кесарева сечения или использования вакуума или щипцов. Кроме того, женщины реже использовали обезболивающие средства, с более высокой вероятностью БЫЛИ удовлетворенными оказанной помощью. Длительность родов у таких женщин была короче. Оценка по шкале Апгар через 5 минут показала меньшую вероятность низких показателей у детей, рожденных от матерей, которым оказывалась постоянная поддержка во время родов. Какие-либо побочные эффекты выявлены не были. (Окончание – на стр.14)

✓ Нельзя переутомляться и переохлаждаться, недосыпать, испытывать «молчаливые» стрессы и нервные перегрузки. Если уж возникает ситуация напряжения, следует выплеснуть эмоции, поплакать. Этим вы избавите организм от излишков адреналина и поможете, а не навредите малышу;

✓ Обязательно получайте позитивные эмоции, новые впечатления. Работайте, если это в радость. Ешьте и пейте то, что просит организм (разумеется, в пределах разумного! Между прочим, тяга к вредным или необычным веществам или продуктам – просьба вашего организма пополнить некие запасы. Так, например, на пиво тянет при недостатке витаминов группы В, на шоколад и выпечку – при недостатке магния, на острое, соленое и кислое – при нехватке железа, и т.п.);

✓ Занимайтесь сексом, если беременность протекает хорошо. Здоровая беременность – не повод ограничивать интимную жизнь! Напротив, на поздних сроках беременности секс помогает и снять напряжение, и подготовиться к родам.

✓ Получайте больше информации. Одно условие – информации проверенной. Доказано, что посещение курсов подготовки к родам во много раз снижает тревожность как во время беременности, так и в «час икс», а спокойная мама и вынашивает, и рождает куда легче, чем нервная.

И пусть Ваша беременность запомнится как один из самых светлых периодов в жизни!

Авторы пришли к выводу, что всем женщинам во время родов должна оказываться постоянная поддержка. Постоянная поддержка, оказываемая человеком, который присутствует только с единственной целью - обеспечить поддержку, при этом не является членом социальной сети женщины, а имеет большой опыт в оказании поддержки во время родов, и, по крайней мере, был немного обучен этому, является наиболее полезной. Поддержка члена семьи или друга по всему повышает уровень удовлетворенности женщин опытом деторождения по сравнению с теми, кто не имел такой поддержки.

## **ЭФФЕКТЫ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПЕРОРАЛЬНЫХ ДОБАВОК ЖЕЛЕЗА ИЛИ ЖЕЛЕЗА В СОЧЕТАНИИ С ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТОЙ У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Во время беременности женщинам необходимо железо и фолиевая кислота в количествах, отвечающих собственным потребностям и потребностям развивающегося ребенка. Опасение состоит в том, что, если у беременных женщин развивается дефицит этих нутриентов, они не могут обеспечить ими своего ребенка в достаточном количестве. Питание с низким содержанием фолатов перед зачатием повышает риск рождения ребенка с дефектами нервной трубки. Низкие уровни железа и фолатов у женщин могут стать причиной анемии, которая может вызвать у женщин усталость и слабость и повысить риск инфекции.

В данный обзор было включено 61 рандомизированное клиническое исследование с участием 43274 беременных женщин. Использование добавок железа или железа в сочетании с фолиевой кислотой было связано с пониженным риском развития анемии и дефицита железа во время беременности. Были некоторые указания на то, что добавки железа будущим матерям во время беременности могут улучшить исходы у младенцев (такие как масса тела при рождении и преждевременное рождение), но доказательства оказались малоубедительными.

## **ДОБАВКИ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ ДО ЗАЧАТИЯ И НА РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ (ДО 12 НЕДЕЛЬ) ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФЕКТОВ**

Фолиевая кислота является синтетической формой фолата, используемой в добавках и витаминизированных/обогащенных основных продуктах питания (типа пшеничной и кукурузной муки) с целью уменьшить число новорожденных с определенными дефектами нервной трубки (ДНТ). Дополнительное введение фолиевой кислотой рекомендуется на международном уровне женщинам с момента, когда они пытаются зачать/забеременеть и до 12 недель беременности. Другой вариант, рекомендованный ВОЗ, заключается в том, что женщины репродуктивного возраста принимают периодически (еженедельно) добавки железа и фолиевой кислоты, особенно в популяциях, в которых распространенность анемии превышает 20%. Дополнительное введение может также уменьшить другие врожденные дефекты, такие как расщелина верхней губы (заячья губа), с или без расщелины нёба (волчья пасть), а также врожденные дефекты сердечно-сосудистой системы.

Данный обзор подтверждает, что добавки фолиевой кислоты предотвращают возникновение ДНТ в первый и во второй раз, и показывает отсутствие достаточных доказательств, чтобы определить, предотвращает ли фолиевая кислота другие врожденные дефекты. Также отсутствует информация о безопасности других имеющихся в настоящее время альтернативных добавок и о возможных эффектах на другие исходы для матерей и младенцев.

## КОКРАНОВСКИЕ ОБЗОРЫ

Обзор пяти исследований с участием 7391 беременностей (2033 с предыдущими беременностями с развитием ДНТ и 5358 без предыдущих ДНТ), показывает защитные эффекты ежедневных добавок фолиевой кислоты в дозах, колеблющихся от 0,36 мг (360 мкг) в 4 мг (4000 мкг) в сутки, с и без других витаминов и минералов, до зачатия и вплоть до 12 недель беременности, для предотвращения повторения этих дефектов. Доказательства были недостаточными для оценки воздействия на другие результаты/исходы, такие как заячья губа и волчья пасть, выкидыши или другие врожденные дефекты. Необходимы дополнительные исследования разных видов программ использования различных видов добавок (таких как 5-метил-тетрагидрофолат - 5-МТГФ), особенно в странах, где обогащение основных продуктов питания фолиевой кислотой, таких как пшеничная или кукурузная мука, не является обязательным, и где распространенность ДНТ по-прежнему высока. Общее качество доказательств в отношении неонатальных исходов было высоким для ДНТ, в то время как оно было низким в отношении других неонатальных исходов. Общее качество доказательств в отношении материнских исходов было оценено как среднее.

Представляемые для публикации статьи должны соответствовать тематике журнала и вносить вклад в развитие практики специалистов здравоохранения - медицинских сестер, лаборантов, фельдшеров, акушерок. Рукописи пересылаются в редакцию в электронном виде на адрес [mediteka21@mediteka.ru](mailto:mediteka21@mediteka.ru)

Статья должна быть выполнена в редакторе Microsoft Word 2003, 2007 или XP и набрана шрифтом Arial кегль 12 через 1 интервал с полями (2x2x2x2). Объем обзора литературы или лекции не должен превышать 6 стр., проблемной статьи - 4-5 стр., оригинального научного исследования - 4 стр., случая из практики - 2-3 стр. Количество страниц указано с учетом списка использованной литературы.

Рукописи должны иметь следующие разделы: название прописными буквами, инициалы и фамилия авторов, учреждение, которое они представляют, реферат (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 и не более 2.

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:

- Горская О.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.
- Ключев В.М., Акимкин В.Г. Внутрибольничные инфекции: значение, определение, причины возникновения, структура, основные противоэпидемические мероприятия. - <http://www.epidemiolog.ru/publications/detail.php?ID=824>. - Последний визит на сайт 11.01.13.

**Редакция рецензирует и редактирует рукописи статей.**

# ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ В УСЛОВИЯХ ОЖОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ

*Сизых Л.С., Петрова А.И., Лантева Е.С.*  
СЗ ГМУ им. И. И. Мечникова

Ожоги - крайне тяжелые повреждения, составляющие от 4,6 до 11,0% от общего количества травм, которые нередко вызывают тяжелое заболевание, приводящее к длительной, а иногда и стойкой утрате трудоспособности. Пациенты с глубокими и обширными ожогами нуждаются в психологической помощи на протяжении всего курса лечения и в длительной реабилитации после выписки из стационара.

Стресс, связанный с перенесенной травмой, изменением физического состояния и стойкими переменами внешности, приводит к социальной дезадаптации пострадавшего от ожога. Рубцы на открытых участках тела воспринимаются не только как физический дефект, но и как эстетический недостаток, что часто приводит к психологической травме пострадавшего от ожога. Физические и психологические проблемы, возникающие у пациентов, перенесших глубокие ожоги открытых областей тела, резко снижают их качество жизни. Значимость открытых областей тела является причиной повышенной требовательности к функциональному и эстетическому результату лечения. Основная цель медицинской сестры в организации ухода за пациентами заключается в улучшении качества медицинской помощи и создании нового уровня ухода за пациентами.

Исследование было проведено в городском ожоговом центре НИИ СП им.И.И. Джанелидзе. Целью данного исследования было изучить и проанализировать особенности сестринской помощи пациентам с термическими поражениями в условиях ожогового отделения №1 НИИ СП им.И.И. Джанелидзе (г.Санкт-Петербург).

На ожоговое отделение поступают пострадавшие с различными по площади и глубине ожогами и отморожениями, часто в состоянии ожогового шока, нередко с клиникой сочетанной травмы (черепно-мозговые травмы, переломы костей, пневмонии и гемотораксы, комы различной этиологии, острые нарушения мозгового кровообращения и т.д.), что требует дифференциальной диагностики с целью профилактики различных осложнений, угрожающих жизни больного. Часто ожоговая травма сочетается с ингаляционными поражениями и отравлением угарным газом (около 25% от числа всех поступивших).

Нами было проведено исследование определение динамики депрессии у ожоговых пациентов на протяжении всего времени пребывания в клинике. Полученные результаты свидетельствуют, что при первом исследовании сразу после поступления в клинику у 64% пациентов была диагностирована выраженная и тяжелая депрессия. При втором обследовании, спустя 10-12 дней после получения травмы, количество



таких больных снизилось до 34%. Перед выпиской у 85% больных отмечалась легкая депрессия. 1% респондентов отмечали стойкую депрессию. (Рис.1)

### Динамика депрессии у ожоговых пациентов на протяжении всего времени пребывания в клинике.

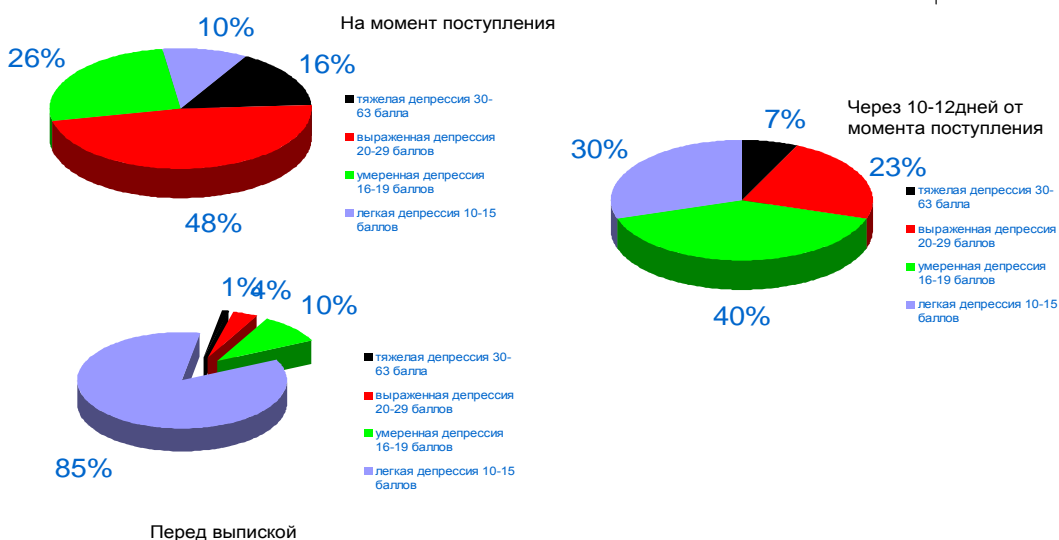


Рис.1

Респонденты отвечали на вопросы, касающиеся материально-технического оснащения, санитарного состояния отделения, внешнего вида персонала, качества и этических аспектов ухода. При анализе анкет установлено, что 76,4% удовлетворены численностью пациентов в палате; недостаточным считают количество средств транспортировки (85,7%), предметов ухода (62,9%); дресс-кодом медицинских сестер удовлетворены 100% опрошенных.

85% опрошенных отметили оптимальное санитарное оснащение отделений (в каждом блоке имеется душ и санитарный узел). Около 93% пациентов удовлетворены сменой постельного белья. На ожоговом отделении №1 постельное белье меняется через сутки и по мере надобности. (Рис.2)

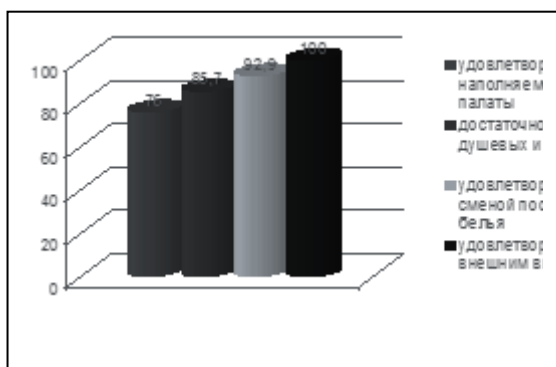
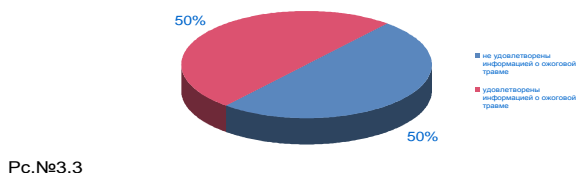
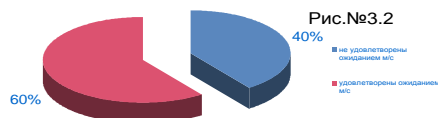
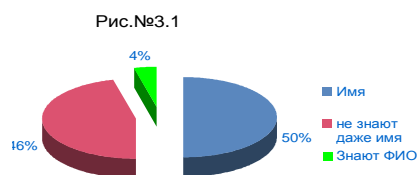


Рис 2. Удовлетворенность пациентов материально-техническим оснащением, санитарным состоянием отделения.

При анализе предложений об изменении качества оказания сестринской помощи в ожоговом отделении респонденты отметили, что около 50% знают имя своей палатной медицинской сестры, и только 4% пациентов знают полностью фамилию, имя и отчество медицинской сестры, которая за ним ухаживает. По мнению 82,1% пациентов медицинские сестры должны носить нагрудные бэйджи с указанием фамилии имени и отчества, а также желательны и должности. Среди предложений об улучшении распространения информации - это стенд с фотографиями, ФИО и должностями сотрудников отделения. (Рис.3.1)

Опрашиваемые указывали на большую загруженность сестринского персонала, в связи с чем они часто не обращаются за помощью к нему, предпочитая обходиться своими силами (40% не удовлетворены ожиданием медицинской сестры для оказания помощи). Это свидетельствует об отсутствии желаемого уровня общения сестры с пациентами и их родственниками. На наш взгляд передача некоторых функций по уходу за больными младшему медицинскому персоналу позволила бы высвободить определенное количество рабочего времени, которое можно было бы затратить на создание должного психологического контакта с пациентом и решения его потребностей как в уходе, так и в общении. (Рис.3.2) Необходимо оптимизировать качество знаний соответственно обучения среднего персонала в связи с тем, что 50% респондентов не удовлетворены ответами медицинских сестер на темы: ожоги, ход ожоговой операции, донорская рана, позиционирование и т.д. (Рис.3.3)

### Неудовлетворенность в работе медицинских сестер, по мнению пациентов ожогового отделения.



На вопрос о необходимости создания «Школы реабилитации пациентов получивших ожоговую травму» мы получили практически сто процентную заинтересованность знаний о полученной травме (Рис.4).

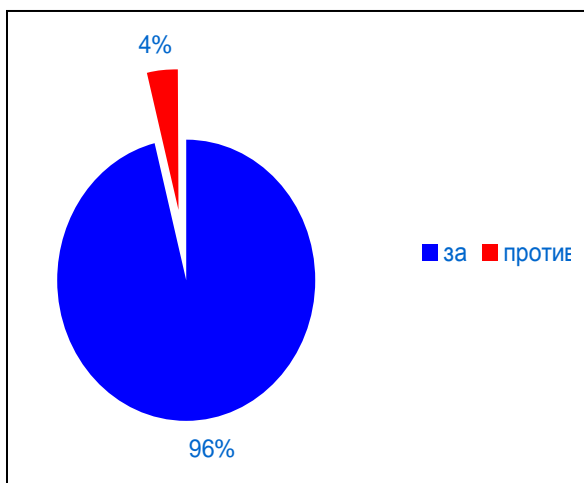


Рис.4. «Школы реабилитации пациентов получивших ожоговую травму»

Необходимо отметить, у медицинских сестер, которые тесно и постоянно общаются с больными людьми в эмоционально напряжённой обстановке со временем формируется синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – состояние физического, эмоционального и психического истощения, вызванного длительной включённостью в ситуации, которые содержат высокие эмоциональные требования.

Синдром включает в себя три основные составляющие:

- эмоциональную истощённость;
- деперсонализацию (цинизм);
- редукцию профессиональных достижений.

*Эмоциональное истощение* – это чувство эмоциональной опустошённости и усталости, вызванное собственной работой.

*Деперсонализация* – циничное отношение к труду и объектам своего труда.

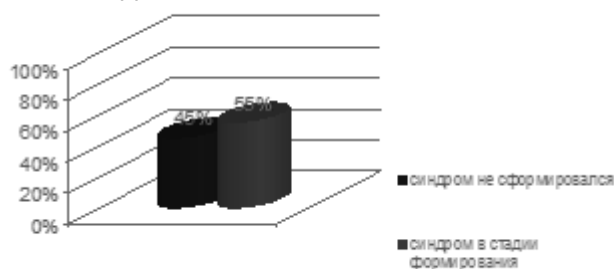
*Редукция профессиональных достижений* – возникновение у работников чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха в ней.

Нами было проведено анкетирование (тестирование) среди медицинских сестёр с применением методики диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко. Всего было протестировано 50 человек. Им было предложено ответить на 84 вопроса. Результаты представлены в Рис.5.

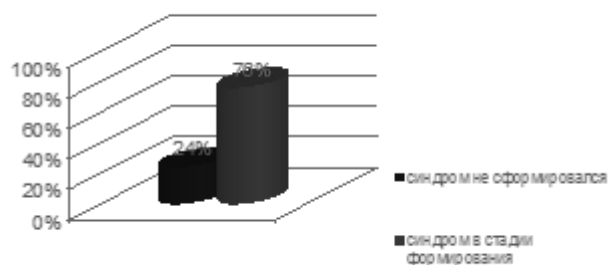
На формирование СЭВ влияют, а) возраст б) стаж работы в) продолжительности рабочего дня.

А)

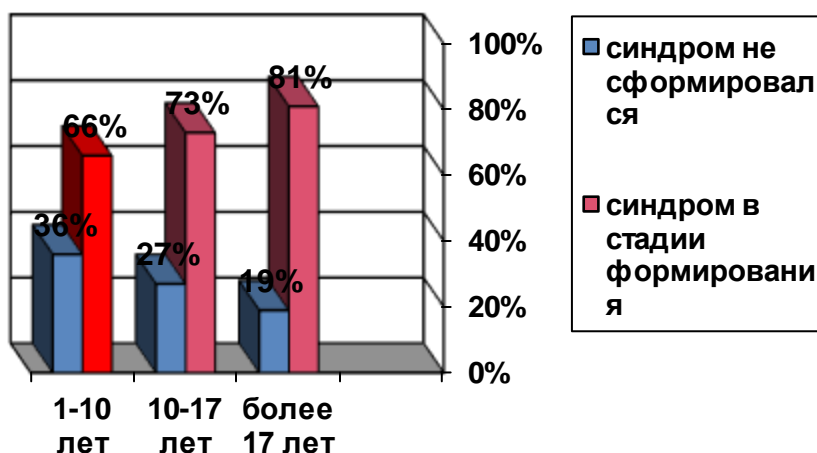
От 20 до 40 лет



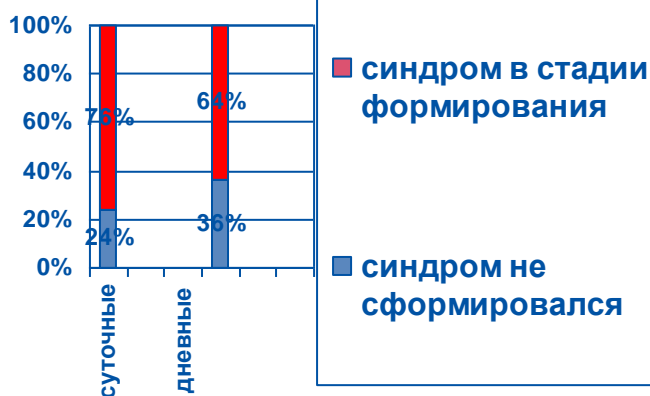
более 40 лет



Б)



В) Анализируя данные рисунка №5 можно сделать следующие выводы:



1) стаж работы: синдром эмоционального выгорания не сформировался ни в одной группе. Но он находится в стадии формирования во всех группах, и в большей степени у медсестёр, у которых стаж работы более 17 лет (81%), а меньше всего – у медсестёр, у которых стаж от 1 года до 10 лет (66%). Таким образом: чем больше стаж работы, тем быстрее наступает «выгорание».

2) возраст: синдром эмоционального выгорания не сформировался ни в одной группе. В стадии формирования синдром наблюдается во всех группах, но в большей степени в группе медсестёр, которым больше 40 лет (76%). И так, чем старше человек, тем быстрее наступает «выгорание».

3) продолжительность рабочего дня: синдром эмоционального выгорания не сформировался ни в одной группе. В стадии формирования синдром наблюдается в обеих группах, но больше у суточных медсестёр (76%). Из чего следует: чем больше времени человек общается с больными людьми, тем быстрее наступает «выгорание».

Проведенный хронометраж рабочего времени медицинской сестры полатной выявил, что 45% всего времени тратится на основную деятельность, но на общение с пациентами и их родственниками уделяется не более 30 минут в день.

В результате исследовательской работы нами установлено, что:

1. В момент получения травмы (ожога) при госпитализации более 60% больных имеют сопутствующую патологию в виде тяжелой и выраженной форм депрессии, которая сохраняется после комплексного лечения при выписке у 5 % больных.

2. Проведенный хронометраж рабочего времени палатной медицинской сестры выявил, что 45% всего рабочего времени тратится на основную деятельность, соответственно крайне мало времени уделено на общение с пациентами и их родственниками.

3. Анализ оценки деятельности сестринского персонала пациентами показал, практически в 90% случаев больным необходимо уважение, милосердие, отзывчивость и диалог с более длительным временным компонентом.

4. На формирование синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер влияет: стаж работы, возраст и длительность рабочего дня.

Анализируя проделанную работу для коррекции выявленных нарушений, мы внесли предложения администрации для штатного психолога: проводить практические занятия с медицинскими сестрами по коррекции и устранению синдрома эмоционального выгорания; создать на базе ожогового отделения «Школу реабилитации пациентов получивших ожоговую травму». Для оптимизации работы в школе здоровья медицинская сестра должна будет решить комплекс ниже перечисленных задач, основываясь на результаты проведенного исследования:

#### ЗАДАЧИ «ШКОЛЫ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ОЖоговую ТРАВМУ»

- ✓ Оптимизация, совершенствование и повышение качества медицинской помощи пациентам и их семьям.
- ✓ Повышение информированности семей, имеющих родственников перенесших ожоговую травму.
- ✓ Формирование у пациентов и их семей активного отношения к заболеванию и желания к лечению и длительной реабилитации.
- ✓ Формирование навыков и умений в самообслуживании;
- ✓ Организация трудотерапии.
- ✓ Разработка индивидуальных планов лечения для каждого пациента.
- ✓ Психотерапия.

#### Список использованных источников

- Алексеев А.А., Крутиков М.Г. Современные стандарты и технологии лечения, обожженных // Сб. научных трудов II съезда комбустиологов России. - М., 2008. - С. 60-61.
- Тарасова Ю.А. и соавт. Современная организация сестринского дела: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 576 с
- Фисталь Э.Я. и соавт. Ожоговые центры России / под ред. М.С.Гордона. – Ижевск, 2010. - 288с.
- Актуальные проблемы термической травмы. / Санкт-Петербургский НИИ скорой медицинской помощи им.И.И.Джанелидзе СПб. 2002. - 480с.
- Вестник Российской военно-медицинской академии. Юбилейная научно-практическая конференция “Актуальные вопросы термических поражений”. Сборник научных трудов. - СПб 2010. -160с. Главный редактор А.Б. Белевитен.
- Инфекционная безопасность. Учебное пособие. - СПб: “Диля Паблишинг”, 2010. - 240с
- Комбустиология. Учебник. – Донецк, 2006. - 236с.
- Информационный бюллетень 365. Апрель 2014 г
- Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010-2020гг., изд-во Екатеринбург, 2009. - 43 с.

# ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

*Кузнецова Н.М.,  
Костина И.Ю.*

СПб ГБПОУ «Медицинский колледж им. В.М.Бехтерева

**«Qui bene diagnoscit, bene cura»**

**«Кто хорошо диагностирует, хорошо лечит»**

Актуальность проблемы обусловлена негативной тенденцией – увеличением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране с середины прошлого столетия. Так, например, стандартизированный показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди мужчин в 1990 году составлял 836,8 на 100 тыс. населения, а в 2003 году – он повышался до 1180,4 на 100 тыс. населения. В 2002 году показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в России были в 3 раза больше, чем в западноевропейских странах и США. Особенно следует отметить высокие показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди трудоспособного населения: среди мужчин – 38%, а среди женщин – 40%. Ведущие специалисты-кардиологи объясняют эти проблемы не только социально-экономическими факторами, но и недостаточно эффективными мероприятиями при лечении и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Результаты эпидемиологических исследований, проводимых в разные годы в Государственном научно-исследовательском институте профилактической медицины, показывают, что наибольшее клиническое значение по критериям распространенности, влияния на состояние здоровья, развитию инвалидности и сокращению продолжительности жизни имеют артериальные гипертензии и заболевания, обусловленные атеросклерозом. В их числе – стенокардия напряжения, инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения на фоне атеросклероза сосудов головного мозга, нарушения кровообращения в периферических артериях и атеросклеротические заболевания аорты. Отличительными чертами сердечно-сосудистых заболеваний являются постепенное развитие и длительное скрытое (доклиническое) течение, а также малосимптомные и атипичные варианты течения, что затрудняет их своевременную диагностику и лечение. Многочисленные клинические исследования, а также практический опыт наблюдения и лечения пациентов показывает, что на возникновение, течение и исходы сердечно-сосудистых заболеваний оказывают многочисленные (более 300) факторы риска. Среди них ВОЗ особое внимание отводит артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии, курению, нарушениям жирового и углеводного обмена, возрасту пациентов.

На основании этой концепция «Оценка и управление суммарным риском сердечно-сосудистых заболеваний» стала общепринятым подходом к решению проблемы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, предупреждению нетрудоспособности и преждевременной смерти. У нас в стране реализуется Национальный проект «Здоровье», «Целевая комплексная программа борьбы с артериальной гипертензией в России». Возобновляется система диспансеризации населения. В Санкт-Петербурге в период с 2011 по 2015 годы диспансеризацией, скринингами и диспансерным наблюдением были охвачены 2,5 млн населения, что в 8,5 раз превысило результаты аналогичной работы за 2006-2010 годы. Открыты Центры здоровья, количество кабинетов медицинской профилактики возросло до 94. Функционируют Школы здоровья для пациентов с факторами риска и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Открыто 49 кабинетов (школ) помощи в отказе от курения. За последние 10 лет появилась тенденция снижения показателей смертности от болезней системы кровообращения до 659,5 на 100000 населения в 2014 году.

Однако по результатам эпидемиологических исследований снова отмечается рост факторов риска ССЗ, особенно ФР, составляющих понятие метаболического синдрома. Увеличивается распространенность артериальной гипертензии у мужчин, что, по прогнозам специалистов, приведет снова к росту смертности населения от болезней системы кровообращения. Поэтому Правительство РФ уделяет особое внимание реализации всех мер по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Возобновляется целевая программа диспансеризации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и обследование пациентов по программе «Сосудистый маршрут». Эффективность работы этих проектов во многом определяется и профессиональной подготовкой медицинских сестер.

Новый образовательный стандарт базируется на парадигме «Профилактика – на всем протяжении онтогенеза человека», что особенно актуально для решения проблем сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому в нашем колледже подготовка медсестер для выявления и решения кардиологических проблем пациента осуществляется с учетом формирования «Сердечно-сосудистого континуума»: Факторы риска (ФР) – Поражение органов-мишеней (ПОМ) – Сопутствующие клинические состояния (СКС) – Осложнения сердечно-сосудистых заболеваний. В ПМ 01, в разделе «Здоровье лиц пожилого возраста» особое внимание уделяется изучению анатомо-физиологических особенностей сердечно-сосудистой системы при старении и предрасположенности к развитию сердечно-сосудистой патологии, факторам риска кардиоваскулярной патологии.

Преподаватели всех МДК ПМ 01 ставят задачу, чтобы студенты на теоретических занятиях получили не только базовые знания, но и стремились самостоятельно расширить и углубить знания по актуальным проблемам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, формировали умения использовать различные источники информации: дополнительную литературу, интернет-источники, периодические издания по проблемам сестринской деятельности, справочную литературу. Полученные знания студенты применяют для таких видов деятельности, как разработка различных наглядных пособий, составление тезисов бесед с пациентами и мини-лекций по актуальным проблемам профилактики кардиоваскулярных заболеваний. На семинарах и доклинических практических занятиях преподаватели используют приемы моделирования профессиональной деятельности медсестры: ролевые ситуации и игры, ситуационные задачи для индивидуального и группового решения, отработка приемов ведения профилактических бесед.

Крайне важными этапами ПМ 01 является учебная и производственная практика на базе городских поликлиник и Центра здоровья Московского района, где студенты получают практический опыт работы с пациентами. Они осуществляют сбор информации о пациентах (опрос, оценка физических показателей здоровья, в которые входит антропометрия, определение ИМТ, измерение АД, исследование пульса). Студенты выявляют и оценивают факторы риска, проводят беседы профилактической направленности. Но именно на этом этапе пока возникают проблемы недостаточной готовности учре-

ждений здравоохранения оказывать содействие в получении этого практического опыта. Учебная практика нередко носит ознакомительный характер, зачастую студенты только наблюдают за работой сестры и врача. Но и на данном этапе крайне полезным является знакомство с процессом диспансеризации и современными методами скрининга с целью выявления ФР и сердечно-сосудистых заболеваний. Мы выражаем благодарность сотрудникам всех ЛПУ – баз нашего практического обучения.

Завершающим этапом формирования профилактических компетенций является выполнение курсовой работы. Ежегодно тематика курсовых работ охватывает различные аспекты профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Студенты проводят сестринское исследование для выявления проблем пациентов в рамках сердечно-сосудистого континуума.

Следующий шаг в формировании профессиональных компетенций – ПМ02 – освоение сестринского ухода за пациентами терапевтического профиля. На теоретических и практических доклинических занятиях преподаватели уделяют большое внимание семиотике – изучению механизмов и проявлений симптомов и синдромов сердечно-сосудистых заболеваний. Для студентов составлено методическое пособие «Обследование пациентов». На каждом занятии в клинике осваиваются методы субъективного, объективного и дополнительного обследования больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и на основании результатов сбора информации определяются кардиологические проблемы пациента, планируются и реализуются мероприятия сестринского ухода. Студенты оформляют «Учебную сестринскую историю болезни» как задание для самостоятельной внеаудиторной работы. Они работают как со стандартной картой сестринского наблюдения пациента, так и со специально разработанными «Протоколами обследования больных» с артериальной гипертензией, ИБС, а также пациентов с фибрилляцией предсердий. Учитывая, что в сердечно-сосудистый континуум часто включаются пациенты с сахарным диабетом 2 типа, также разработан протокол, включающий сбор информации о сердечно-сосудистых заболеваниях при сахарном диабете.

Большое внимание уделяется выявлению кардиологических проблем у пациентов пожилого и старческого возраста с учетом вариантов скрытого, малосимптомного или атипичного течения артериальных гипертензий и ишемической болезни сердца. Обращается внимание студентов на трудности выявления проблем у пациентов с полиморбидностью, с дефицитом когнитивных функций и на особую тяжесть кардиологических проблем при наличии у пациентов коморбидных заболеваний. Преподаватели организуют совместное обсуждение результатов сбора информации и делают акцент на методы исследования, которые позволяют выявить те или иные кардиологические проблемы пациента. Среди них важное место занимает регистрация и первичный анализ ЭКГ, которые помогают выявить угрожающие жизни тахикардии, брадикардии, инфаркт миокарда. Профессиональная подготовка медицинской сестры сегодня предполагает обязательное формирование умений выявлять неотложные состояния при сердечно-сосудистых заболеваниях и оказывать доврачебную помощь, а также выполнять назначения врача при осуществлении интенсивной терапии и интенсивного сестринского ухода. На занятиях в кардиологическом отделении проводится клинический разбор больных с гипертоническими кризами, нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда, аритмиями, а также пациентов, у которых в анамнезе кардиогенный шок и кардиогенный отек легких. Для закрепления формируемых умений преподаватели используют приемы моделирования профессиональной деятельности медсестры: ролевые ситуации и игры, ситуационные задачи для индивидуального и группового решения.

Кардиологические отделения стационаров являются хорошей «рабочей площадкой» для формирования умений студентов выявлять кардиологические проблемы пациентов. Однако многие преподаватели отмечают, что не всегда встречают понимание сестринским персоналом важности этого этапа самостоятельной работы студентов.

Следующим этапом формирования умений выявлять неотложные кардиологические состояния является ПМ 03 «Оказание доврачебной медицинской помощи при неотложных и экстремальных состояниях». На практических занятиях и во время прохождения производственной практики в отделениях



кардиореанимации студенты получают практический опыт клинического наблюдения пациентов и регистрации ЭКГ. Очевидно, что в программы практических занятий, производственной и квалификационной практики ПМ 03 нужно включать формирование умений и практического опыта осуществления аппаратного кардиомониторинга с оценкой результатов, особенно умение выявлять жизнеопасные нарушения ритма и проводимости. Эти умения позволяют сформировать только «Подготовка специалистов по запросу работодателя» по направлению «Анестезиология и реаниматология».

Однако на перечисленных этапах формирования профессиональных компетенций медицинской сестры сегодня серьезной проблемой является отсутствие стандартов деятельности медицинской сестры при оказании неотложной доврачебной помощи, утвержденных на уровне Минздрава. Следует также отметить, что не все медицинские сестры осознают роль наставничества при подготовке будущего специалиста и коллеги. Особенно необходима сегодня помощь при освоении современной медицинской техники и оборудования.

Большое внимание при подготовке мы уделяем формированию ПК 2.4 «применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования», умениям оценивать действие лекарственных препаратов на гемодинамику (АД, ЦВД, ЧСС, ритм сердца). Особенно важен сестринский контроль за проведением кардиотропной фармакотерапии у пациентов в амбулаторных условиях. Многочисленные исследования студентов при выполнении курсовых и выпускных квалификационных работ показали, что далеко не все пациенты принимают лекарственные средства по назначению врача, а также осуществляют рекомендации по изменению образа жизни. Во всех возрастных группах выявлены пациенты, которые на протяжении многих лет, до развития сосудистых катастроф, не обращались за медицинской помощью. Учитывая большую нагрузку участкового врача, контролировать реализацию пациентом лечебно-профилактических мероприятий и динамику его кардиологических проблем должна также и медицинская сестра. Выявление низкого комплаенса пациента требует коррекции работы врача и медицинской сестры для улучшения сердечно-сосудистого прогноза наблюдаемого.

Таким образом, в процессе профессиональной подготовки медсестры мы формируем «Образовательный континуум», который дает возможность нашим выпускникам выполнять следующие роли:

1. Организатор и помощник врача при осуществлении динамического наблюдения за здоровьем населения в поликлинике и отделении общей практики;
2. Организатор и исполнитель мероприятий первичной профилактики ССЗ: пропаганды ЗОЖ, мотивирования граждан к личной ответственности за свое здоровье, информирования населения и борьбы с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний;
3. Помощник врача в работе по выявлению пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском;
4. Организатор и исполнитель «сопровождения пациента по сердечно-сосудистому маршруту» в рамках целевой программы диспансеризации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями;
5. Помощник врача в проведении вторичной профилактики ССЗ, которая включает в себя раннее выявление ССЗ; предупреждение их обострений, осложнений и хронизации сердечно-сосудистых заболеваний; снижения трудоспособности и инвалидизации;
6. «Учитель пациента» - обучение медицинской сестрой пациента методам самоконтроля и самоухода, проведения фармакотерапии по назначению врача при сердечно-сосудистых заболеваниях;
7. Помощник врача при проведении контроля эффективности лечебно-профилактических мероприятий;

8. «Адвокат пациента». При осуществлении сестринской деятельности, направленной на спасение жизни пациента, важно своевременное выявить угрожающие жизни неотложные состояния, грамотно оказать неотложную доврачебную помощь и сестринский уход.

### Список литературы

1. Болезни сердечно-сосудистой системы: клиника, диагностика и лечение: учебное пособие / Д.И. Трухан, С.Н. Филимонов. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2016. – 319 с.
2. Васильев О.В., Королева И.П., Лаврова Е.А., Алуф О.Б. Школы здоровья для пациентов – одна из мер вторичной и первичной профилактики // Медицинская сестра. – 2013. - №4. – с.8-11.
3. Гиенко Г.И., Пальчук Е.В. Школа здоровья для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Сестринское дело. – 2014. - №6. – с. 42-45.
4. Джанашия П.Х., Шевченко Н.М. Неотложная кардиология. – М.: БИНОМ, 2016. - 230с.
5. Захарова Е.Т., Фурсов А.Н., Потехин Н.П. Изменение течения гипертонической болезни за последние 25 лет // Клиническая медицина. – 2013. – Выпуск №8 – том 91 – ст. 36-39
6. Ишемическая болезнь сердца в практике семейного врача: учебное пособие / Р.Е. Калинин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 208 с.
7. Кардиология. Национальное руководство: краткое издание/под редакцией Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 848с.
8. Логинова Ю.Н., Карташова Е.Д. Роль медицинской сестры в лечении больных с неотложной кардиологической патологией// Медицинская сестра. – 2012. - №7. – с. 42 – 44
9. Медсестра отделения интенсивной терапии: Практическое руководство / Под ред. В.Л. Кассиля, Х.Х. Хапия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – с. 220-263
10. Мелехов Ф.В., Учаева Я.И. Типичные ошибки в лечении артериальной гипертонии // Атмосфера. Новости Кардиологии. – 2014. – Выпуск №2. – с. 38-42
11. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Стратегии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации// Клиническая медицина. – 2012. - №3 – том 90 – ст.4
12. Поздняков Ю.М., Красницкий В.Б. Неотложная кардиология. - 2-е издание. - М.: БИНОМ, 2013. - 464с.
13. Руководство по кардиологии в четырех томах. Том 3. Заболевания сердечно-сосудистой системы (I)/ Под ред. Е.И. Чазова. - М.: Практика, 2014. – 864с.
14. Руководство по кардиологии в четырех томах. Том 4. Заболевания сердечно-сосудистой системы (II)/ Под ред. Е.И. Чазова. - М.: Практика, 2014. – с. 976.
15. Терапевтические аспекты диагностики и лечения заболеваний сердца и сосудов: учебное пособие / Г.П. Арutyонов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 608 с.

#### ВКЛЮЧИТЕ В СВОЙ КАЛЕНДАРЬ:

- Месячник «Международного дня медицинской сестры» - 1 апреля - 30 апреля 2017г
- Семинар «Оценка сестринской деятельности, как фактор обеспечения качественной сестринской помощи» - 7 апреля 2017г.
- Семинар «Участие медицинских работников в формировании здорового образа жизни среди населения» - 14 апреля 2017г.
- Семинар «Права и свобода пациента, как объект уголовно-правовой охраны» - 21 апреля 2017г.
- Студенческий семинар «Здоровье сбережение. Научные подходы» - 27 апреля 2017г.
- Семинар «Репродуктивное здоровье подростков. Актуальные вопросы профилактики заболеваемости» - 29 апреля 2017г.

## ОГРАНИЧЕН ЛИ АССОРТИМЕНТ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛИ?

В последнее время многочисленные публикации в СМИ осветили серьезные проблемы в обеспеченности нуждающихся наркотическими лекарственными препаратами (ЛП) - 12% среди онкобольных и 9% среди пациентов со СПИДом. Также подсчитано, что из 230 тыс., умирающих от онкологии и ВИЧ, необходимое обезболивание не получают 80,3%. Специалистами называются разные причины недостаточного обеспечения пациентов необходимыми обезболивающими ЛП, в том числе ограниченный ассортимент препаратов для купирования боли у онкологических больных.

### СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА НС И ПВ. ФАКТЫ.

Сравнение списков Перечня наркотических и психотропных веществ с Государственным реестром показало, что в качестве ЛС используются далеко не все внесенные в перечень вещества. Только 34,0% НС из списка II, 50,0% ПВ из списка II и 29,4% из списка III, а также 82,0% из списка сильнодействующих и 30,0% из списка ядовитых веществ являются лекарственными средствами. ЛС, относящихся к НС и ПВ II и III списка насчитывается 26 под международными непатентованными названиями, которые с учетом синонимов выпускаются под 38 торговыми наименованиями, с учетом различных форм и дозировок – 56 ассортиментных позиций. Основная масса средств рассматриваемой группы выпускается в виде инъекционных растворов 62,3%. Вместе с тем встречаются и такие формы как капсулы, таблетки, покрытые оболочкой.

Результаты анализа объемов реализации по наименованиям НС и ПВ в одном из регионов показали, что преимущественно используются четыре ЛП, относящихся к перечню II и III списков НС и ПВ, лидером которых является раствор Промедола (72,3%) для инъекций, вторую позицию (26,5%) занимает раствор Морфина гидрохлорида для инъекций и третью (0,5%) – Фентанила раствор для инъекций. Полученные данные свидетельствуют о том, что процент фактического использования данной группы ЛС от общего числа зарегистрированных ЛС весьма низкий – 19,0%, и применяются они исключительно в виде инъекционных растворов, несмотря на то, что стандарты лечения предлагают применение таблетированных и трансдермальных ЛС.

### ОПИОИДНЫЕ АНАЛЬГЕТИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Согласно списку II Перечня НС, ПВ и их прекурсоров и Государственному реестру ЛС ассортимент НС, оборот которых разрешен в РФ и которые в настоящее время используются для купирования ХБС, **представлен шестью** международными непатентованными наименованиями (дигидрокодеин; морфин; морфина гидрохлорид/ кодеин/носкапин/папаверина гидрохлорид/тебаин; пропионилфенилэтоксиэтилпиперидин; тримеперидин; фентанил).

На современном этапе в России препаратом выбора в лечении ХБС является **ТРАМАДОЛ** (Трамал, Трамолин) благодаря его эффективности, хорошей переносимости, невысокому наркотическому эффекту. В нашей стране его используют для лечения сильной боли в качестве лекарственного препарата третьей ступени «лестницы обезболивания» ВОЗ наряду с сильными опиоидами, так как трамадол относится к препаратам второй ступени.

Являясь опиоидным анальгетиком ненаркотического ряда, он имеет анальгетическое действие средней потенции (0,15 потенциала морфина) и седативное действие. Трамадол не входит в списки НС и ПВ, контролируемых соответствующими международными конвенциями; в России он отнесен к разряду сильнодействующих средств, стоящих на предметно-количественном учете и выписывается на рецептурном бланке по форме 148 1/у-88. Средняя продолжительность действия разовой дозы трамадола (раствор для внутримышечных и внутривенных инъекций, капсулы, капли, ректальные суппозитории) равна 6 ч., таблеток ретард – 10–12 ч. При неэффективности трамадола в дозе 400 мг в сутки при купировании ХБС у больных ЗНО рекомендуется переходить на назначение сильных опиоидных анальгетиков.

Опиоидом средней анальгетической потенции является **КОДЕИН** (0,1 потенциала морфина), применяется при боли умеренной интенсивности, но он менее предпочтителен, чем трамадол, так как вызывает упорные запоры и менее доступен ввиду принадлежности к НЛП. Наличие сильного противокашлевого эффекта кодеина дает возможность применять его преимущественно в виде комбинированных лекарственных препаратов для подавления сухого кашля или в составе комплексных обезболивающих средств (пенталгин-нео, каффетин и др.). Особый интерес представляет аналогично кодеину применяющийся полусинтетический наркотический опиоидный анальгетик дигидрокодеин в виде таблеток пролонгированного действия, ДГК континус, сила действия которого составляет 100–150% от силы действия кодеина.

Синтетическим оригинальным отечественным опиоидным анальгетиком является пропионилфенилэтоксипиперидин (**ПРОСИДОЛ**), который по силе анальгетического действия превосходит трамадол, сопоставим с промедолом и уступает наркотическим опиоидам: морфину, фентанилу и бупренорфину (0,3 потенциала морфина). Эффективен как при хронической, так и при острой боли; отличается простотой использования, быстро наступающим анальгетическим действием (через 5–10 мин) при боли от умеренной до сильной, продолжающимся 4–6 ч., хорошей переносимостью; отсутствием ряда побочных эффектов, характерных для опиоидов; невысокой стоимостью. Одно из важнейших качеств просидола - наличие кроме инъекционной формы раствора для инъекций в ампулах, неинвазивной формы препарата – защежных таблеток, которые рационально использовать для лечения ХБС у онкологических больных на 2-й ступени обезболивания согласно рекомендациям противоракового общества России.

Препаратами третьей ступени «лестницы обезболивания» ВОЗ являются сильные опиоидные анальгетики, или наркотические анальгетики. Список применяе-

мых в России препаратов данной группы включает **препараты морфина, промедола, бупренорфина и фентанила**. Для длительной терапии сильного ХБС у онкологических больных рекомендуется применять таблетки морфина сульфата пролонгированного действия (МСТ-континус), длительность обезболивающего эффекта достигает 12 ч., достаточно приема препарата 2 раза в сутки. Безопасность применения высоких доз морфина обеспечена постепенным, искусственно замедленным высвобождением препарата (в течение 12 часов) из оригинальной лекарственной формы таблетки-ретард, позволяющей морфину поступать с постоянной скоростью, вне зависимости от приема пищи и уровня кислотности желудочного и кишечного содержания. При этом исключаются пиковые токсические концентрации морфина в крови, являющиеся причиной развития опасных побочных эффектов морфина. Таблетку морфина-ретард согласно медицинской инструкции нельзя делить, назначенная врачом доза должна быть принята в виде одной или нескольких целых таблеток.

Мощным анальгетическим действием, сопоставимым с морфином, обладает **БУПРЕНОРФИН** (бупранал, эднок, темгезик, транстек и др.), полусинтетическое производное алкалоида тебаина. Бупренорфин, как частичный опиоидный агонист, проявляет аналогичные морфину свойства, но отличается от морфина более длительным действием – в среднем 8 часов; наличием «потолка» анальгетического действия, т. е. после достижения определенной дозы (в среднем 3 мг/сут.) его анальгетический эффект перестает нарастать, что ограничивает возможность эффективной терапии этим препаратом ХБС. Для лечения ХБС препарат назначают в форме трансдермальной терапевтической системы (ТТС) или в сублингвальных таблетках в индивидуальной дозе от 0,6 до 3,0 мг/сут. При аппликации ТТС на кожу бупренорфин постепенно диффундирует из матрикса через все слои кожи, попадая в капиллярный, а затем в системный кровоток и оказывает свое анальгетическое действие на протяжении 72 ч. ТТС бупренорфина Транстек представлен в трех дозировках: 35; 52,5 и 70 мкг/ч, обеспечивающих поступление в организм бупренорфина соответственно 0,8; 1,2 и 1,6 мг в течение 24 ч. Действие одного пластыря рассчитано на 72 ч, т. е. на трое суток. Максимальная доза – 140 мкг/ч. ТТС бупренорфина Транстек зарегистрирована в России. Препарат эффективен при умеренной и сильной боли любого происхождения. Применяется для лечения хронической боли не только онкологического генеза, благодаря длительному действию, удобству применения и низкому риску зависимости.

Один из наиболее мощных опиоидных анальгетиков – **ФЕНТАНИЛ**. С 2002 года в России был зарегистрирован и стал использоваться фентанил в виде пластыря, ТТС под торговыми наименованиями: Дюрогезик (2005 г., дата действия регистрационного удостоверения окончена 17.03. 2010 г.), Дюрогезик Матрикс (2007 г.), Фендивия (2009 г.), Долфорин (2010 г.), Фентадол Матрикс и Фентадол резервуар (2011 г.). ТТС фентанила предназначена для длительной терапии сильной хронической боли у онкологических больных, так как продолжительность обезболивающего действия одного пластыря составляет 72 часа. Количество высвобождаемого фентанила зависит от площади пластыря: пластырь размером 10 кв. см содержат 2,5 мг фентанила, высвобождаемого в дозе 25 мкг/ч. Соответственно пластыри площадью 10–40 кв. см. высвобождают дозу фентанила 25, 50, 75 или 100 мкг/ч. При необхо-

димости применения более высоких доз возможна аппликация нескольких пластырей. Неинвазивной лекарственной формой фентанила, предназначенной для терапии ХБС, являются подъязычные таблетки Луналдин, зарегистрированные в России с 2011 г.

Для терапии сильной боли в нашей стране широко используется наркотический анальгетик **ПРОМЕДОЛ**. Однако препарат не рекомендуется применять для купирования ХБС. Объясняется это тем, что биоэлиминация препарата сопровождается образованием нейротоксичного метаболита нормеперидина, который стимулирует ЦНС (возможны тремор, подергивания мышц, гиперрефлексия, судороги). Метаболит

имеет длительный период полувыведения (15–20 ч), поэтому может наблюдаться кумулятивный эффект. Во всех зарубежных руководствах аналог Промедола – Меперидин – рекомендуется применять только до 48 часов. Назначение промедола онкологическим больным с почечной недостаточностью (например, после многочисленных курсов химиотерапии) может привести к накоплению метаболита и развитию нормоперидиновой интоксикации.

Для терапии сильного ХБС предпочтение должно отдаваться неинвазивным формам опиоидных анальгетиков: трамадол в капсулах или таблетках ретард, морфина сульфат в таблетках пролонгированного действия (МСТ Континус), ТТС фентанила или бупренорфина, подъязычные таблетки фентанила. Инъекционные лекарственные формы в связи с выраженным наркогенным потенциалом имеют достаточно высокий риск немедицинского использования, что снижает их нормативную доступность, повышает степень контроля и осложняет работу медицинского персонала. Опиоидные анальгетики в инъекциях обоснованно применяются для терапии «прорывов» боли как дополнение к основному сильному по действию анальгетику. Также допустимо непродолжительное использование инъекционных форм опиоидных анальгетиков при обезболивании у больных в терминальной стадии заболевания.

Источник: ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА

Основные побочные действия при применении  
Трамадола / Промедола на фоне ТТС фентанила, %

Проявления	Трамадол (n=52)	Промедол (n=44)
Тошнота	*34,6	13,6
Головокружение	*26,9	11,4
Потливость	23,1	8,1
Сухость во рту	23,1	13,6
Диссомния	21,1	9,1
Галлюцинации	*19,2	4,5

Примечание: \*P<0,05

## ВОПРОСЫ АТТЕСТАЦИОННОГО ОТЧЕТА ВЗГЛЯД СПЕЦИАЛИСТА

*Шмотова О.В.,*

главная медицинская сестра  
ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова  
МЧС России

*«Когда не знаешь, что сказать, говори  
правду»*

(Марк Твен)



При подготовке пакета документов для присвоения квалификационной категории наиболее сложным является написание отчета о работе специалиста. Главной медицинской сестре вопрос о том, как написать отчет, о структуре отчета, его объеме задают достаточно часто. Во многих медицинских организациях она согласовывает отчеты среднего медицинского персонала перед утверждением руководителем организации. Таким образом, руководителю сестринских служб необходимо четко представлять требования, предъявляемые к отчету специалиста аттестационной комиссией.

---

Документом, предъявляющим требования к отчету специалиста на квалификационную категорию, является приказ Минздравсоцразвития РФ от 23 апреля 2013 года № 240н «О порядке и сроках прохождения медицинскими и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории».

---

«При аттестации оцениваются теоретические знания и практические навыки, необходимые для выполнения профессиональных обязанностей по соответствующим специальностям и должностям, на основе результатов квалификационного экзамена. Квалификационный экзамен включает в себя экс-

пертную оценку отчета о профессиональной деятельности специалиста (далее – отчет), тестовый контроль знаний и собеседование». Проведение тестового контроля знаний и собеседования назначается экспертной группой после рассмотрения документов и утверждения заключения на отчет. Следовательно, содержание отчета является допуском к тестированию и собеседованию.

Требования приказа к специалисту, претендующему на присвоение квалификационной категории: «использовать современные методы диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и владеть лечебно-диагностической техникой в области осуществляемой профессиональной деятельности» для сестринского персонала можно интерпретировать как: умение подготовить пациента к диагностической процедуре и осуществить уход за ним после, объяснить доступным языком ход проведения исследования. В тексте отчета необходимо отразить современные методы профилактики заболеваний, применяемые в работе, методы лечения, реабилитации и роль медицинской сестры в осуществлении этих процессов. Отдельно стоит описать медицинскую технику работой, на которой специалист овладел за отчетный период – один год.

Также необходимо «уметь квалифицированно провести анализ показателей профессиональной деятельности и ориентироваться в современной научно-технической информации; участвовать в решении тактических вопросов организации профессиональной деятельности...». В отчете стоит привести показатели работы в цифровом выражении, это могут быть манипуляции, оперативные вмешательства, исследования, консультирование пациентов по различным вопросам и т.п., а затем проанализировать цифровые значения.

Современная научно-техническая информация может быть отражена в отчете как изучение и внедрение в работу новых нормативно-правовых документов (профессиональных стандартов, санитарных правил и т.д.), разработка инструкций, алгоритмов к медицинским процессам, технологиям на основе технического паспорта, методических указаний к применяемому оборудованию.



В отчете среднего медицинского персонала участие в решении тактических вопросов организации профессиональной деятельности может быть описанием клинического случая, ситуации в которой оказался специалист, применение алгоритмов и анализ действий, выводы. Например, неотложное состояние у пациента и оказание доврачебной помощи, организация карантинных мероприятий на отделении, действия при аварийной ситуации и т.п.

Также оценивается «участие в работе научного общества и профессиональной ассоциации; наличие публикаций...». В настоящее время специалисты среднего звена редко принимают участие в работе научных обществ и имеют публикации, но при возможности нужно отразить и эти направления деятельности. Стремление к работе в профессиональной ассоциации, посещение профессиональных конференций, семинаров, изучение литературы по специальности, представляемой ассоциацией, в последние годы становится актуальным и обязательным.

---

На сайте комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга ([http://zdrav.spb.ru/for-specialists/centr\\_atistat\\_com/](http://zdrav.spb.ru/for-specialists/centr_atistat_com/)) представлены рекомендации по составлению отчета о профессиональной деятельности для специалистов с высшим сестринским и средним медицинским образованием.

---

В рамках реализации программы модернизации здравоохранения с января 2017 года в СПб ГБУЗ МИАЦ начала работу электронная система управления очередью через терминал самозаписи (инфомат).

Ознакомиться с более подробной информацией о порядке работы с терминалом можно на сайте МИАЦ.

Наиболее часто встречающиеся ошибки в отчетах на присвоение квалификационной категории: несколько отчетов из одной медицинской организации отличаются только ФИО работника и количеством выполненных манипуляций, отчет написан не от первого лица, большую часть отчета занимает описание лечебного учреждения, оснащение кабинета, причем перечисляется офисная мебель. Отсутствуют выводы, анализ,

предложения по улучшению организации оказания и качества медицинской помощи населению. Отчет содержит не достоверные данные в описании работ или не касающиеся работы специалиста. Распространенной ошибкой является указание в отчете недействующих нормативно-правовых документов, применяемых в работе или не корректно указаны номера, названия документов. При собеседовании специалист не ориентируется в указанных нормативно-правовых документах, не знает, где они применяются.

Очень часто в тексте отчета используются не установленные сокращения мѠс, вѠм, АД и т.д., применяется разговорный стиль. Написание отчета на присвоение квалификационной категории по специальности – процесс творческий и занимает не один день, начинайте думать о предстоящей аттестации минимум за полгода, собирайте материалы, анализируйте литературу. Учтите, что на согласование и утверждение отчета руководителям также требуется время. Цените свой опыт и уважайте себя как специалиста, приложите творческий подход, ведь ваш опыт работы не зря позволяет претендовать на присвоение квалификационной категории.



ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова МЧС России поздравляет с юбилеем **МАРТЫСЮК СВЕТЛАНУ ВЛАДИМИРОВНУ**, старшую медицинскую сестру отделения функциональной диагностики. Мартысюк С.В. принимала участие в открытии нового отделения функциональной диагностики, применила лучшее из российского и европейского опыта в организации работы среднего персонала. Светлана Владимировна пользуется заслуженным уважением в коллективе и среди пациентов, ее отличает активная жизненная позиция и равнодушное отношение к делу.

Желаем душевного равновесия, стабильности в работе, верных, надёжных друзей, искренности и понимания от всех родных и близких сердцу людей.

Совет по сестринскому делу ФГБУ ВЦЭРМ им.

А.М.Никифорова МЧС России



## **15 февраля – Международный день операционной медицинской сестры**

*«Все, что ищется для мудрости, все это есть в медицине, а именно: презрение к деньгам, совесть, скромность, простота в одежде, уважение, суждения, решительность, опрятность, изобилие мыслей. Медицина понятие есть самое благородное из всех искусств» (Гиппократ)*

Уважаемые коллеги!

Позвольте поздравить вас от лица Профессиональной Региональной Общественной организации Медицинских работников Санкт -Петербурга и от себя лично с Международным днем операционной медсестры, учрежденным в 2006 году в Европе, а с 2009 года – в России, ежегодно отмечаемым 15 февраля. Высокие достижения современной хирургии обусловлены не только совершенствованием техники оперативного вмешательства, но также профессиональной подготовкой операционных медицинских сестер. Работа в операционной – это сложный комплекс мероприятий, который неразрывно связан со всеми составляющими лечебного процесса, где значительный объем выполняют операционные медицинские сестры, от уровня квалификации которых зависит жизнь и здоровье пациентов.

Операционная медицинская сестра – это не только профессия, это особый склад характера, особый взгляд на жизнь. По своему опыту знаю, что случайных людей в оперблоке не бывает. Как правило, в операционном блоке сплоченный, слаженный коллектив, немного консервативный, «текучки» кадров не отмечается. Многие операционные сестры говорят, что «болеют» своей профессией в хорошем понимании этого слова.

В процессе деятельности на операционную сестру неизбежно воздействуют как физиологические, так и психологические стрессы. Но, несмотря на всю сложность и гиперответственность в нашей профессии, мы остаемся верны ей.

В этот праздничный день хочу пожелать вам здоровья, профессионального роста, не стать и не быть циником, смотреть на жизнь и в жизнь с улыбкой, хорошего настроения и ощущения постоянного счастья в душе!

С уважением,

**Станиславская М.В.**, председатель секции «Операционное дело»  
ПРОО МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Диплом так много в жизни значит,  
 А медицинский более того,  
 но только настоящий медик знает,  
 Что это ведь ни каждому дано!  
 Быть медсестрой – достойна ли, смогу ли?  
 Готова ли пожертвовать собой?  
 Смогу ли не остаться равнодушной,  
 когда вокруг страдания и боль?  
 Смогу ль быть доброй, правильной и нуж-  
 ной,  
 Когда в глазах о помощи мольба,  
 Когда от действий, слаженных и быст-  
 рых, немедленных решается судьба?  
 Смогу ль быть преданной и верной делу,  
 Ни циником, ни злобной, ни чуждой,  
 Быть настоящим сильным человеком,  
 Смогу ль внушить надежность и покой?  
 Смогу ли не пройти я мимо трагедии, беды,  
 Когда я не на службе, не в халате,  
 Когда лекарства нет - есть только Ты!  
 В ней все – она строга и терпелива.  
 Непоколебима, и добра.  
 Бог только знает, где черпает силы операционная сестра!



«Пройдут века, а милосердие и  
 доброта пронесут медицинские  
 сестры- люди в белых халатах»  
 (Н.И.Пирогов)

## НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ «СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

2017, № 1 (12)

Подписано в печать 31.01.2017. 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: [mediteka21@mediteka.ru](mailto:mediteka21@mediteka.ru)

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)